

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Tatiana Clarkson Mattos

A FUNÇÃO APOIO E A GESTÃO ESTADUAL:
ENTRE ENCONTROS, AFETOS, TRILHAS, ARMADILHAS E DOBRAS -
CARTOGRAFIAS DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2013

Tatiana Clarkson Mattos

A FUNÇÃO APOIO E A GESTÃO ESTADUAL:
ENTRE ENCONTROS, AFETOS, TRILHAS, ARMADILHAS E DOBRAS -
CARTOGRAFIAS DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M444f

Mattos, Tatiana Clarkson

A função apoio e a gestão estadual: entre encontros, afetos, trilhas, armadilhas e dobras - cartografias da saúde no Rio de Janeiro / Tatiana Clarkson Mattos. - Rio de Janeiro, 2013.
177 f.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

1. Atenção a Saúde. 2. Gestão Estadual. 3. Apoio Institucional. 4. Regionalização. I. Matta, Gustavo Corrêa. II. Título.

CDD 362.1

Tatiana Clarkson Mattos

A FUNÇÃO APOIO E A GESTÃO ESTADUAL:
ENTRE ENCONTROS, AFETOS, TRILHAS, ARMADILHAS E DOBRAS -
CARTOGRAFIAS DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 23/09/2013

BANCA EXAMINADORA

Dr. Rubens Araújo Mattos (UERJ)

Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

Dr. Gustavo Corrêa Matta (FIOCRUZ / EPSJV / CPPG)

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Beth pela luta, desde que me tenho por gente, na Saúde Pública e na formação cuidadosa dedicada aos alunos de medicina nos encontros com o universo infinito que é o outro. Agradeço por todo o amor e carinho, apoio e parceria de vida que compartilhamos..., e por me aguentar!

Ao meu pai, inspiração por ir atrás do que ama fazer, por tantas realizações, pelo apoio e retaguarda sempre que me foi necessário, pela palavra amiga e sábia.

Aos meus irmãos Pat, Bruno e Camilla, pelo crescimento conjunto, trocas e força para seguir sempre adiante. Amo vocês! Pat pelo colo carinhoso, muitas e muitas vezes concedido, junto as minhas sobrinhas Jessie e Sammy sempre cuidando da titia com seus jeitinhos doce e travesso abrindo um universo infinito de alegria.

A minha avó Izabel, matriarca da família, pelo carinho e por ter compreendido todos os momentos de minha ausência nesses últimos anos de dedicação ao trabalho e estudo.

A minha tia Sandra pelo apoio e maternidade emprestada, palavra amiga e acolhedora.

A Buga pela presença, mesmo que distante, e compartilhamento de ideais maiores de mundo e sociedade.

A Renato pela parceria na intensidade da vida, pelas aprendizagens nesses anos de caminhada, nas torções e dobras por dentro do estado, pela vivência do ‘devir apoio’.

Aos amigos Assessores da Atenção Básica Sara, Myrian, Letícia e Teodora, e aos apoiadores Juliana, Igor, Marina, Clarice, Aline, entre outros, por ter podido viver encontros tão potentes ao lado de vocês e terem me inspirado a querer escrever uma dissertação a partir do que vivemos juntos. A Mônica Almeida pela força desses encontros.

Aos amigos da Unicamp pela possibilidade dos encontros vividos em 2012 quando pudemos descobrir a potência de tantos entre nós, nossas histórias e horizontes.

Aos amigos da Humanização, a Fabiani Gil e Mônica Guedes pelo apoio a fazer esse mestrado, mas em especial a Maria, Marcelle e Aninha pela amizade no trabalho e na vida!

Aos amigos e professores do Mestrado da Joaquim Venâncio pelos debates potentes e ‘revolucionários’ que mexeram tanto com todos nós nesses últimos anos, em especial a Lausanne, Marisol, Teo, Heli e Zilma e todos os outros, pelas tantas lutas partilhadas.

Aos amigos de sempre Mariana, Pedro, Bruno, Joana, Marcelle, Cristina e Luciano pela amizade íntima de uma vida.

Aos amigos da Linha de Pesquisa Micropolítica Daniel, Na, Ana, Guilherme, Pedro, Helvo, Lúcia, Érica e Marcio pela trocas intensas desses últimos anos, ao Emerson pela acolhida.

Ao meu orientador, Gustavo Matta, por aturar meus sobressaltos e surtos, tamanha intensidade e insanidade, por ter tentado orientar uma desorientada cabeça dura, agradeço a força e acolhida da escrita.

Ao Ruben Mattos, Francine e Márcia pelas contribuições a essa escrita desenfreada.

“Uma boa política é aquela que multiplica os possíveis”.

Viveiros de Castro

RESUMO

Esse trabalho é antes de tudo o desejo de registro das trilhas abertas pelo agrupamento da Atenção Básica na experimentação do Apoio no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro no período de 2007 a 2012. Em meio a escrita, se tornou também um anseio compreender no SUS as apostas e dobras no campo da gestão e da atenção desde sua proposição, os modelos de saúde em disputa. A primeira parte desse trabalho se debruça então sobre a aposta de alguns autores sobre os modos de produzir-se Saúde Pública, a proposta de uma reforma da reforma que coloca em questão o modelo sanitário, a importância da centralidade no usuário, a democratização da gestão, os espaços coletivos como modo de sustentar o movimento de fazer-se SUS, e ainda, o apoio enquanto método ou modo para tal. Sob essa direção, a produção mais recente de políticas de saúde que se propõem sobre escopo democrático e as armadilhas dos discursos ou teorias dissociadas da prática. Como fazer o SUS? Como construir esse corpo orgânico e vivo pulsante? Como possibilitar modos de ‘construção-contágio’, ‘construção-movimento’ com o outro, permitir encontros, afetos e produção de sentido, pertencimento, prazer, militância, política pública e saúde? A proposição da ‘função apoio’ e sua construção por um grupo da atenção básica no estado do Rio de Janeiro possibilita trazer as contradições e tensionamentos sobre o lugar da gestão estadual no SUS. Pode ser usado como dispositivo que vaza as tentativas de encarceramento em ‘nomes’ ou ‘lugares’, podendo produzir movimento e comprometimento na construção coletiva da saúde. O efeito “*cocun*” vitalizador. Por entre encontros, afetos, trilhas, armadilhas e dobras, o modo como a vida não se cansa de inventar maneiras, linhas de fuga e criação, máquinas de guerra, mas também de captura. A segunda e terceira parte deste trabalho apresenta o contexto da SES, seu processo de regionalização, a proposição do trabalho com o ‘apoio’ e seus desdobramentos. Para compreensão dos movimentos instaurados por meio dessa gestão estadual o contato com os documentos, relatórios, cursos, registros, memórias, diário de campo, assim como entrevistas com os gestores da saúde estaduais e municipais que relatam a história viva do SUS RJ abrindo reflexão sobre o campo das relações ‘estado-municípios’ nesses últimos anos. Essa escrita se quis cartográfica, mas talvez esteja mais para uma ‘carta náutica’ tecida através do alinhavo de uma ‘colcha de retalhos’, se é que exista método para tal. Ela é desejo de tracejo desses encontros, suas vozes e reverberações, disparadores de um processo de pesquisa em certa medida genealógico, mas em especial arqueológico desses retalhos. Por fim, a quarta e última parte, uma roda de conversa com os gestores municipais, a percepção por estes da aproximação do estado nesses últimos anos, em especial da presença das áreas técnicas pela proposta do Apoio, assim como as críticas sobre o processo paradoxal da regionalização realizada por esse estado, apontado como de despolitização dos espaços colegiados regionais, o que indica os ‘novos’ desafios de se fazer SUS no Rio de Janeiro.

Palavras-chaves: Gestão Estadual, Apoio Institucional, Atenção Básica, Regionalização.

LISTA DE SIGLAS

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

AIR – Assessoria de Integração Regional

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CGR – Colegiado Gestor Regional

CIR – Comissão Intergestora Regional

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CPS – Centro de Programação em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacional Básica

PAHI – Programa de Apoio aos Hospitais do Interior

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PESB – Programa Estadual de Saúde da Baixada

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SAS – Subsecretaria de Atenção à Saúde

SAB – Superintendência de Atenção Básica

SABEG – Superintendência de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESDEC – Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
REMINISCÊNCIAS	16
CAMPO METODOLÓGICO	20
1º PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA - PREÂMBULOS	24
1.1 SOBRE O ESTADO E A GOVERNABILIDADE – MULTIPLICANDO POSSÍVEIS	24
1.2 SOBRE O SUS: ESTADOS E MODELOS DE SAÚDE EM DISPUTA – A GESTÃO E A ATENÇÃO EM QUESTÃO	30
1.3 SOBRE O PERCURSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: O LOUCO, A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, AS LINHAS DE FUGA E DE CAPTURA... O CUIDADO EM QUESTÃO	40
1.4 SOBRE A PROPOSTA DA ‘FUNÇÃO APOIO’ E O MÉTODO PAIDEIA DE COGESTÃO DE COLETIVOS	46
1.5 A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO, O PROBLEMA DO TRABALHADOR MORAL E A QUESTÃO DO CUIDADO	51
2º PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO SES/RJ	56
2.1 A PROPOSTA DO APOIO INSTITUCIONAL E DE UM NOVO DESENHO ORGANIZACIONAL: ENTRE QUEBRAS, CONTINUIDADES E DOBRAS	56
2.2 UM POUCO DE HISTÓRIA DA GESTÃO ESTADUAL NO SUS DO RIO DE JANEIRO	60
2.3 SOBRE A GESTÃO ESTADUAL CANTARINO – A REGIONALIZAÇÃO NOAS E O PSF COMO MODELO	63
2.4 RETORNANDO A 2007 – SOBRE A PROPOSTA DA MUDANÇA DE MODELO DE GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA ESTADUAL	67
2.5 A REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO EM 2009 E O PACTO PELA SAÚDE	78
3º PARTE – SOBRE O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO-EXPERIMENTAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL EM ÂMBITO ESTADUAL – TRANSVERSALIZANDO DENTRO/FORA	85
3.1 UMA NOVA OUTRA SUPERINTENDÊNCIA, O FÓRUM DE ATENÇÃO BÁSICA E A PROPOSTA DE APROXIMAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	85
3.2. SOBRE O CURSO DE REDES E A PNH – O APOIO INSTITUCIONAL EM ÂMBITO ESTADUAL EM QUESTÃO	95

3.3 O APOIO INSTITUCIONAL EM ÂMBITO ESTADUAL E O CAMINHO PELO UPA-REDES	100
3.4 CARAVANAS HOLIDAY: DO UPA-REDES AS OFICINAS REGIONAIS – ADENTRANDO O ESTADO	113
3.5 OFICINAS REGIONAIS DO COFINANCIAMENTO: ENCONTRO COM AS REGIÕES DE SAÚDE	119
3.6 OFICINAS REGIONAIS SOBRE O PMAQ – “PMAQUEAR SEM MAQUEAR”, CONVERSANDO COM AS EQUIPES DE SAÚDE	122
3.7 ENTRE PAUSA, MOVIMENTO E REVIRAVOLTAS: O CURSO DE APOIADORES DA UNICAMP, OS FÓRUMS DE ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A FUNÇÃO APOIO E AS OFICINAS REGIONAIS DO PAHI	128
4º PARTE – NA RODA COM OS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE:	
PERSPECTIVAS SOBRE O ESTADO – TRILHAS, ARMADILHAS E DOBRAS	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS	168

INTRODUÇÃO

Escrever é um desafio e tanto, em especial quando este quer dar voz aos movimentos, encontros e experiências vividas nos últimos anos dentro da gestão estadual da saúde. É ao mesmo tempo um exercício de ‘contratempo’ na dança. Na baila, esta é uma certa parada, um ‘contrapé’ para poder olhar ao redor, para trás - o passado, e resgatar a memória do que foi vivido, para os lados e frente - o presente, e atualizá-la de percepções e enchê-la de significados, antigos e novos. Poder entender os movimentos que fizemos e que nos atravessaram e atravessam nesses últimos anos, podendo nos fazer rever nossos passos e colocar em questão nossos horizontes. Aproveitando ainda a metáfora da escrita como contratempo, um poeta diria ainda do ‘contratempo’ como “*um côncavo onde mora o impulso da dança*”.

No começo de 2008 adentro a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SES-RJ, na época ainda SESDEC (Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil) em uma equipe recém formada de ‘*Apoiadores Institucionais*’ representantes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS nesse Estado, naquele momento sendo criada para ‘apoiar’ os Hospitais Estaduais de Urgência e Emergência. Além da tensão do trabalho nessas unidades com muitos enfrentamentos, a expectativa da SES era de que o ‘apoio’ seria um método ou uma forma de mudar os processos de trabalho internos a essas unidades e de transformá-las. Na época essa perspectiva angustiava, apesar do desejo de poder descobrir como apoiar, como ajudar as unidades, e mesmo com uma composição de grupo com experiência variadas no campo da saúde, o âmbito da gestão hospitalar nos era um desafio, afinal quem faria isso? Nós? ‘Apoiadores’? Como? Nos questionávamos: que superpoder tem essa função de mudança e ‘salvamento’ das relações e da produção do cuidado nessas unidades? E quem nos salvaria a todos? Essas eram algumas perguntas desse primeiro momento de encontro com a SES e as expectativas criadas sobre esse modo de trabalho com os hospitais estaduais.

É interessante observar ainda que ao decorrer desse caminhar pela secretaria, e da ampliação do escopo desse trabalho, tomando a extensão do estado através das relações com os municípios, essas questões nos retornariam ainda muitas vezes. Nos angustiando por vezes mais, por vezes menos, mas a cada retorno de maneira diferente,

tomando forma num corpo maior de pessoas envolvidas com o que na época passamos a construir e entender como ‘apoio’.

Essa experimentação do trabalho na gestão estadual de saúde foi motivo de muitos questionamentos que fizeram encontrar tantos outros, de novos e antigos trabalhadores, com compreensões e diferentes histórias na SES constituídas no tempo, com múltiplos sentidos para esse lugar, mas de alguma forma, a partir dos encontros gerados, desejosos de produção de ‘um comum’ sobre essa instância. Em especial, dos encontros e movimentos que foram sendo desencadeados, um certo deslocamento naquele momento do lugar de impossibilidade, de imobilidade, frente a tida ‘autonomia municipal’ para a produção de compartilhamento, de desejo de realizar, de construir, mudar, intervir, de fazer junto, de ‘virar’, de fazer o SUS.

Essa dissertação é então desejo de trazer esse caminho, ou trilhas que foram sendo abertas no embrenhar dessa gestão, ou, pelo menos, no embrenhar da conjunção de certos atores nessa gestão, na busca da produção e criação de respostas, ao invés de encontrá-las inertes em alguma portaria ou história do SUS. E de com isso trazer algumas reflexões que foram sendo suscitadas nesse percurso, em especial de ter que se deparar com o lugar nomeado de ‘*Apoiador Institucional*’ colocado não só à então equipe de Humanização, como à equipe de Atenção Básica da SES enquanto método de gestão em âmbito estadual. O ‘apoio’ aos municípios e regiões de saúde foi uma aposta em um certo modo de construção do SUS proposta então por alguns atores gestores no começo do governo em 2007 e que foi sendo experimentada de diferentes formas pelos atores que sucederam essa primeira gestão. Nesse sentido, muitas foram e são as aprendizagens e efeitos desse caminho. Esse movimento operado por dentro da máquina acontecia ao mesmo tempo em que a SES retomava o processo de regionalização iniciado na gestão anterior sob a proposta, agora então, do Pacto pela Saúde – 2006.

Entusiasmada pelas vivências e experiências desse trajeto por dentro da gestão estadual do Rio de Janeiro como forma de ‘multiplicar os possíveis’ no campo das políticas de saúde, de exercer uma certa ‘dobra’ ou ‘curvatura da vara’ no corpo dessa secretaria a tornando mais flexível e porosa, a princípio a ideia dessa dissertação seria trazer esse percurso e as questões suscitadas nesse trajeto por certo agrupamento a partir da aposta no apoio como modo de gestão e de uma proposta de outra ‘função’ ou lugar para a gestão estadual. O quanto determinado grupo de atores por dentro da SES são

capazes de movimentar, de produzir encontros, deslocamentos das fronteiras das ‘caixinhas’ delimitadas de cada setor, de intervir, de ser ‘instituinte’, por vezes instituído, e ao mesmo tempo, de ‘transversalizar’, de resistir, de se contrapor, e de compor na contraposição, de ser linha de fuga e captura, e de fuga novamente. Esse foi o desejo inicial dessa escrita, trazer esse trajeto possível por dentro da tida ‘máquina de governo’, das forças em questão e do exercício orgânico de virá-la e torcê-la.

Mesmo carregando esse desejo de trazer esse percurso que vivi de perto, a abertura para a escuta do campo, seja através da retomada dos diários de campo, dos relatórios e atas das reuniões, das gravações das aulas e debates suscitados pelos cursos e formações realizados durante esse trajeto, seja através das entrevistas e narrativas dos atores envolvidos — gestores estaduais e municipais, contribuíram para análises importantes e uma ampliação desse olhar que lança novos desafios e críticas valiosas as escolhas e passos que temos dado no SUS. Nossos passos, ‘viradas’ e torções por dentro da máquina não são incólumes, nos trazem sempre novas questões e enfrentamentos.

Esse trabalho, portanto, tem como objetivo geral cartografar os movimentos instituintes e transversalizadores da experimentação do que foi proposto como ‘função apoio’ na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, mas especificamente no âmbito da Superintendência de Atenção Básica a partir de 2007. A intenção foi de analisar os efeitos dessa proposta de trabalho enquanto ativadora e conjugadora de coletivos de saúde para dentro da SES, assim como junto aos municípios e regionais, e se operadora de mudanças e deslocamentos do lugar da gestão estadual – no que se refere a coprodução política de saúde no estado com aumento do grau de corresponsabilidade e de produção de mudança no campo da saúde.

Para isso, essa dissertação foi dividida em quatro partes. Uma primeira de contextualização teórica, de produção de uma matriz analítica a partir de alguns debates sobre a problemática do Estado, sobre a história do SUS e de sua proposição, alguns dos seus contrapontos no campo da Saúde Pública, os modos de operacionalizá-lo propostos e em disputa desde o cenário de sua constituição. Entre os pontos de inflexão os apontamentos sobre a importância da abertura de espaços democráticos não só no campo social, mas institucional, o desafio do compartilhamento da gestão, não só nos espaços formais dos conselhos de saúde, mas que se pudesse ser prática no cotidiano do trabalho, sendo o ‘*apoio institucional*’ proposto como método para isso, de produção de

coletivos e ativação ético-política. Por fim, os questionamentos e críticas a esta proposição como o modo de produção democrática.

Uma segunda parte apresenta o contexto político e histórico da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, do seu processo de descentralização e regionalização da saúde, da relação histórica desse estado com os municípios, e da escolha a partir de 2007, operacionalizado por alguns atores, de trabalhar com a proposta do apoio institucional como modo de gestão, assim como seus desafios. As entrevistas com alguns gestores estaduais pôde trazer cor já nessa parte para compreender esse momento inicial e as direções em disputa na SES.

Uma terceira parte traz o desenvolvimento desse processo a partir: do relato dos Assessores da Atenção Básica realizado em apresentação em um curso sobre as etapas da construção do apoio, das memórias de meu diário de campo, dos relatos e narrativas a partir das entrevistas de alguns dos atores que atuam ou atuaram na gestão estadual. Através ainda de atas e relatórios de cursos e reuniões, de aulas gravadas nesses cursos, a apresentação de questões e enfrentamentos de se trabalhar com a proposta do apoio nessa instância de gestão, de um ‘corpo’ a se descobrir e a se fazer fazendo, e das descobertas através da maior aproximação, no ‘ir de encontro’ aos municípios e regionais de saúde. Assim como novas e sempre outras inquietações sobre ‘O que pode esse corpo?’¹ no processo de construção da saúde diante das limitações e desafios apresentados. E talvez aqui não se esteja mais falando só de um ‘corpo SES’, do que seria seu corpo de profissionais e técnicos, mas destes em conjunto e em relação com profissionais e técnicos dos 92 municípios que abarcam o estado.

Uma quarta parte ainda dessa dissertação traz as perspectivas e análises de atores das gestões municipais para a roda, suas percepções sobre o lugar do estado no SUS e

¹ Espinosa (filósofo holandês – sec. XVII) escreverá “*O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode o corpo, isto é, a experiência a ninguém ensinou, até agora, o que o corpo – exclusivamente pelas leis da natureza enquanto considerada apenas corporalmente, sem que seja determinado pela mente – pode e o que não pode fazer*” (Ética III, Prop. 2) (ESPINOSA, 1983). Deleuziano a partir da leitura de Espinosa apontará ainda “*Um corpo deve ser definido pelo conjunto das relações que o compõe ou, o que vem a ser exatamente o mesmo, pelo seu poder de ser afetado*” (Deleuziano, Curso sobre Spinoza). Sendo assim, um corpo parece ser uma infinitude de possibilidades a partir das suas composições, ou não composições, das afecções vividas nos encontros e relações.

na relação com eles e nas regiões. Algumas críticas importantes sobre esse processo, fechando o percurso da dissertação com os olhares a partir dos municípios. Em especial, são pontos fortes dessas conversas, as consequências da regionalização no Estado do Rio de Janeiro, o reconhecimento do movimento de aproximação e alastre dos debates dos setores técnicos da SES envolvendo as áreas técnicas e profissionais das secretarias municipais e regionais, mas que caminhará em paralelo ao que foi apontado pelos gestores como um processo paradoxal de despolitização das gestões municipais de saúde.

Não se tem ainda a pretensão de nesse percurso fazer uma análise de um todo dessa SES produzida nessa última gestão. Não farei um estudo pormenorizado das escolhas e propostas deste governo, apresentarei alguma conjuntura de forças desse percurso a partir do recorte do processo vivenciado por dado grupo da SES na proposição do trabalho pelo ‘apoio’, que talvez possam clarear o campo macropolítico em questão, mas a partir, em especial, do campo micropolítico em disputa nesses anos de gestão. Esse estudo então discorre sobre o que pode ser nomeado de campo micropolítico de forças, tanto mais complexo por dizer do encontro de um conjunto de atores, tão diferentes e presentes na SES — que participaram e participam da construção das políticas de saúde no SUS, as reverberando e as constituindo, as reforçando ou as desviando. Compreender esse processo pode lançar luz sobre algumas trilhas e caminhos percorridos, assim como colocá-los em questão.

Ainda sobre esse processo de escrita, se tornou um grande desafio poder trazer essa história do qual participei e ainda participo exercitando um lugar de “dentro-fora”. Ou seja, escrever a partir de um corpo ‘implicado’ que viveu e vive os encontros a partir dessa instância de gestão, e permitir que do exercício de afastamento e aproximação possam surgir outras perspectivas e olhares sobre esse processo. Em especial, sem temer as misturas, passa a ser um exercício importante trazer um pouco das implicações desse ator, presente e militante, pesquisador e escritor, incluído nesse processo. Esse trabalho tem então o compromisso ético e político de trazer essa implicação do pesquisador para campo e de subsumi-lo no exercício de alteridade ao permitir que as vozes do coletivo em questão possam advir, surpreendendo com novos olhares, subvertendo e ampliando os horizontes de análise e percepção.

“só é interessante o pensamento enquanto potência de alteridade, aquele que nos enreda em ações prazerosas e arriscadas com o outro”. (CASTRO, 2008)

Essa escrita se faz ainda, um pouco pelo meio, de frente pra trás e de trás pra frente, ela brota do meio, do mergulho nos escritos e memórias do diário de campo, dos relatórios e entrevistas. Estas últimas em especial, são narrativas que surgirão ao decorrer da construção do percurso histórico e de experimentação do ‘apoio’ na SES. Será importante, no entanto, esclarecer alguns parâmetros metodológicos desse trabalho, entre eles o exercício de mergulho no campo teórico dos debates e embates da saúde pública e coletiva em um exercício de compreensão, parafraseando Cazusa “de porquê que a gente é assim?!”. De entender dentro do SUS nos movimentos de sua institucionalização, os pontos comuns, contrapontos e desvios que constituíram o caminho no qual nos encontramos hoje, o desafio do lugar da gestão estadual, assim como propostas como do apoio e o lançamento de um olhar crítico sobre sua produção. Esse percurso teórico, assim como as narrativas dos atores envolvidos a partir das entrevistas, permitiram certa reflexão crítica sobre a trajetória do apoio na SES do Rio de Janeiro, seus efeitos — entre armadilhas e dobras.

...

Para abrir esse trabalho ainda, apresento relatos de momentos compartilhados com alguns setores da secretaria estadual de saúde que possam contextualizar o desafio da gestão estadual no SUS posto naqueles primeiros encontros. Esses produziram alguns estranhamentos, por vezes angustias, sobre os limites postos ao trabalho nesse âmbito de gestão.

REMINISCÊNCIAS

Ao entrar para trabalhar na SES muitos eram os questionamentos sobre esse lugar estadual. A princípio o meu trabalho se circunscrevia ao âmbito dos hospitais, nesse lugar de apoiador ‘pré-colocado’ para uma equipe representante da Política de Humanização no estado, e que foi constituída para trabalhar com a proposta de seus instrumentos e dispositivos. Com todas as limitações de se trabalhar com os hospitais estaduais na época – com profissionais insatisfeitos, falta de material, equipamentos, desorganização dos serviços, com mudanças constantes de gestores, falta de espaços

coletivos para construção de processo de trabalho, formato hierarquizado, e pouca clareza por parte da secretaria sobre o trabalho a ser desenvolvido – e nesse sentido pouco suporte, tempos mais tarde se deparar com essa instituição ‘SES’ enquanto gestão estadual de saúde, no âmbito de trabalho com os 92 municípios, e sobre tamanha responsabilidade, mostrou o quão ainda maior era o desafio. Ao decorrer desse processo e da aproximação das áreas técnicas e setores da secretaria muitas histórias, diferentes implicações e enredos de trabalho com os municípios. A descoberta de uma equipe da área de atenção básica que levava o nome de ‘apoiador’ era motivo de curiosidade e desejo de conhecer de perto essa experiência. Muitas foram as passagens vividas, mas escolhi trazer para o começo deste trabalho três situações vivenciadas para revelar um pouco das indagações iniciais e que me levaram a procurar respostas para esse lugar.

Uma das passagens foi ter participado de uma reunião da área técnica de Alimentação e Nutrição do estado com um grupo de coordenadoras dessa mesma área de ‘municípios-pólos’ onde se debatia o cumprimento da meta do bolsa família² no estado. Todas estavam preocupadas em cumprir a meta posta pelo Ministério da Saúde de atendimento as famílias dos seus municípios para que fosse garantida a transferência do recurso. Existia um percentual mínimo de cumprimento de meta colocado por estado e municípios. As coordenadoras estavam então angustiadas com o fato de possuírem pouca governabilidade para mudar as baixas taxas de atendimento realizadas pelas equipes de saúde a essas famílias, que não atingiam as metas. Discutiam entre si como no ‘mundo ideal’ todas essas pessoas estariam sendo assistidas pela saúde ‘naturalmente’, mas como fazê-lo quando não há cobertura de postos de saúde suficiente para atender a população, e por outro lado, o pouco envolvimento das equipes com o cuidado e com esse programa? Trocavam ainda entre si experiências sobre as saídas encontradas por elas para o problema ‘de ter que responder ao ministério sobre o número de pessoas cadastradas acompanhadas’. Algumas inventavam o ‘dia D’ do

² O Programa de Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria, que tem como foco de atuação os 16 milhões de brasileiros com renda familiar *per capita* inferior a R\$ 70 mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos. Existem ainda condicionalidades para que as pessoas tenham acesso ao recurso, na área de saúde as gestantes precisam cumprir todo o pré-natal, participar das atividades de saúde sobre aleitamento materno e planejamento familiar; vacinar as crianças nos postos e realizar acompanhamento do estado nutricional e desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2004).

mutirão do Bolsa Família nos postos de convocatória das famílias. Uma delas havia conseguido uma combi e ia até as comunidades chamá-los, de preferência com uma balança ‘a tira colo’. No compartilhamento com aquele grupo angustiava não ter como dar conta da gestão e da atenção junto as equipes, assim como os relatos de abandono das unidades com falta de médicos, estrutura e materiais. Apesar do encontro com representações dos municípios e regiões naquela sala trazendo de forma viva o cotidiano e enfrentamento na ‘ponta’, saímos todos bastante mexidos dali com o tamanho do desafio, e com a impossibilidade apresentada. O que poderíamos fazer para mudar essa realidade? É possível mudá-la?

Outra situação vivenciada, uma reunião com representantes de várias áreas técnicas (saúde da mulher, criança, adolescente, saúde da população vítima de violência, etc.) e de ‘apoiadores’ da atenção básica sobre a abertura de uma Maternidade de Alto Risco Estadual em um município pobre na Baixada Fluminense. A SES havia constatado em seus cálculos a necessidade de leitos de alto risco para a região, e aproveitando a existência de um terreno com indicativo de hospital na região, propuseram a maternidade. No entanto, da inauguração da unidade não paravam de chegar mulheres de ‘baixo risco’ ou ‘risco habitual’ para parirem nesta unidade. A combinação com este município, e os de entorno, era de que seus postos de saúde realizassem o pré-natal e que quando constatado os quadros de gestantes de alto risco, pudessem ter esse equipamento como referência encaminhando as parturientes. No entanto, em reunião constatava-se a existência de poucos postos de saúde, a precariedade destes, e a baixa cobertura de acompanhamento de pré-natal neste município, além disso a única maternidade da cidade, filantrópica, pouco conseguia dar conta da demanda de ‘baixo risco’ que ali chegava, ameaçando fechar. Ouve-se falas na sala sobre a ‘irresponsabilidade’ histórica do município, das implicações políticas, do descomprometimento com a saúde, a não expansão das unidades, não realização dos pré-natais e o abandono e desassistência à população não havendo nada que aquele grupo pudesse fazer. Mas e o estado nisso? Se o município chegou nessa precariedade, isso não tem a ver com certa ausência do estado no acompanhamento deste? Isso não é responsabilidade do estado? Como apoiar?

Uma outra situação vivenciada: um pequeno município convidou a equipe de humanização para realizar uma oficina sobre ‘Acolhimento e Classificação de Risco’

com os profissionais de sua policlínica onde também funcionava o pronto atendimento da cidade. Ao final, o secretário solicita-nos que o ajudasse na discussão da linha de cuidado materno-infantil (esses não eram tempos de ‘rede cegonha³’) envolvendo suas equipes de saúde. Convida-se o apoiador da atenção básica da região e a área técnica de saúde da mulher estadual para ir ao município conversar com sua equipe gestora, a proposta era ver como poderíamos fazer para ajudá-los frente a essa demanda. Ao chegar lá, o apoiador da atenção básica passou ao secretário todas as informações sobre os recursos ao qual este tinha direito a acessar, vindo tanto do ministério (PAB fixo e variável, especificidades regionais, etc.), quanto do estado (recurso do cofinanciamento para atenção básica). A técnica da área de saúde da mulher do estado realizou um ‘check list’ com perguntas sobre os atendimentos realizados as mulheres como preventivo, pré-natal e a puericultura no município, onde constatou-se junto ao grupo gestor sobre a necessidade, entre outras coisas, de que as equipes de saúde se organizassem no território, adscrevessem as mulheres para que pudessem efetivamente acompanhá-las. Os gestores apresentaram uma série de dificuldades e limitações em envolver e trabalhar com as equipes dos postos de saúde, e ao final perguntaram sobre a possibilidade de ‘formação’ oferecida pelo estado. Foi indicada a área de ‘Educação em Saúde’ do estado como lugar provável por responder por essa demanda. Mais tarde essa mesma área nos diria que sua função era de acompanhamento dos projetos de educação em saúde, assim como da execução dos recursos, e não de propô-los ou realiza-los, sendo esta função municipal.

Então, entre reminiscências desse primeiro momento de percurso na SES, de encontros com setores da secretaria estadual de saúde e mais diretamente com alguns municípios, um dos motivos que me levou a buscar esse mestrado foi o desejo de entender esse lugar que partilhamos e que compomos, o ‘estado’ no SUS, o lugar possível a uma SES nesse trajeto. Esse tema, no entanto, abriu um percurso de estudos e debates, e por outro lado, foi sendo retroalimentado pelo trabalho vivo de construção na

³ A “Rede Cegonha” é uma das redes temáticas preconizadas pelas políticas do Ministério da Saúde a partir de 2011. Esta tem como proposta “assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção à gravidez, parto e puerpério e as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável” (BRASIL, 2011). Assim como outras redes temáticas, estas são apontadas como modo de organização das redes de saúde nos territórios. A ida a esse município ocorre no ano de 2009, ainda longe dessas propostas serem institucionalizadas em âmbito nacional.

SES da proposição do apoio e de experimentação dos entorses da máquina, através de mudanças nas relações.

“Um pouco de possível, senão eu sufoco...” (DELEUZE, 1992)

CAMPO METODOLÓGICO

Pode ser ainda que as palavras sobre esse percurso possam servir a outras pessoas que queiram se aventurar. Senti falta de algumas dessas ‘cartas náuticas’ no início da caminhada, acho que por isso também o desejo de escrever. Além de que são memórias parciais de um percurso, para que não se apague no tempo. Para essa dissertação duas propostas ainda: que esta trouxesse o campo de *implicação do pesquisador* e que se delineasse enquanto *cartografia*, ou seja, que ela apresentasse um certo percurso onde se inscreve, e sobre as mãos de quem a escreve. Essas, no entanto, são ainda tentativas.

Sobre a ‘*implicação*’, Lourau (1993) incorpora esse conceito na *análise institucional* em 1960 como um dos elementos importantes e indispensáveis do seu campo teórico. A proposta é que ela expresse o grau de comprometimento do pesquisador com certos referenciais epistemológicos, simbólicos, culturais, que interferem de alguma forma nos registros e entendimento do ‘objeto’ estudado, visto que não há separação entre sujeito pesquisador e objeto estudado, os dois se fazem ao mesmo tempo e em relação.

Ainda sobre o método cartográfico, se é que se possa falar deste enquanto um método:

“Para os geógrafos, a cartografia — diferentemente do mapa, representação de um todo estático — é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos — sua perda de sentido — e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago”. (ROLNIK, 2011).

“O método cartográfico pressupõe que o trabalho em saúde opera sempre em redes com características rizomáticas; que o trabalho vivo em ato é um eixo fundamental sobre o qual transita a força desejante dos trabalhadores, e sua potência de mudança dos serviços de saúde. Cartografar é dar expressão ao vivido, na sua forma afetiva, sensível, que define o modo como os trabalhadores produzem o cuidado, e ao mesmo tempo são produzidos na sua relação de trabalho com o usuário”. (FERREIRA & FRANCO, 2009)

“Cartografar é sobretudo andar por caminhos em que o pesquisador não tem um a priori, mas que se deixa levar pelos muitos convites que lhe aparecem no ato de investigar. Abre-se ao novo, inova ao método, e a pesquisa vai ganhando contornos inusitados, mas muito reais, de uma realidade viva, com fortes texturas”. (FERREIRA & FRANCO, 2009)

Foi realizada uma revisão da literatura com a temática do apoio institucional e de como esse surge enquanto modo de gestão na saúde. Além disso, a participação em disciplinas eletivas durante o mestrado com debates no campo da micropolítica do trabalho e da gestão do cuidado contribuíram com certa perspectiva crítica sobre concepção de Estado, sobre os modelos de saúde em questão, sobre a proposta do apoio enquanto modo ou ‘método’ e seus efeitos. As leituras de Espinosa, Foucault, Deleuze e Guattari, assim como da produção de pensadores brasileiros como Rolnik e Viveiros de Castro, e no campo da saúde de Campos, Cecílio, Merhy, entre outros, foram importantes nessa produção.

Como já dito, essa escrita é realizada em quatro tempos, a primeira parte de contextualização teórica com um tom mais genealógico. Uma segunda parte – de pesquisa sobre o histórico da gestão estadual no SUS do Rio de Janeiro e da proposta do apoio institucional –, e uma terceira parte, teriam ainda um tom mais ‘arqueológico’, da tessitura de uma colcha de retalhos, cheia de partes e fontes diferenciadas, retiradas de relatórios, atas, apresentações e gravações de cursos, oficinas e fóruns, de diários de campo, que trazem, entre 2009 e 2012, o processo vivenciado por esse corpo SES na constituição do apoio - seus enfrentamentos e questionamentos, seus olhares e percepções, os tensionamentos desse caminhar. Alguns documentos públicos da SES, como os Planos Estaduais de Saúde e resoluções também foram importantes, vestígios dessas andanças. Uma quarta parte, ainda, de escuta dos efeitos desse processo sob a perspectiva dos municípios. As entrevistas com atores que foram ou são pertencentes as gestões estaduais e municipais da saúde do Rio de Janeiro foram fundamentais para a percepção desse traslado, seus horizontes e desafios.

Sobre a análise do arquivo, Foucault (2002) afirmará:

“A análise do arquivo comporta, pois, uma região privilegiada. Ao mesmo tempo próxima de nós, mas diferente de nossa atualidade, trata-se da orla do tempo que cerca nosso presente, que o domina e o indica em sua alteridade; é aquilo que, fora de nós, nos delimita. A descrição do arquivo desenvolve suas possibilidades (e o controle de suas possibilidades) a partir dos discursos que começam a deixar justamente de ser os nossos; seu limiar de existência é instaurado pelo corte que nos separa do que não podemos mais dizer, e do que fica fora da nossa prática discursiva; começa com o exterior de nossa própria linguagem; seu lugar é o afastamento de nossas práticas discursivas. Neste sentido vale para nosso diagnóstico, não porque nos permitiria levantar o quadro de nossos traços distintivos e esboçar, antecipadamente, o perfil que teremos no futuro, mas porque nos desprende de nossas continuidades; dissipa essa identidade temporal em que gostamos de nos olhar para conjurar as rupturas da história; rompe o fio das teleologias transcendentais e aí onde o pensamento antropológico interrogava o ser do homem ou sua subjetividade, faz com que o outro e o externo se manifestem com evidência. O diagnóstico assim entendido não estabelece a autenticação de nossa identidade pelo jogo das distinções. Ele estabelece que somos diferença, que nossa razão é a diferença dos discursos, nossa história a diferença dos tempos, nosso eu a diferença das máscaras”. (FOUCAULT, 2002)

...

Foram no total realizadas entrevistas com treze gestores, destes seis eram gestores da Secretaria Estadual de Saúde, e sete eram gestores das Secretarias Municipais de Saúde. As entrevistas com os gestores foram separadas em três partes sobre o relato: dos atores que participaram da primeira equipe gestora da SES e que acompanharam a proposição do trabalho com o apoio; dos atores que participaram do processo de construção e maturação da proposta do apoio institucional no coletivo da atenção básica da SES a partir de 2009 – quando a proposta do apoio é reafirmada como modo de gestão pela então superintendência; dos atores da gestão municipal das regiões Norte e Noroeste do estado sobre a percepção e olhar destes sobre possíveis mudanças na relação com a gestão estadual, como era essa na relação com o governo passado e o atual.

Essas entrevistas foram realizadas de modo individual ou através de grupos focais de discussão. As perguntas disparadoras ao grupo de gestores estaduais foram sobre a história da proposta do apoio institucional na Superintendência de Atenção Básica da SES, sobre os ‘momentos chaves’ de sua constituição, sobre seus desafios, ‘experiências dobradas’ ou acontecimentos que mais marcaram esse trajeto. Em relação aos gestores municipais as perguntas foram sobre a percepção destes sobre a relação

com o estado antes dessa atual gestão e hoje, sobre as mudanças percebidas por estes nessa relação.

Os relatos e narrativas a partir das entrevistas realizadas foram sendo apresentadas no corpo do texto das partes dois, três e quatro da dissertação em complementação a descrição do percurso inicial da SES e de constituição do apoio institucional na SAB. São apresentadas também algumas narrativas retiradas de relatórios dos cursos realizados na secretaria com esse grupo de apoiadores. A quarta parte apresentará ainda as análises e perspectivas dos municípios sobre esse processo e os impactos dessa proposta no SUS do Rio de Janeiro.

Segue então, alguns debates no campo teórico que possam ajudar na compreensão dessa trajetória.

1º PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA — PREÂMBULOS

1.1 SOBRE O ESTADO E A GOVERNAMENTABILIDADE – MULTIPLICANDO POSSÍVEIS

“(...) enquanto os movimentos que pretendem desembocar numa transformação social combaterem, com práticas e referências arcaicas que veiculam, numa visão maniqueísta, a onipotência da produção de subjetividade capitalística, eles estarão deixando o campo totalmente livre para essa produção. Para que se efetivem os processos de reapropriação da subjetividade (...) esses processos (...) devem criar seus próprios modos de referências, suas próprias cartografias, devem inventar sua práxis de modo a fazer brechas no sistema de subjetividade dominante”. (GUATTARRI & ROLNIK, 1986).

“As relações transversais são as únicas capazes de gerar e sustentar um ‘grupo sujeito’, capaz de não se submeter passivamente nem às determinações exteriores, nem à sua própria lei interna. Esta parece-nos, a única saída pela esquerda para o trabalho intelectual hoje”. (CASTRO, 2008)

“Deleuze dizia que ser de esquerda é levantar problemas ali onde a direita tem todo o interesse em dizer que não há problema algum. Então, em certo sentido, não há governo de esquerda. Nem governo nem Estado de esquerda, pois o Estado não existe para levantar problemas. Mas pode haver ações de esquerda dentro do Estado, pode haver pessoas que levantam problemas. Uma boa política, aquela que me desperta simpatia de início, é aquela que multiplica os possíveis, que aumenta o número de possibilidades abertas à espécie, e só. Uma política cujo objetivo é reduzir as possibilidades, as alternativas, circunscrever formas possíveis de criação, é uma política que descarto de saída”. (CASTRO, 2008)

Em uma entrevista este antropólogo brasileiro – Viveiros de Castro (2008), com escritos a partir da proposta do ‘*perspectivismo ameríndio*’⁴, descreve o Estado como a ‘encarnação do absoluto’, como o ‘inegociável’, como algo que nos coloca como diante de um fato consumado. Não poderíamos nesse sentido escolher não ter Estado, porque ele seria algo essencialmente antes e fora de nós. Pertencemos a um Estado, querendo ou não, a despeito de todo contrato, pacto, livre-arbítrio e ideal democrático. Ao não

⁴ O conceito de “perspectivismo ameríndio” é apresentado pelo antropólogo Viveiros de Castro (2008) e surge a partir das referências da etnografia amazônica a uma teoria indígena que afirma que o modo como os humanos veem os animais e outras subjetividades que povoam o universo é diferente do modo como esses seres os veem ou se veem. Esse pensamento – que explicita a grande marca da singularidade dos povos indígenas pela forma diferente com que explicam a realidade, se constitui, em especial a partir da crítica ao binário moderno sujeito/objeto e se propõe a pensar o sujeito de alguma perspectiva. O perspectivismo propõe então que ‘o ponto de vista cria o sujeito’, o que se opõe ao relativismo e ao construcionismo ocidental em que ‘o ponto de vista cria o objeto’. Se com Descartes a máxima ‘eu penso, logo existo’ tornou-se um imperativo com o qual a única existência importante para o indivíduo passou a ser a dele próprio, o perspectivismo ameríndio parte da inversão dessa ideia, ‘o outro existe, logo pensa’. A crítica às lentes metafísicas etnocêntricas ocidentais e aos automatismos intelectuais resgata o que Viveiros de Castro (2008) aponta como *a retomada da antropofagia oswaldiana em novos termos*.

estar no Estado, não seríamos ninguém. O Estado seria o próprio universo no qual nos encontramos, em outras palavras “*é a transformação por captura do multiverso em universo*” (VIVEIROS DE CASTRO, 2008). Nesse sentido, segundo Giorgio Agamben (2004) “*todo Estado é um estado de exceção. O ponto de articulação da regra é um ponto de exceção.*”

Nesse sentido, cabe aqui algumas perguntas: o Estado só tem uma forma única? É possível metamorfoseá-lo? Existiria então espaço para mecanismos e formas de conjuração por dentro das instituições de um Estado? É possível isso dentro de um ‘aparelho de captura’⁵? Diante disso, esse antropólogo lança questões: seria possível um estado que produza diversidade? Seria possível “multiplicar possíveis”? Diante da presença do que seriam “ministérios do mercado”, “ministério da monocultura”, nos quais reduz a vida “a equação de recursos e produção de consumo”, como fazê-lo?

O Estado o qual está se falando aqui não é uma instituição (o governo e os três poderes), mas um aparelho de captura ‘semiótico material’ presentes desde sempre na história da humanidade sob formas variadas. A ideia de Pierre Clastres (2003) em ‘Sociedade contra o Estado’ é de que esse aparelho de captura não é um absoluto que coincide com a máquina social, ou com sua realização evolutiva plena, ele é apenas um produtor de efeitos de absoluto, de totalização. Existem, no entanto, exemplos de outros mecanismos de conjuração desse aparelho, entre eles, como aponta Clastres, o regime de funcionamento nas ‘sociedades ditas primitivas’⁶. Então quando é perguntado sobre que ‘novas formas de Estado’, como podemos conjurá-lo? Como produzir o diverso? Como fazê-lo, quando nos termos do centralismo autoritário próprio da ‘*cosmologia*

⁵ Deleuze e Guattari (1996) afirmam no livro ‘Mil Platôs’ vol. 5, que o Estado tem o poder de estabelecer relações hierarquizadas, estratificadas, de subordinação e assujeitamento. Para isso, para que tenha reino, ele precisa interiorizar ‘a lei’, a reproduzindo. Mas há ainda ‘o fora’, ou ‘o externo’ ao Estado, que funcionando enquanto movimento, metamorfose, criação e invenção, apresentam novos fluxos funcionando assim como ‘máquina de guerra’ contra os ‘aparelhos de captura’ de reprodução identitária do estado.

⁶ A tese de Clastres (2003) é que a sociedade pode prescindir do Estado, ou seja, não necessita de sua existência, o que verificou empiricamente na experiência de boa parte das sociedades indígenas da América do Sul. O autor faz críticas às abordagens evolucionistas, pois as formas políticas não evoluem linearmente das sociedades ‘sem’ estado ou ‘primitivas’, para as sociedades ‘com’ estado ou avançadas. No que diz respeito às sociedades indígenas, o fato de não possuírem Estado é uma opção em nome da liberdade, expressa no seu pensamento e cultura, e não prova de seu “primitivismo”.

ocidental’, ‘os outros’ possuem meramente versões equivocadas da nossa realidade, não se tendo que negociar com eles, tendo apenas que ensinar para eles como as coisas são, fazer uma operação de polícia, de reforma, de educação ontológica. Então, como trazer o diverso, sem que essa seja também uma via de chapá-lo ou acachapá-lo, como são as propostas pseudo-relativistas do ‘multiculturalismo’. Como trazer o diverso a ponto de quebrar ou vaziar o Estado da forma como está dado (CASTRO, 2008).

Nesse sentido Foucault apresenta algumas contribuições importantes:

“O Estado é ao mesmo tempo o que existe e o que ainda não existe suficientemente. E a razão do estado é precisamente uma prática, ou antes, uma racionalização de uma prática que vai se situar entre um Estado apresentado como dado e um Estado apresentado como a construir e a edificar. A arte de governar deve então estabelecer suas regras e racionalizar suas maneiras de fazer propondo-se como objetivo, de certo modo, fazer o dever ser do Estado tornar-se ser”. (FOUCAULT, 2008a).

O Estado diferentemente de ser um local de onde se emana o poder, de onde saem as deliberações, e de onde precisa-se estar para que se possa mudar a realidade em que se vive, e por isso em disputa – e nesse sentido, a importância dada a *sociedade civil* enquanto lugar possível de contraposição⁷, talvez não tenha tanto essa centralidade porque ele seria não a causa, o loco de poder, mas o efeito, os modos de se produzir os *governos* sobre os homens. Foucault nesse sentido reposiciona o problema do Estado a partir das questões que se colocaram ao decorrer da história ao governo dos homens (FOUCAULT, 2008b).

⁷ Ao contrário do que afirma Lênin o Estado não é simplesmente um meio de dominação das classes dominantes. Segundo Carnoy (1986) em seus estudos sobre as teorias de estado, entre elas as marxistas, apresenta-se uma mudança da proposta de tomada dos Estados capitalistas pela ‘revolução’, para o apontamento das contradições em meio aos Estados capitalistas, abrindo fissuras para a tomada pelos movimentos sociais dos aparelhos de estado. Afirmando, então, serem possíveis movimentos de transformação por dentro dos espaços democráticos capitalistas. Em especial, reconhece-se a contribuição de Gramsci ao sistematizar a partir de Marx “*uma ciência marxista da ação política*”. Tanto para Marx quanto para Gramsci a *sociedade civil* é o fator-chave na compreensão do desenvolvimento capitalista. Mas enquanto que “*para Marx a sociedade civil é estrutura (relações na produção), para Gramsci, ao contrário, ela é superestrutura, que representa o fator ativo e positivo no desenvolvimento histórico; é o complexo das relações ideológicas e culturais, a vida espiritual e intelectual, e a expressão política dessas relações é que tornam-se o centro da análise, e não a estrutura*” (CARNOY, 1986). Não à toa o conceito de ‘*hegemonia*’ se torna importante em Gramsci, assim como o papel do que seriam os ‘*intelectuais orgânicos*’, e da aposta no movimento de ‘*contra hegemonia*’ da sociedade civil que enfrente e coloque em crise os aparelhos hegemônicos do Estado.

“Esta supervalorização do problema do Estado tem uma forma imediata, efetiva e trágica: o lirismo do monstro frio frente aos indivíduos; a outra forma é a análise que consiste em reduzir o Estado a um determinado número de funções, como por exemplo ao desenvolvimento das forças produtivas, à reprodução das relações de produção, concepção do Estado que o torna absolutamente essencial como alvo de ataque e como posição privilegiada a ser ocupada. Mas o Estado (...) não teve esta unidade, esta individualidade, esta funcionalidade rigorosa e direi até importância. Afinal de contas, o Estado não é mais do que uma realidade compósita e uma abstração mistificada, cuja importância é muito menor do que se acredita. O que é importante para nossa modernidade, para nossa atualidade, não é tanto a estatização da sociedade mas o que chamaria de governamentalização do Estado”. (FOUCAULT, 1979)

Foucault (1979) de forma mais radical oferece então uma ruptura com essa tradição de pensamento, e propõe uma outra ontologia para o conceito de Estado e Sociedade Civil, passando estudar o processo de ‘*governamentalidade*’ no Ocidente e de como este se operacionaliza. O Estado é então compreendido como uma maneira de governo, de sua prática, de operacionalizá-lo, por isso passa a ser importante os estudos dos modos como vai se produzindo o *governo* nos vários momentos históricos. Em seus estudos verifica-se que a questão do *governo* passa a ter importância entre o século XVI e o século XVIII desenvolvendo-se vários tratados sobre a arte de se governar. Em especial, isso se dá pelo contexto do surgimento dos grandes Estados territoriais e da concentração estatal. No século XVI se rivalizavam em especial duas tecnologias, a de uma sociedade marcada pelo poder *soberano*, e a de uma sociedade dita *disciplinar*. A primeira se caracterizaria pela exterioridade, transcendência do príncipe que mantém laços com seu principado por meio de tratados, leis e da violência. Essa seria a maneira de governo na sociedade ‘pré-moderna’.

A diferença de governo na modernidade se dá sobre o modo de operar e se exercer o poder, este é o momento em que o governo recai sobre o governo da casa, das almas, das crianças e da família, não existindo mais distância entre quem exerce o poder e quem o sofre, a palavra de ordem passa a ser ‘governe-se’. Haveria, segundo Benevides e Passos (2005) um jogo entre o assujeitar e o subjetivar. Não à toa a preocupação no século XVIII com o *controle da população*, compondo essa ação *ampliada de governo* que Foucault (1979) designou como *governamentalidade*. Ou seja, o Estado Moderno amplia seu lastro de governo, sua governamentalidade, ao descentralizar-se e ao interiorizar-se na vida cotidiana da população (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

O Estado-Nação moderno amplia seu poder de governo exercendo função de disciplinar, estabelecer e regular as relações entre os sujeitos formalmente livres. A liberdade se submeteria a uma nova transcendência, o Estado seria a forma soberana moderna desta se exercer. Nesse sentido, se estabelece um *contrato social* de associação, garantindo que a força e os desejos individuais se voltem para uma ‘vontade geral’ que garanta a soberania do Estado. Daí a ideia de Estado representativo moderno que se propõe como garantia da expressão da população, alienando o poder das massas à autoridade do estado.

Segundo Benevides e Passos (2005), Foucault afirma que o projeto político moderno se faz a partir de dois focos: o de produção de corpos individuados e docilizados e na população que se torna alvo de práticas de controle. A partir da segunda metade do século XVIII o controle não se daria só por uma via ‘anatomopolítica dos corpos dóceis’, mas por uma regulamentação *biopolítica* da espécie humana, uma preocupação com o tema das doenças, gerando regras de controle da população e de cuidado com os indivíduos — colocando o estado como gestor da saúde da população. A dimensão de omnicontrolé que Foucault designou como *biopoder* faz com que o Estado desempenhe cada vez mais a função policial.

Não se poderia ainda negligenciar a conexão do advento do Estado moderno e o desenvolvimento do capitalismo. Nesse sentido, a governamentalidade deixa de ser nesse processo meramente política, para ser uma governamentalidade econômica, sendo função do Estado então assegurar a gestão da sociedade civil (FOUCAULT, 2008b). “*O capital opera como princípio de equivalência universal confere a modernidade um caráter de totalidade, universalidade e de mundialização*” (BENEVIDES & PASSOS, 2005). A população se submete ao imperativo de unidade do capital e a massa se transforma numa totalidade ordenada pelo princípio de ‘*equalização da existência*’, se fazendo ainda representar pelo Estado (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Segundo Foucault (2008a) a partir do final do século XVII, o liberalismo entra na pauta política, estando presente até os dias de hoje. Nessa proposta fica garantido pelas práticas de governo que o mercado fosse livre sem intervenção do estado. Apesar das crises do liberalismo no início do século XX, a partir da década de 30, ele é recolocado sobre novas matizes, delimitando um lugar para as políticas sociais visando compensar os males inerentes a esse modelo reconhecido como produtor de

desigualdade. Esse remodelamento em uma ‘economia de bem-estar’ procura transferir renda para as famílias ao ‘socializar elementos de consumo’, e afirma aos indivíduos e famílias que garantido o crescimento econômico recairia sobre si/eles a gestão dos próprios riscos.

Diante desse quadro apresentado, em especial nas últimas décadas com o reforço da reorganização de um Estado mínimo mais severo num cenário de globalização transnacional do capitalismo, fez-se com que experiências como a que emergiram no Brasil (onde o ‘estado de bem estar’ não se concretiza como na Europa), no campo da saúde – resultado do movimento sanitário com a inscrição de políticas públicas como a de criação do SUS –, fossem consideradas desafiadoras e contra hegemônicas, até por se darem em meio ao crescimento da onda Neoliberal. Por conta disso, essa foi uma forma de ‘resistência’ a uma tendência mundial, um modo de disputar no campo da governamentalidade. E de apesar de conseguir garantir a conquista em lei, fica a percepção de que esse é um processo contínuo e infinito, se operando no cotidiano da saúde. Essa talvez tenha sido a aprendizagem das décadas que se deram em seguida a criação do SUS e dos tensionamentos na construção do campo da saúde pública até hoje.

O Estado então não seria a fonte de onde emanam as linhas de capilarização de poder, pelo contrário, ele tende a absorver essas linhas e a interiorizá-las. Diante dessa compreensão, algo no plano coletivo pode tensionar, construir e disputar essas linhas no campo ético-político, como aconteceu na proposição do SUS lá atrás, produzindo outras governamentalidades. Se por um lado, Foucault nos abre essa percepção, por outro, retomando Viveiros de Castro (2008) ainda, como produzir linhas a partir de experiências de outras ‘formas de estado’ que permitam que incluam o diverso, quebrando o próprio Estado do seu fazer ‘massificador’ e ‘totalizante’ mercantilizador? Como desnaturalizar o capitalismo e a tida ‘democracia representativa’ e operar outras formas de governo?

1.2 SOBRE O SUS: ESTADO E MODELOS DE SAÚDE EM DISPUTA – A GESTÃO E A ATENÇÃO EM QUESTÃO

Postos os desafios de disputar por “formas e maneiras de se fazer Estado”, é interessante ainda trazer um pouco das questões presentes no final da década de 80 quando da emergência do movimento sanitário do SUS. Em meio a transição e crise de um estado totalitário e mediante a abertura política, tencionava-se e criticava-se os modos de produção de saúde ligados ao aparato inamptiano até então existente e funcionante numa lógica ‘privatista’ centrada na prática assistencial médico-curativista de incentivo as consultas ambulatoriais, internações e o consumo de medicamentos.

Nesse contexto Luz (1974) afirma o ‘*campo político da saúde*’, e que nesse sentido, de ‘*favorecimento dos interesse dominantes*’ em *detrimento da totalidade dos ‘grupos excluídos do poder*’, à medida que não se ampliava ou simplesmente se restringia a discussão sobre a origem, social ou não, e as extensões das doenças da população no interior da sociedade. A preocupação posta na época era de que “*a medicina será um lenitivo para a extrema carência da população. O remédio, uma alternativa para a fome*” (LUZ, 1974). E a partir disso a posição desse movimento sobre a necessidade de uma saúde que fosse socialmente implicada, e que pudesse intervir sobre as reais necessidades de saúde, permitindo ‘mudanças estruturais’.

“Resta, finalmente, dizer de maneira clara, sem hesitações, esta verdade há tanto tempo sentida e no entanto negada: todas as instituições são focos de incêndio. Para onde se deslocar o investimento na estratégia de hegemonia, para lá se deslocarão as labaredas da contradição. Pois, na verdade, se a história das instituições é a história do discurso dominante, do discurso da classe que detém o poder na sociedade, ela é também a história da resistência ao discurso dominante, a história da luta por outro discurso, pelo discurso de outros” (LUZ, 1974).

São as instituições lugares privilegiados de luta política, ontem e hoje, repletas de ‘*labaredas da contradição*’, movimentos de resistência, criação, *hegemonia* e *contra hegemonia*. Essas lutas acabaram por fundar o SUS, garantindo em lei a saúde enquanto direito universal e dever do Estado, e o fazendo ainda enquanto *projeto de sociedade*, de tentativa de ‘*radicalização democrática*’ ao definir a participação da sociedade no âmbito de sua gestão. Propõem o deslocamento da saúde enquanto binômio saúde/doença apontando o ariete para a importância de ações que pudessem intervir sob o que produz o adoecimento da população, sob o que o determina socialmente. A partir daí foram dados os desafios de estruturar o sistema, envolver a população e formar os

conselhos de saúde, ampliar sua rede, descentralizar a gestão e implementar experiências locais que pudessem ser eficazes e inovadoras.

No entanto, apesar de todo o movimento de institucionalização do Sistema Único de Saúde - em meio as dificuldades políticas e econômicas, nos anos 90 assistimos o fortalecimento da globalização financeira, a hipertrofia do mercado, a desregulamentação das relações de trabalho, o esvaziamento do papel social do Estado, e todo o enfrentamento de mesmo assim se fazer o SUS. Segundo Carvalho (2009), os países do mundo como um todo, com maior ou menor ênfase, passam a ter sua política pautada pela ordem neoliberal, desconstruindo propostas de políticas que tinham como referência um 'Estado de Bem Estar Social'. Na severidade dessa ordem, políticas sociais igualitárias, como a de um SUS, retirariam recurso de áreas produtivas para subsidiar serviços que o mercado poderia prover, prejudicando a competitividade entre as economias nacionais. Sendo assim, todo o arcabouço teórico e organizativo que vinha sustentando sistemas de proteção social de caráter universal e redistributivo passam a ser ressignificados.

É estimulada a capacidade 'empreendedora' dos indivíduos e coletivos de lidar com os riscos que o ameaçam, assim como incentivada as iniciativas 'solidárias voluntaristas' e de formação de 'organizações não governamentais' voltadas para ações sociais, desobrigando o Estado de políticas de caráter universais e redistributivas. Dessa forma, caberia ao Estado identificar e classificar os mais carentes e somente a eles dirigir suas políticas sociais, o fazendo por meio da focalização e maximização dos resultados. Esse projeto contribuiu para a crise do sistema público e deixou o campo vulnerável às ações dos interesses privatistas.

No entanto, vale dizer, muitos foram os embates para que o SUS pudesse se fazer, mas esse combate não se dava só na luta para que se garantisse a lei, mas de produção e disputa de mundo, que pudesse se contrapor a quebra dos ideários e princípios 'libertários' que sustentaram conceitos caros à época como *cidadania, equidade, participação e democracia*. De fato, em poucos anos o que era tido como 'direito', vira 'carência', e passou-se a produzir um modo hegemônico de subjetivação em que cidadania passa a equivaler a 'direito de consumir'. "*Uma produção de corpos e mundos atravessados pela perspectiva econômica das relações sociais, marcados por interesses privatizantes e subjetividades narcisistas*" (CARVALHO, 2009). Nesse

sentido, essa luta significaria mais do que um combate a uma entidade externa a nós, mas a todo um modo de produção de mundo e vida pautada por ‘valores’ que nos atravessam, e que passível de captura, desimplicação, despolitização e esfriamento.

...

Sobre o processo de disputa e criação do SUS nesse momento de transição do final dos anos 80 para os anos 90, a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) que se inicia em 1982 ampliando a participação dos estados, realizando a territorialização da saúde, criando e descentralizando equipamentos e abrindo conselhos locais de saúde. E ainda após a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 deu continuidade a esse processo como ‘estratégia ponte’ para o então surgimento do SUS, sendo estes dois projetos importantes formas de modificação do perfil das unidades sanitárias até então presentes.

Além das ações tradicionais dos programas de saúde pública, as unidades passariam, então, a prestar atendimento médico individual, substituindo os pronto atendimentos privados contratados pelo INAMPS, naquele momento *em crise de insolvência financeira* (CAMPOS, 1991). Tal movimento significava uma novidade para o setor público, já que os centros de saúde até então haviam se especializado em trabalhar somente sob a ótica dos Programas de Saúde: pré-natal, saúde da criança, controle de hanseníase, tuberculose, etc. (CAMPOS, 1992). A partir daí a necessidade de integrar as ações ‘curativas’ e ‘preventivas’, fossem de caráter individual ou coletivo. Essas políticas de integração, propunham então a expansão de unidades básicas de saúde em bases territoriais (distritos sanitários) com ações de vigilância epidemiológica, atividades em conselhos comunitários de saúde, controle dos fatores de risco, além do atendimento médico e compromisso social.

Essas medidas, nesse período de transição ao SUS, ampliaram o campo de atuação e transformaram na época a função e o papel das Secretarias Estaduais, das Regiões ou Distritos de Saúde e dos Municípios que até então trabalhavam com pouca verba, e que tiveram investimento para ampliar a rede de unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios, além de terem que elaborar normas e regulamentar o complexo médico-hospitalar de seu território. Segundo Campos (1991) isso muda a conjuntura de

forças, se tornando questão os modos de uso dos recursos e sobre qual modalidade assistencial possível, com diferentes propostas de relação público-privado em disputa.

A crítica a conformação da Saúde Pública na época se dava pela reatividade desta a tida ‘mercantilização dos serviços de saúde’ e a ‘medicalização’, tecendo as políticas e dando preferência as ações e desenvolvimento de programas voltados para o controle de doenças, ancorados no campo da epidemiologia, da prevenção e da promoção, relegando a organização, o financiamento do sistema de saúde, a reforma da clínica, remodelamento e a humanização dos hospitais *aos ideólogos da medicina privada* (CAMPOS, 1991). A crítica estava então no fato da Saúde Pública e Saúde Coletiva hipervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença e apontar o modelo da *Vigilância em Saúde* como o modelo alternativo, ou *novo paradigma* a superar o *paradigma clínico biomédico*, o negando.

O planejamento baseado no diagnóstico epidemiológico das necessidade de saúde e as ações programáticas, mesmo com a lógica da participação do usuário no serviço, não davam conta das demandas da saúde da população. Além disso, como debatido na época, seria impossível subsumir a demanda espontânea às ações programáticas, porque haveria sempre algo da ordem da demanda individual que escaparia a normas e padrões, e que muitas vezes são indicadores de mudanças sociais, culturais e etc. Nesse sentido, um dos apontamentos que alguns atores⁸ passam a afirmar é sobre a necessidade de escuta dessa demanda que busca a unidade assim como a inclusão da ‘clínica’ neste cenário. Do contrário, corria-se risco de burocratizar o serviço, engessar os programas e acabar por esvaziá-los da presença da população, assim como esvaziá-los do envolvimento e participação do trabalhador na criação do

⁸ Nesse contexto a produção de críticas na época como a tese de Campos (1992) “Reforma da Reforma – repensando a saúde”, assim como de outros autores, e o desenvolvimento na década de 90 — em meio aos modelos experimentados pelo país como das ‘Ações Programáticas’ (Schraiber, 1993), Vigilância à Saúde (Mendes, 1996), Saúde da Família (MS/FNS,1994) –, do ‘Modelo de Atenção em Defesa da Vida’ (MDV), elaborada inicialmente pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e posteriormente aperfeiçoado por trabalhadores e dirigentes de instituições hospitalares e de secretarias municipais de saúde em sua experimentação. O MDV estaria pautado na defesa do SUS procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades (CARVALHO & CAMPOS, 2000).

serviço e na invenção da saúde, à medida que este estaria submetido a uma lógica taylorista de produção, dissociada de sentido para a vida das pessoas que ali vivem e trabalham (CAMPOS, 1991).

Apontava ainda a dimensão da clínica fora do *traço privado* de cuidado mais pautado no *pronto atendimento*, e podendo se realizar pela via do acompanhamento da vida das pessoas, da ‘busca ativa de casos’, a realização de diagnósticos precoces, de procedimentos terapêuticos – seja pelo uso de medicações, seja pelas orientações educativas, medidas de prevenção e promoção da saúde de âmbito individual, familiar, ou mesmo institucional. Nesse sentido a clínica reforçaria a ação da ‘saúde pública’ e vice-versa. Afirmar-se-ia ainda que não há como superar o ‘paradigma biomédico’ sem incorporá-lo, seria preciso incorporar essa clínica para a produção de uma outra clínica. Sendo assim, uma teoria sobre a produção de saúde não poderia ser construída então somente com a aposta da epidemiologia e das ciências sociais, nem somente com o biológico e o subjetivo se poderiam pensar modelos e políticas de atenção integral em saúde. A ideia seria que os serviços pudessem escutar a demanda da população...

“...garantindo a insubstituível expressão individual das aspirações e desejos das pessoas, e ao mesmo tempo agregando ações sanitárias consideradas necessárias do ponto de vista desses saberes” (CAMPOS, 1991).

Carvalho (1996) afirmará que a saúde coletiva, ao incorporar o social ao pensamento sanitário, tendeu a fazê-lo segundo cânones ‘objetivistas’ preconizados pela escola estruturalista e pela tradição marxista: *“a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos — no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias (...)”*. O saber dominante em Saúde Coletiva teria, então, subestimado a importância dos sujeitos na construção do cotidiano e da vida institucional. (CARVALHO, 1996).

Retornando as instituições cheias de ‘labaredas da contradição’ de Luz (1974), caberia aqui uma ‘torção’ da concepção de saúde pública, que pudesse ser para além da aporia a doença, ou pela busca da cura, ou mesmo pelo combate ao que lhe provoca – pela sua prevenção ou promoção, mas pela compreensão da saúde enquanto produção de sujeitos implicados com a construção de si e de mundo. A aposta estaria na produção de uma saúde que fosse radicalmente pública e democrática por permitir o encontro de sujeitos implicados com essa história e com suas histórias, de trabalhadores e usuários

envolvidos na busca pelo cuidado, compreendendo enquanto cuidado de si e cuidado dos outros, o que refletiria em governo de si e governo dos outros⁹.

“Dizer de saúde é investir no fortalecimento dos sujeitos, não só na dimensão corporal, com vacina e etc., mas ao lidar com cidadãos de direito, sujeitos com desejos e vontades, capazes de refletir a vida e com autonomia sobre suas escolhas no modo de viver a vida” (CAMPOS, 2000).

...

Apesar da determinação legal do SUS apontar para o sentido universal, redistributivo e participativo de suas políticas de saúde, o discurso da política do governo vigente apontava a via da privatização e da contenção de gastos através de medidas de *austeridade* e de *seleção de demandas*. As críticas realizadas questionavam então a possibilidade de estar se reproduzindo o projeto neoliberal ao se construírem planejamentos normativos, elaborados em instâncias superiores do poder estatal, não aspirando e compondo os interesses dos principais segmentos de uma nação, o que significaria um equívoco.

⁹ Foucault em seus últimos estudos pesquisou sobre as *‘práticas de si’* como fenômeno na sociedade desde a era Greco-Romana. Em especial nas civilizações gregas e romanas essas *‘práticas de si’*, eram práticas de *‘cuidado de si’* com grande importância, e autonomia maior do que tiveram a seguir, de quando investidas pelas instituições religiosas, pedagógicas ou do tipo médico e psiquiátrico (FOUCAULT, 2004). Com a história das *‘práticas de si’*, uma das inflexões de seu trabalho se dá ao comparar o *‘cuidado de si’* grego com o que passa a ser conjurado pelo *‘governo pastoral’* – enquanto arte pela qual ensina-se as pessoas a governar os outros ou ensina-se os outros a se deixarem governar por alguns (FOUCAULT, 2008). O que se dá justamente em momento em que os Estados estão se colocando o problema do *‘poder’* a exercer sobre os corpos e dos meios pelos quais seria efetivamente possível pôr em prática o poder sobre os corpos. Não à toa a Igreja, de seu lado, elaborava uma técnica de governo das almas, o pastoral. A especificidade deste governo consistiria na prioridade da relação de obediência integral entre os indivíduos, como sendo das ovelhas ao seu pastor, ou seja, um que dirige e os que são dirigidos, sendo seu efeito, a individualização pela sujeição. Já dentro do estoicismo o *‘cuidado de si’* se propunha enquanto *‘necessidade de ser dirigido’*, da compreensão de que *‘toda pessoa que quiser, na vida se conduzir como convém tem necessidade de um diretor’* (FOUCAULT, 2010). No entanto, a direção nos estoicos estaria na aposta no jogo das liberdades, razão pela qual jamais haveria sanção jurídica ou repreensões, ou mesmo arrependimentos ou culpa, o objetivo desta direção tem a ver com aquilo que busca o discípulo - perfeição, tranquilidade da alma, ausência de paixões, domínio de si, etc. Ou seja, o ato de cuidado de si se dá em se permitir ser governado por outro que o auxilia na determinação do *‘governo de si’*, ou seja, obedece-se livremente ao que o outro deseja somente quando este visa o *‘governo de si’*, a *‘subjetivação da verdade’*. Seria no saber do *‘cuidado de si’* do *‘governo de si’*, na elaboração de seu *ethos do cuidado* que seria possível produzir no espaço da polis o cuidado e governo dos outros.

Um governo mesmo que apoiado pela maioria de trabalhadores ou resultando de uma revolução, não poderia no cotidiano das coisas públicas substituir a democracia direta por instâncias administrativas aplicadoras de qualquer variante de planejamento (CAMPOS, 1992)

Nesse sentido, Mario Testa (1985), cuja obra é referência para o movimento sanitário afirmará que:

“(...) o poder concentrado com consenso conduz a um enfoque administrativo dos problemas (o socialismo é a administração das coisas em lugar do governo dos homens), ou seja, uma maneira de tomar decisões na qual o importante é a apropriação e a atribuição de recursos e a distribuição dos produtos. Nestas circunstâncias, os problemas principais que se discutem são os que correspondem ao uso eficiente de recursos: são problemas de reprodução e crescimento, não de mudança. Esse tipo de problema pode ser enfrentado eficazmente com base na teoria de sistemas, cujo equivalente como forma de governo é o planejamento normativo. (...) Nestes países (socialistas), o processo de Planejamento(...) é a forma usada para tratar os problemas sociais, a fim de que se consolide o consenso a partir da resolução de contradições não antagônicas.”

Afirmar a democracia direta, entendida como capacidade da sociedade se autogovernar, comporia uma outra relação de forças na repartição de rendas, distribuição de recursos e das relações entre os diversos grupos. Campos (1992) afirmará no início então da década de 90 um certo apassivamento do movimento sanitário, diante do projeto neoliberal com políticas restritivas, privatizantes e conservadoras, estando ora o movimento voltado para a expansão de serviços junto ao governo, ora com postura crítica sobre a assistência biomédica privatista. Haveria ainda a necessidade de fazer acontecer o Sistema Único de Saúde com abrangência universal, mas levando em consideração *novos modelos de gestão e de organização de serviços* que pudessem ser capazes de viradas através da implicação dos sujeitos envolvidos.

Grande parte das preocupações voltavam-se para as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional do SUS, com a realização da municipalização, a territorialização e ampliação das unidades básicas de saúde, no entanto, segundo Campos (1992) estas ações, ainda não implicariam nas mudanças da atenção médico sanitária adaptados aos padrões vigentes. Em como substituir, por exemplo, a lógica ou a modalidade dos consultórios particulares e do pronto atendimento.

Nessa época, não será só questionado o modelo sanitário de gestão e atenção, como serão lançados alguns apontamentos sobre que modelo de saúde poderia e

precisaria ser realizado de modo a efetivar e garantir não só o acesso como a qualidade do cuidado da população. É interessante observar o quanto desse modelo apontado nessa época, repercutiu sobre as proposições das políticas de saúde atuais.

A aposta, por exemplo, ao que seria uma ‘alternativa’ assistencial realizada num Centro de Saúde era de que este pudesse estabelecer relacionamento estreito entre trabalhadores e paciente, prestando pronta atenção às intercorrências clínicas, com alívio do sofrimento físico e psíquico na atenção às urgências de pequena e média gravidade. Assegurando ainda acompanhamento posterior de parte dessa demanda de acordo com a equipe vinculada à família, paciente, locais de convivência social, como escolas, etc. Podendo ainda deslocar o entendimento da clínica enquanto medicalização ou iatrogenização dos problemas de ordem afetiva e social. Ao invés então, de negar a clínica, pode colocá-la a serviço da ‘*emancipação dos homens*’, individual ou coletiva dimensionada por sujeitos sociais envolvidos no processo de cuidado de si e na vida em sociedade.

Apontar-se-ia ainda sobre a importância da responsabilização da equipe o que ocorreria por meio da vinculação desta a certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma parcela da demanda que espontaneamente procurasse a unidade, bem como a responsabilidade para com os problemas coletivos, por ex. o trabalho com creches, com o meio ambiente, com o grupo expostos a maiores riscos de adoecer ou menor grau de autonomia, como idosos, etc. A ideia seria que a equipe pudesse se responsabilizar por essas questões e se planejar de modo a poder intervir sobre elas, e a se repensar também de modo a avaliar o funcionamento da unidade e sua adequação às características dos distritos e regiões de saúde. A proposta seria ainda de aposta no autogoverno da equipe, autonomia dentro das diretrizes gerais das políticas de saúde. Esse seria um modo de retirar o planejamento das assessorias do nível central e incorporá-lo no cotidiano dos serviços de saúde. Campos (1992) alega ainda sobre a importância dos planos de cargos e salários e carreiras dos servidores públicos como estímulo a vínculos profissionais mais sólidos.

O produto desse trabalho seria heterogêneo porquê de acordo com os vários serviços e profissionais implicados, além da diferença dos problemas e a disponibilidade de meios para enfrentá-los pela disposição profissional de cada equipe e serviço, caberia ainda às direções locais e regionais coordenar esses jogos. Além de

incentivar as equipes a ofertarem atenção levando em consideração as diversas subjetividades da clientela, adquirindo competência para dar respostas a cuidados diferentes singulares a cada história. Seria necessário ainda para isso, o que Campos (1992) nomeou já naquela época de ‘*equipe de apoio*’, que poderiam estar na própria unidade ou em um distrito servindo a vários centros de saúde.

Entre as ‘*equipes de apoio*’, muitos poderiam ser os arranjos como, por exemplo, no apoio da saúde pública dando suporte ao campo da vigilância epidemiológica e sanitária, atuando sobre os diagnósticos dos riscos dos agrupamentos populacionais de dado território, na coordenação de ações específicas para o controle ou erradicação de doenças de massa. Poder-se-ia ainda contar com outras equipes de apoio, opcionais, a depender do diagnóstico situacional. Equipes de saúde mental, reabilitação, cirurgia ambulatorial, bem como de outras especialidades consideradas pela importância de aumentar a capacidade do nível local de resolver autonomamente os problemas de saúde.

Em especial o desafio de lidar com a saúde mental, não só com os casos de psicose, mas com os de alcoolismo e depressão que chegassem as unidades, e que não fizessem parte da formação e da prática de médicos e enfermeiros e de outros profissionais a habilidade de lidar com o subjetivo, afetivo e o psíquico dos pacientes ou comunidades. Quase sempre a conduta mais presente quando essas “desordens” chegam ao serviço é encaminhá-lo para o atendimento especializado do psiquiatra ou a prescrição de ‘tranquilizantes’. Sendo assim, um ‘deslocamento’ dessas unidades poderia ser a reorientação da programação, dos equipamentos e tecnologias e de pessoal de toda a rede de atenção básica, ofertando um leque de possibilidades para além das consultas médicas e odontológicas de urgência ou programadas, atenção domiciliar, internações breves, trabalhos de grupos, palestras, debates, pequenas cirurgias, orientações, etc.

Haveria o desafio de se fazer viver a saúde, compreendida aqui como produção de cuidado, produção de vida entre os profissionais de saúde, quebrando a rigidez das relações profissional/usuário, dos horários e das padronizações das condutas e procedimentos. O pré-requisito seria a própria mudança de gestão desses serviços, os descentralizando, democratizando e valorizando a autonomia e iniciativa das equipes.

Poder-se-ia afirmar isso tanto para as equipes das unidades básicas de saúde, quanto para as equipes que operariam nas unidades hospitalares, com a introdução de gestão colegiada com participação dos trabalhadores e dos usuários e das autoridades sanitárias de cada região. Se construiria um sistema de saúde diferente da concepção mais rígida de hierarquização, com possibilidade de estabelecimento de relações mais horizontais com os vários serviços conforme as necessidades e os problemas de cada região, podendo quem sabe dispensar os fluxos de ofícios entre as bases e os níveis intermediários e centrais de governo, diminuindo o poder das instâncias burocráticas do sistema (CAMPOS, 1992).

Mario Testa (1985) chama a atenção para a interferência dos múltiplos atores sociais no exercício do cotidiano do poder nos sistemas públicos de saúde, ressaltando as várias formas destes interferirem na gestão, seja segundo dimensão técnica, administrativa ou política, e sempre disputando e exercendo em alguma medida o poder de gerir as coisas e as pessoas. Existe uma aposta desses autores de através da autogestão de trazer de volta a perspectiva do público, retirando os trabalhadores do campo de isolamento em seu mundo familiar, ou do individualismo e abri-lo para o campo do comum, do que é propriamente público, no envolvimento e na ampliação do ato de governar.

Nossos sistemas administrativos repousam ainda nas diretrizes de Taylor e Fayol. No fundo, imaginamos a utopia do controle absoluto, ou através de mecanismo mais tecnocráticos ou mais democráticos. Mas sempre pensamos a ideia do controle, da normalização de procedimentos e da transformação dos profissionais em autômatos, a serem avaliados pelos resultados de sua produção.
(CAMPOS, 1992)

Anos mais tarde, em especial a partir da mudança de governo em 2003, com a entrada do Partido dos Trabalhadores na instância federal, atores que vinham propondo esse modelo de saúde de organização da gestão e atenção, como do trabalho de forma colegiada, de acolhimento e vínculo, de matriciamento e apoio as equipes, estarão no Ministério da Saúde propondo políticas¹⁰ que pudessem influir nas mudanças de modelo de saúde através de incentivo financeiro e/ou suporte técnico ao seu desenvolvimento.

¹⁰ A Política Nacional de Humanização proposta em 2003 por exemplo foi formulada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e na época se propôs a traduzir a “humanização” enquanto princípios e modos de operar, no conjunto das relações, o SUS. Em especial, pelo modo co-gestivo e coletivo de produção de saúde e de sujeitos implicados, podendo através do apoio institucional qualificar

É válido ainda perceber no cenário nacional, assim como no cenário do estado Rio de Janeiro, sobre o efeito, impacto e atravessamentos dessas propostas e políticas na produção da saúde. Pode-se afirmar que não por acaso, a partir de 2007, a conjuntura de encontro de alguns autores operacionaliza no Rio de Janeiro a proposta do trabalho do apoio institucional em âmbito estadual enquanto modo de gestão.

1.3 SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA: O LOUCO, A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, A CENTRALIDADE NO CUIDADO, AS LINHAS DE FUGA E DE CAPTURA... OS MODOS DE PRODUZIR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

“A prática do cuidado de si não constitui um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social.” (FOUCAULT, 2010).

“...mas o aparelho de Estado não é nem a geometria nem a axiomática: ele é apenas o agenciamento de reterritorialização que efetua a máquina de sobre-codificação em tais limites ou sob tais condições. (...) Por outro lado, no outro polo há uma máquina abstrata de mutação que opera por decodificação e desterritorialização. É ela que traça as linhas de fuga: pilota os fluxos de quanta, assegura a criação-conexão dos fluxos, emite novos quanta. Ela própria está em estado de fuga e erige máquinas de guerra sobre suas linhas.” (DELEUZE, 1996)

“Se a máquina abstrata de mutação constitui um outro polo, é porque os segmentos duros ou molares não param de vedar, de obstruir, de barrar as linhas de fuga, enquanto ela não para de fazê-las escoar ‘entre’ os segmentos duros e numa outra direção, submolecular”. (DELEUZE, 1996)

Paulo Amarante (2001) irá dizer que a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, marcaria o fim da trajetória sanitarista da saúde mental e o início de uma outra: a trajetória da ‘*desinstitucionalização*’ ou da *desconstrução/invenção*. Aponta

as práticas de saúde permitindo acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (BENEVIDES & PASSOS, 2005). Outras foram ainda as iniciativas como a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), a proposta de qualificação das Portas de Entrada das Urgências e Emergência como o Programa QUALISUS (BRASIL, 2004). Mais tarde a criação de novos equipamentos, como os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs) de apoio matricial às equipes de ESF. A partir de 2011 a própria proposta do Apoio Institucional enquanto método de gestão será englobado e usado como modo de operacionalização das políticas de saúde do Ministério.

que o movimento pela Reforma Psiquiátrica *reencontra suas origens* e se distancia do movimento pela Reforma Sanitária, a medida em que afirma seu forte viés desinstitucionalizante¹¹. Isto é, o movimento psiquiátrico tenta manter o debate aceso sobre a institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo que o movimento sanitário, segundo o mesmo autor (2001), perderia de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social. Ou seja, na negação do modelo biomédico, e na afirmação da Saúde Pública enquanto ‘Vigilância’ não a desinstitucionalizou do paradigma saúde/doença.

Como já dito, a tradição sanitarista se voltaria sobre os números, populações, sem conseguir por vezes escutar ou acolher as singularidades do sujeito em sofrimento. Os planejamentos de saúde criaram mecanismos de referência e contra referência, de controle epidemiológico, de padrões de atendimento, mas não conseguem interferir no próprio ato de produzir saúde, no contexto da relação entre profissional e usuário.

Outra questão levantada por Amarante (2001) é que a tradição sanitarista “*tende a induzir a uma compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação*”. Ou seja, que para mudar uma pequena coisa é preciso sempre a implementação de grandes políticas de saúde. A política de Saúde Mental apostaria, em um caminho inverso, na transformação pela desinstitucionalização/ desconstrução e construção no cotidiano das instituições de uma nova forma de lidar com a loucura e o

¹¹ Desinstitucionalizar não significaria só desospitalizar, através da extinção das organizações hospitalares/manicomiais, mas a própria desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença (AMARANTE, 2001). Vale dizer aqui da importância da obra de Foucault em ‘História da Loucura’ para essa compreensão da produção histórica da instituição psiquiátrica e do louco como ‘doente mental’. Esta obra aponta para uma desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura, que submeteu a experiência radicalmente singular do enlouquecer a classificações e terapêuticas ditas ‘científicas’, submetendo também as singularidades a ordem da razão e da verdade sob o olhar psiquiátrico, rede de biopoderes e disciplinas que conformam o controle do louco (FOUCAULT, 1987). A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade. O hospital, nesse sentido, que não era em sua origem uma instituição médica, mas se ocupava de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material, se torna, como afirma Foucault (1998) em ‘O Nascimento da Clínica’, uma instituição medicalizada, pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e do esquadramento dos médicos. O hospital se tornaria, segundo Foucault, o *a priori* da medicina moderna (AMARANTE, 2001).

sofrimento psíquico, numa aposta que transcenda os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção as pessoas.

É válido entender na fala de Amarante (2001) sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica e o que seria o *'retorno às origens'* sobre o resgate do processo de *'desinstitucionalização'*. Parece esse ser o grande desafio, além da própria desospitalização e da criação de outros equipamentos alternativos de atenção, o da própria desconstrução da instituição loucura enquanto doença junto aos profissionais de saúde, familiares e pelos próprios usuários institucionalizados. E para isso, a aposta na produção de uma outra relação que possa incluir a diferença, o diverso. Não à toa a importância da aposta pormenorizada nas mudanças a serem realizadas no cotidiano dos serviços de saúde, no encontro dos profissionais de saúde com os pacientes, e destes com a comunidade. Essa perspectiva é um pouco fruto não só da história desse movimento no Brasil, como dos atravessamentos e alguns acúmulos das experiências do movimento de reforma também em outros países, como a reforma psiquiátrica italiana de Franco Basaglia.

A experiência de Basaglia em *Trieste* de desmontagem do aparato manicomial, seguido da construção de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a *'doença mental'* abre horizontes nesse campo. Constrói-se então centros de saúde mental, um para cada área da cidade, montam-se residências moradias para os usuários, criam cooperativas de trabalho, entre outros, compondo um circuito de atenção, produzindo cuidado e novas formas de sociabilidade e de subjetividade. Essas ações, no entanto, só foram possíveis ao abrir-se um movimento político que foi habitar o espaço da cidade e junto a diferentes atores sociais se pôs em confronto com esse cenário institucional, operando uma *'máquina de guerra'*, colocando em questão sua perpetuação e/ou transformação, a partir de uma análise histórica crítica da sociedade e da maneira como esta se relaciona com o sofrimento e com a diferença.

Longe de ser no hospital, é na própria comunidade, na cidade e nas relações que estas estabelecem com o *'louco'* - através do trabalho, da amizade e da vizinhança, que se operaria a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela e de exclusão, e de produção do imaginário social que atribui ao louco o lugar de periculosidade. Amarante (2001) afirmará o desafio de desconstruir o discurso/prática de diferenciação desigual entre aquele que trata e aquele que é tratado, e de invenção de práticas de confrontação

com a comunidade e na própria relação em que os técnicos estabelecem com a loucura, de produção de solidariedade e da diferença plural (AMARANTE, 2001).

Mediante a experiência basagliana, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana propõe a revisão da legislação até então existente de internação compulsória e cria em 1978 a Lei Basaglia. Este, no entanto, indaga ainda:

“(...) Abre-se, porém, a possibilidade de soluções alternativas à internação: apenas quando se está de acordo de que estas não existem é então obrigado o tratamento de autoridade. De quem é a responsabilidade pela inexistência de soluções diferentes? Como organizar um sistema de serviços que possam tendencialmente eliminar a necessidade do tratamento obrigatório? Não existem garantias de que a situação mudará de modo substancial. É facilmente previsível uma genérica reconversão das assistências psiquiátricas na medicina, como já ocorre em outros países. Além do mais, o fato de que um dos componentes que permitem o juízo de gravidade seja também a inexistência de outras soluções, abre no corpo social um novo espaço de contradições”. (BASAGLIA, 1985)

A conquista da lei não garante por si as transformações. Essa é uma questão que toma a todos, desde a criação do SUS, sobre a tentativa de universalização das experiências exitosas e singulares, as reforçando através de políticas públicas, mas como garantir seu potencial ‘criador’ ou ‘agenciador’ sem capturar a vida? Ou melhor, como fazer com que se institua ou se garanta nos diversos locais uma prática efetiva e permanente de mudança, de invenção? É possível fazer com que ‘políticas públicas’ sejam efetivamente ‘públicas’, ou seja, de todos, proposta e construída permanentemente por todos? Se constituindo enquanto movimento contínuo de fazer-se, de instaurar-se? A lei de fato não é em si garantidora, a vida escapa a lei, e toma outros caminhos e a recoloca, elas “*escoam entre os segmentos duros, e numa outra direção submolecular*”. Como também, ao se tornar lei, não se deixar capturar pelo ‘instituído’, garantindo que esse movimento permaneça livre e siga ‘instituinte’, operando ‘linhas de fuga’ e se tornando sempre outro?

No Brasil, foi na década de 80, logo após a 8ª Conferência, que foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse mesmo tempo o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, do primeiro Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) em Santos, e da Lei Paulo Delgado 3.657/89 indicando a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por uma proposta de atenção territorial em saúde mental. Anos depois foi consolidada a Política de Saúde Mental com a Lei Federal n 10.216 de 2001, de extinção dos manicômios,

criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória.

Em um primeiro momento o caminho da Reforma Psiquiátrica parece divergir do caminho proferido pelo da Reforma Sanitária. Enquanto uma optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal e por brigar pela institucionalização das políticas de saúde, a outra priorizou um caminho ‘instituinte’ e de militância – através do estabelecimento de articulações intersetoriais, da inclusão de familiares e usuários, fóruns, associações, manifestações públicas que acabaram por contribuir para que a iniciativa extrapolasse o setor saúde contando com a adesão de outros segmentos da sociedade. O movimento de luta antimanicomial parece ter tido nesse sentido como centralidade as pessoas e o seu processo de desinstitucionalização e cuidado. No entanto, segundo Pereira Furtado e Onocko Campos (2005) há uma reaproximação entre ‘as reformas’ quando da transformação em leis federais, estaduais e municipais as propostas originadas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental e em especial na promulgação em 2001 da lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e as portarias relativas a organização e o financiamento dos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos. Sendo assim, essa política, na mesma estratégia do movimento sanitário, se institucionaliza como política oficial.

As mesmas questões que tomaram Basaglia na Itália, da promulgação das leis, passam a se dar aqui, como postas por Pereira Furtado e Onocko Campos (2005):

“Como seria possível oficializar a reforma psiquiátrica, mantendo ao mesmo tempo sua potência e capacidade de instaurar o novo, de colocar em questão instituições e paradigmas? Como fazer chegar os novos referenciais para os serviços de modo a garantir a oferta de práticas assistenciais não segregadoras, não alienantes e inclusiva? Como instaurar uma nova postura, uma outra ética de cuidados, uma nova forma de lidar com o doente mental entre os milhares de trabalhadores de saúde mental do país?”. (PEREIRA FURTADO & ONOCKO CAMPOS, 2005)

Uma das questões que esse movimento parecia trazer na época era a preocupação não só em fechar o manicômio, e também não só de abertura de equipamentos alternativos, mas de como produzir equipes de saúde com profissionais envolvidos nessa mudança, correndo o risco de, do contrário, mudarem-se os espaços, mas as práticas permanecerem as mesmas, reproduzindo-se a mesma lógica manicomializante e de exclusão. E de se massificar e reproduzir palavras como

‘desinstitucionalização’, ‘inclusão’, ‘diferença’, sem que isso signifique efetiva transformação das práticas de exclusão nas instituições.

“Mas o desejo nunca é separável de agenciamentos complexos que passam necessariamente por níveis moleculares, microformações que moldam de antemão as posturas, as atitudes, as percepções, as antecipações, as semióticas, etc. O desejo nunca é uma energia pulsional indiferenciada, mas resulta ele próprio de uma montagem elaborada, de um engineering de altas interações: toda uma segmentaridade flexível que trata de energias moleculares e determina eventualmente o desejo de já ser fascista. As organizações de esquerda não são as últimas a secretar seus microfascismos. É muito fácil ser antifascista no nível molar, sem ver o fascista que nós mesmos somos, que entretemos e nutrimos, que estimamos com moléculas pessoais e coletivas”. (DELEUZE, 1996)

“O primeiro (erro) é axiológico e consistiria em acreditar que basta um pouco de flexibilidade para ser ‘melhor’. Mas o fascismo é tanto mais perigoso por seus microfascismos, e as segmentações finas são tão nocivas quanto os segmentos mais endurecidos”. (DELEUZE, 1996)

...

Amarante (1996) sintetizou a perspectiva com que Franco Basaglia trabalha:

“se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no ‘processo de cura’, mas no processo de ‘invenção da saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’” (AMARANTE, 1996).

Para Basaglia (1985) a “invenção da saúde” tem a ver com permitir no encontro com o outro a produção de vida, de mundos. O que se colocou como ‘reprodução social do paciente’, do que seria o exercício de cidadania e participação social não só do paciente, como do profissional e sociedade, mas para que fosse possível, seria preciso que se desse em relação, na produção de si e do outro. A produção de saúde enquanto aumento de potência de vida¹², precisa ser vivida,

¹² Espinosa é contemporâneo a Descartes, mas irá se contrapor ao dualismo corpo e alma cartesiano e da construção de uma razão que se dá em detrimento do corpo. A razão em Espinosa é a razão do corpo, o exercício da “Ética” é o de descoberta do corpo enquanto “manancial de saber” por onde se conhece através dos afetos nas relações. Determina dois polos dos afetos, alegria tristeza, que serão para ele as paixões fundamentais: a tristeza será toda paixão, não importa qual, que envolva uma diminuição da potência de agir, e a alegria será toda paixão envolvendo um aumento da potência de agir. Em outros termos, um efeito, ou a ação que um corpo produz sobre outro. Espinosa afirmará, ao contrário de Descartes, que nós não podemos conhecer a nós mesmos e aos corpos exteriores senão pelas afecções que os corpos exteriores produzem sobre o nosso. Uma compreensão anticartesiana de base, pois exclui a apreensão da coisa pensante por si mesma, exclui a possibilidade do cogito. Eu só conheço as misturas de corpos, e só conheço a mim mesmo pela ação dos outros corpos sobre mim, pelas misturas (DELEUZE, G., 1978).

experienciada, de modo a envolver a todos na mudança de olhar, no deslocamento, na percepção e evidenciamento dos *microfascismos* em nós, na desconstrução, e na construção de outros possíveis. Nesse sentido, de fato o quão *‘clínica é política’*, e a *‘política é clínica’*, os entendendo ainda enquanto *produção do cuidado e de governo* (FOUCAULT, 2010).

Seguindo essa compreensão, e do campo das experiências de transformação em relação, foi proposto em 2005 que além das medidas extra hospitalares como a criação de CAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, que facilitassem a reinserção das pessoas com sofrimentos psíquico, foi proposto também a criação de um espaço entre as equipes de saúde mental de *‘Supervisão Clínico-Institucional’*. Clínico, porque se volta para as discussões dos casos clínicos e a invenção de possibilidades de cuidado, e institucional por se atentar àquilo que atravessa o campo do cuidado, que são o campo da organização do serviço, da rede, da gestão, da política pública, de se estar atento as dimensões políticas e clínicas presentes nos casos trazidos pelas equipes. Além disso, atua intervindo, acolhendo e apoiando o grupo de trabalhadores em momento de dificuldade ou sobrecarga podendo pensar em alternativas aos problemas enfrentados. Segundo a portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) este trabalho seria desenvolvido assessorando, discutindo e acompanhando o trabalho da equipe, seu projeto terapêutico assim como dos usuários, definido ainda, como importante que esse trabalho seja realizado por um profissional externo a unidade. Então, a supervisão *‘clínico-institucional’*, baseada na Análise Institucional, seria um modo de suporte e esteio as equipes, de experimentação e de possibilitar transformações por dentro destas.

1.4 SOBRE A PROPOSTA DA ‘FUNÇÃO APOIO’ E O MÉTODO PAIDEIA DE COGESTÃO DE COLETIVOS

“Em geral faz-se Promoção e Prevenção ‘sobre’ os usuários e não ‘com a participação ativa deles. Ação sobre as pessoas e não com o envolvimento delas. Duas expressões semelhantes e um abismo entre elas: ‘Agir sobre’ ou ‘Agir com’ as pessoas? Em consequência, os programas perdem eficiência ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades oriundas de normas estabelecidas pela epidemiologia ou pela lógica política ou administrativa. Haveria uma terceira alternativa para se lidar com este impasse. Uma maneira que não exclui o ‘Agir segundo regras’, ou o ‘Agir Estratégico’, trata-se do ‘Agir Paideia’.” (CAMPOS, 2003)

Segundo Campos (2003) há algumas diretrizes metodológicas que têm a potência de ampliar essa tradição positivista da área de saúde, permitindo um pensar e fazer ‘vigilância’ segundo um ‘Agir Paideia’. Esse seria um método de inclusão dos Sujeitos no trabalho em saúde, produzindo o aumento da capacidade de análise e intervenção dos agrupamentos humanos em geral, de saber sobre os problemas e agir sobre eles.

O movimento sanitário desde os anos setenta, no Brasil, estimulou a democratização dos serviços públicos de saúde através de experiências de participação comunitária, conselhos de saúde com usuários, trabalhadores e prestadores, oficializando os espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde, conseguindo conquistar experiências importantes de construção coletiva por todo o Brasil. No entanto, segundo Campos (1998) no campo dos modelos de gestão e atenção pouco se caminhou, o dia a dia dos serviços de saúde sob a lógica da ‘Vigilância’ ainda funcionariam e seriam governados por variações do ‘taylorismo’ focado em lógica gerencial tradicional, centralizada na figura do chefe e no controle dos procedimentos e dos comportamentos dos funcionários, elaboração centralizada de programas, normas reguladoras do atendimento e ausência de comunicação entre serviços horizontais de poder, quanto entre níveis hierárquicos.

Nesse sentido, se defendeu a abertura de espaços democráticos nas instituições de saúde, em especial no lugar de onde se operam o cuidado, reorganizando os serviços envolvendo gestores, profissionais e usuários. O Método Paideia ou da Roda (CAMPOS, 2000) de gestão colegiada ou de cogestão dos serviços se oporia a uma tradição de ‘relações objetais’ com os trabalhadores, como meros reprodutores, para sua implicação e ampliação da capacidade de reflexão e de participação, de corresponsabilização pela ‘defesa da vida’. Esse método de gestão tem por base a leitura crítica de textos do campo da política, do planejamento, da educação permanente, da psicanálise e da análise institucional¹³ — com as concepções de autogestão e

¹³ A Análise Institucional é uma das principais teorias do movimento institucionalista. Esta foi criada por Félix Guattari e desenvolvida por autores como René Lourau e Georges Lapassade. Se propõe a propiciar, apoiar e deflagrar nas comunidades, nos coletivos e conjuntos de pessoas processos de autoanálise e de autogestão. Para a análise institucional, uma sociedade está ordenada por um conjunto aberto de instituições. Uma instituição é um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões. No caso de

autoanálise dos trabalhadores (BAREMBLIT, 1992; LAPASSADE, 1989), sugerindo a *produção de uma máquina gestora instituinte coprodutora de sujeitos implicados* capazes de colocar em questão o instituído, furar os bloqueios burocratizantes da instituição ‘serviço de saúde pública’, negociar normas e diretrizes, gestão e subjetividade, razão e loucura, criar novos modos. (CAMPOS, 1998)

“O Método aposta na politização da gestão, no sentido de que as organizações poderiam incorporar elementos da Polis grega, constituindo Ágoras para negociação e invenção de outras formas de viver no mundo do trabalho. Por conseguinte, o método não se aplica a momentos ou situações de guerra de movimento em que o objetivo é eliminar o antagonista, mas sintoniza-se com a ideia de permanente coprodução, negociação de contratos e compromissos sempre provisórios. Evidentemente, traz para o debate uma pretensão libertária ainda muito solitária e com poucas experiências bem consolidadas no mundo contemporâneo.” (CUNHA & CAMPOS, 2010)

Se uma das maneiras principais de como o SUS se exerce enquanto política de saúde hoje é por meio de proposições verticais, de leis, diretrizes, portarias, resoluções, programas e outras formas de se fazer chegar as políticas do Ministério da Saúde aos outros níveis de governo, como interagir com essa verticalidade que atravessa todas as instâncias do SUS – secretaria estadual, municipal, serviços de saúde? É possível dessa ‘verticalidade’ produzir ‘horizontalidade’?

Pereira Furtado e Onocko Campos (2005) irão afirmar que existiria do ponto de vista da gestão duas maneiras: um do aprofundamento da verticalidade somente operacionalizando de maneira burocrática e descontextualizada – se reduzindo a metas e indicadores a serem cumpridos; ou de outra maneira seria pelo empoderamento pelas equipes das diretrizes políticas que através de modelos de gestão tendentes à horizontalização convoquem a maior participação dos profissionais de saúde e da população no gerenciamento das políticas de saúde ali realizadas. As diretrizes seriam de acordo com o contexto compreendidas e recolocadas. Pereira Furtado e Onocko Campos (2005) apontam ainda para o próprio Método Paidéia (CAMPOS, 2000) como

organizações de trabalho, devido ao processo de ‘divisão técnica e social do trabalho’, cada coletivo de uma organização está alienado no ‘não-saber’, no ‘não-conhecer’ as condições reais em que está trabalhando. O que a Análise Institucional propõe é a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta esses fenômenos e descubra o quanto esse não saber das contradições da estrutura e da função do sistema operam como desvio das forças críticas, das forças revolucionárias, das forças subversivas (BAREMBLIT, 1992).

possibilidade à organização dos serviços de modo a propiciar a inclusão, participação e horizontalização.

Do encontro do eixo vertical – das normativas das políticas de governo, no eixo horizontal – nível de instância de execução das políticas de saúde –, com uma maior porosidade, capacidade de articulação e engajamento dos diferentes atores, operar-se-ia “*uma rotação do eixo que tende a transversalização*” (FURTADO & ONOCKO CAMPOS, 2005). Mas como produzir equipes ‘porosas’, no eixo horizontal de modo que se dê essa transversalização? Como que na torção da máquina gestora do Estado (políticas, ministério, secretarias estaduais, municipais e serviços), não só reproduzimos a lei, mas vivenciamos, experimentamos de modo que operemos esse coletivo e mudemos nossas práticas?

Afinal, as equipes estão imersas na lógica de organização taylorista-fayolista onde o poder gerencial está atrelado ao saber disciplinar fragmentado, e onde as chefias se dividem por corporações e não por coordenações de equipes interdisciplinares, o que fica evidenciado ao se olhar os organogramas dos serviços. As chefias profissionais produzem uma tendência de responsabilidade maior para com uma atividade corporativa do que para o resultado final para o usuário. As chefias por corporação acabam rivalizando com a grupalidade da equipe (o time dos enfermeiros, dos médicos e o dos agentes comunitários de saúde).

Campos e Cunha (2010) irão propor o conceito de ‘Equipe de Referência’ partindo da compreensão de que existe interdependência entre os profissionais da equipe e que a prioridade destes é uma dada ‘clientela’, sendo referência para esta. Cabendo a coordenação da equipe a construção da interação entre os profissionais com produção de objetivos comuns, apesar das diferenças. Mas como fazê-lo?

Para isso é apresentado a ‘função apoio’ (CAMPOS, 2003, p.85). Ou seja, uma função que caberia aos profissionais que não têm uma relação direta e cotidiana com o usuário e que fazem o apoio à ‘equipe de referência’. A equipe de referência será composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dentro de certo campo; e estes serão responsáveis por acionar a rede complementar necessária a cada caso. Estes profissionais desta rede complementar, equipes ou serviços farão então o ‘apoio matricial’. (CAMPOS & CUNHA, 2010).

A ‘função apoio’ seria uma ‘postura metodológica’ que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. É um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, mas de modo interativo, que reconheça a diferença de papéis, que procura estabelecer relações construtivas entre os atores, envolvendo a todos na ‘supervisão’ e ‘avaliação’, na construção de diagnósticos e de novas formas de agir, levando em consideração a experiência, o desejo e o interesse dos sujeitos envolvidos.

O apoio se operaria, segundo Oliveira (2012) no suporte aos movimentos de mudança deflagrados pelos grupos e seu objeto seria o processo de trabalho desses coletivos que se organizariam para produzir saúde — sendo esta a função chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. Operaria ainda no limite entre a clínica e a política, ou entre o cuidado e a gestão.

Enquanto método Campos (2003) lista recursos úteis para se exercer a ‘função apoio’, entre elas: construir rodas – criação de espaços coletivos; incluir as relações de poder, de afetos e a circulação de conhecimento em análise; trazer para o trabalho coordenação, planejamento, supervisão e avaliação assegurando a qualidade da ação institucional e a realização pessoal; trabalhar com uma metodologia ‘dialética’ que traga as ofertas externas e as demandas do grupo; pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas; autorizar-se a ser agente direto e não somente apoiador; autorizar os grupos a exercer a ‘crítica generosa’ e a desejar mudanças.

Segundo Cunha (2009), existiriam ainda dois tipos de ‘matriciamento’ do apoio, um gerencial e um ‘temático’. Enquanto na primeira forma de apoio o foco seria os processos de decisão, contribuindo para a ampliação da capacidade de análise e intervenção na realidade das equipes, o outro tipo de apoio matricial seria do ‘especialista’ contribuindo com os debates clínicos temáticos de sua área de atuação, podendo realizar suporte assistencial e técnico-pedagógico as equipes de saúde. O mesmo autor afirma o perigo dessa ferramenta de matriciamento poder ao contrário do que se espera, funcionar como um aumento da dependência do ‘especialismo’ e da medicalização da população, desejosos que todos estão, usuários e profissionais, por condutas responsivas imediatistas e soluções mágicas. Cunha (2009) afirmará então que essa ferramenta de gestão pode e deve ser construída como parte de um processo de reinvenção do serviço.

1.5 A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO, O PROBLEMA DO ‘TRABALHADOR MORAL’ E A QUESTÃO NO CUIDADO

“é interessante a ideia de Toni Negri quando diz que a democracia, quando normatiza e regra, quando ordena seu arcabouço constitucional, não consegue escapar do poder constituinte, tendo-se que se apresentar efetivamente como uma forma de sociedade e de governo em permanente refazer, assumindo claramente o risco de ser pervertida, de não ser uma roda funcionalmente que gira bem. Negri fala, por isso, no inevitável Poder Constituinte das multidões, não controlado”.
(MERHY, 2006)

Segundo Merhy (1997) o profissional de saúde tem sempre certa autonomia frente as ações no seu próprio trabalho (autogoverno), então ocorre que do encontro entre os trabalhadores e entre estes e os usuários, se produzem relações de escuta, de vínculo que podem compor processos de criação ou de captura, de invenção ou de reprodução do mesmo, do instituído. Nesse sentido, Bertussi (2010) irá afirmar que o trabalho do apoiador não se configura como uma prática ‘puramente técnica’, mas enquanto prática relacional, de experimentação de si na relação com o outro, fazendo uso de ferramentas conhecidas ou em criação, o que Merhy nomeou em dado momento de tecnologias leves, mas podendo fazer uso também de tecnologias leve/duras e duras¹⁴. Nesse sentido há uma dimensão do trabalho que é ‘micropolítico’ e que diz das maneiras como que cada equipe vai funcionar de acordo com o encontro entre si e na relação com o apoiador, levando em consideração ainda as singularidades de cada processo, podendo ter tensões, conflitos, criações ou potências. De acordo com a ‘composição’ desse agrupamento ele opera com maior protagonismo, intervenção, produzindo saídas, inovando e modificando o cotidiano dos serviços, levando em consideração as necessidades dos usuários que estão sob sua responsabilidade. Então, mais do que normativo, esse é um espaço que se constitui fazendo, não haveria um ‘a priori’ para ele, é campo relacional dos encontros, dos afetos e afecções que se produzem, é produção de desejo compartilhado, de projetos e tecnologias criadas por

¹⁴ Para a concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias que podem ser classificadas em tecnologias leves, leve/duras e duras. As tecnologias leves são as tecnologias de relações, de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; As tecnologias leve/duras são no caso os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; As tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. (MERHY, 2002)

parte de cada um em um exercício de negociação dos projetos políticos da gestão, disputando a gestão e os modos de fazer atenção, em meio a devires instituintes.

Esse campo vivo se operacionaliza nas equipes independentemente da existência de um apoiador, porque são parte do encontro dos atores que ali estão, o que não se nega a figura do apoiador na possibilidade de poder ajudar e compor. O trabalho da equipe sempre se constitui em um território de tensionamentos, com relações de poder, controle e interferência se operacionalizando entre as relações do grupo. Merhy (2002) afirma, no entanto, que esse agrupamento pode constituir experimentações na saúde, em meio a esse terreno de tensionamentos e desafios, enriquecendo sua ‘caixa de ferramenta’ enquanto ‘plano de consistência’ crescendo e criando caminhos onde não se tinha possibilidades.

Vale dizer ainda que a intensidade das relações depende da ampliação das interações, e também da interação do apoiador com os trabalhadores ampliando a capacidade de agenciamentos e de agir, criando ‘linhas de fuga’ no campo do instituído. Do contrário, a diminuição da intensidade diminui a potência de agir (ESPINOSA, 1983). É nesse sentido que o agir apoiador precisa ser ‘micropolítico’, e como afirma Bertussi (2010) “interinventor” e não ‘interventor’. Como, então, experimentar e inventar junto e em parceria e não ‘intervir’? E ‘intervir’ aqui sendo compreendido enquanto ação em que se espera um produto ou um resultado. Como adentrar esse território tão cheio de desejos e intencionalidade e conseguir produzir algo da ordem do ‘comum’, que seja produto inesperado e surpresa dos encontros e criações conjuntas e que inocule a ideia de que uma figura é quem o faz ou provoca, quando todos são ativadores e por isso ‘interinventores’.

Como que em meio aos encontros produzimos cuidado em saúde? E como essa é uma questão a se colocar não só para quem é nomeado ‘apoiador’, mas para todos, compreendendo em todos o ‘dever-apoio’ capaz de mobilizar, articular, conectar e compor em busca de possíveis? Como esse compartilhamento se reflete em ações, invenções e produção de mais encontros com usuários e trabalhadores, outros serviços, unidades de saúde e outros setores, ampliando o grau de transversalização e envolvimento das pessoas.

Nesse sentido ‘o método’ em si não é garantidor dessa produção de vida e liberdade. Cecílio (2007) ao discutir a gestão em saúde alerta para dois cuidados, o cuidado para não só enxergar o trabalho pelas funções, ou tomar o cuidado para não cair no lugar de “trabalhador moral”. Ou seja, aquele que faz adesão automática aos conceitos apresentados, aos modos de se organizar o cuidado e de fazer a gestão, formulado por militantes, intelectuais e gestores engajados na reforma sanitária, os reproduzindo, porém sem que se efetive o campo propriamente da construção de todos.

“O trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários. O trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais “participativos e democráticos” propostos por aqueles atores, como consegue traduzir e implementar, na sua prática cotidiana, os conceitos que eles apresentam”. (CECÍLIO, 2007)

O trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais participativos e democráticos propostos por aqueles atores, como consegue traduzir e implementar, na sua prática cotidiana, os conceitos que eles apresentam. O trabalhador moral seria, então, uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto, por mais que tal ideia possa parecer, à primeira vista, aparentemente superada e grosseiramente simplificadora. Enfim, o trabalhador moral poderia ser caracterizado como um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações.” (BERTUSSI, 2010)

“Para Luiz Cecílio o trabalhador moral seria, aquele trabalhador idealiz(ado) perscrutado pelo grande olho (o - coletivo) que tudo vê, que tudo avalia, que tudo controla, que tudo sabe, em nome de uma necessária – publicização das relações organizacionais, por mais que tal ideia possa nos chocar. O trabalho moral seria um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura definida pelos objetivos organizacionais. Vistos atentamente, o homem funcional e o trabalhador moral quase se equivalem”. (BERTUSSI, 2010)

Tanto para o trabalhador moral quanto para o trabalhador funcional, não há arranjo institucional democrático que consiga superar as formas verticais instituídas, mesmo que traduzidas como horizontais. Em especial porque talvez toma mais importância nesse cenário o ‘arranjo institucional’, o dito ‘coletivo’, ‘colegiado’, ou mesmo ‘roda’ do que propriamente as ações de torção e afetos junto ao coletivo.

A exemplo do Método Paideia em que a democratização da gestão se daria sempre pela via colegiada, e que pressupõe que os atores ali envolvidos irão abrir seus projetos e pensamentos em roda. No entanto, o espaço colegiado em si não é garantidor de que as relações ali se deem de forma aberta e democrática entre trabalhadores,

gestores e usuários. Muitas vezes os espaços colegiados não são incorporados pela maioria dos trabalhadores por não se sentirem parte daquilo ou representados. Mesmo os modelos participativos podem ser controladores por ser usado como meio de visibilidade da produção dos trabalhadores ou por não legitimar o próprio movimento do grupo. Em algumas situações, estes podem inclusive se constituir enquanto esvaziamento político e falácia. Se não há história de espaços de construção de confiança e afetos entre os trabalhadores, como que uma roda poderá produzir isso, *ainda mais se querendo 'desalienação' do outro?* (BERTUSSI, 2010)

Feuerwerker (2008) afirma que é o campo do cuidado, que toma as necessidades dos usuários como centro, que possibilita a interação e negociação entre trabalhadores e usuários, até por entender que o cuidado é da ordem da produção da vida e estão para além do binômio saúde/doença.

A única indicação segura para atravessar o pesado campo dos instituídos, para enfrentar o fogo cerrado dos interesses em jogo e dos embates cotidianos que se realizam nas organizações, rumo a outras cartografias além do instituído, seria a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde para que neles atue a força instituinte do usuário. (BERTUSSI, 2010)

Merhy e Feuerwerker (2009) destacam que o território das 'ações cuidadoras' permite a partir da negociação entre trabalhadores e usuários produzir autonomia para o usuário e o trabalho da equipe. O cuidado é então para estes, a estratégia principal de defesa da vida, em crítica ao campo da 'clínica' que se aproxima do campo das tecnologias leve/duras de conhecimento e de pertencimento de alguns trabalhadores em detrimento de outros. No campo do trabalho através das 'tecnologias leves' que os saberes estruturados sobre o 'corpo com órgãos' podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida. Muitas vezes, as equipes reduzem a dimensão do cuidado somente aos determinados sinais, sintomas, diagnósticos e tratamentos, restringindo os sujeitos às suas doenças. No entanto, o cuidado seria realizado a partir das necessidades de saúde, e não por conta da 'clínica' e da 'epidemiologia', mas do próprio usuário. A lógica da clínica e da epidemiologia reduziriam o cuidado ao campo dos saberes científicos, impondo aos usuários 'educação em saúde' para que entendam como viver a vida abdicando dos modos 'prazerosos' de vivê-la (MERHY, CERQUEIRA & FEUERWERKER, 2010).

Merhy (2002) apontará ainda o processo de trabalho como um território de práticas de cuidado em saúde em que os atos de saúde serão constituídos por dois núcleos, o da ‘atividade cuidadora’ e dos ‘problemas concretos’. A ‘atividade cuidadora’ atravessaria todas as profissões da saúde, enquanto os ‘problemas concretos’ estaria centrado nos territórios profissionais específicos que recortam o mundo das necessidades dos usuários. Enquanto em relação a dimensão cuidadora criam-se possibilidades e práticas multiprofissionais, na dimensão profissional propiciar-se-ia as práticas ‘uniprofissionais’, sendo a tendência mais hegemônica o modelo médico neoliberal, que coloca a dimensão cuidadora como irrelevante e sem importância e subordina os profissionais de uma equipe, submetendo os núcleos profissionais a lógica médica. Seria, no entanto, a partir das demandas de fora, das necessidades apresentadas pelos usuários, que se encomendaria os núcleos profissionais específicos e não o contrário, como mais comumente acontece.

Para Fouerwerkr (2008) a ampliação da autonomia implica que o trabalho em saúde tenha como protagonista não só os trabalhadores de saúde atuando sobre os usuários, mas os próprios usuários e trabalhadores a partir de seus saberes tecnológicos.

“As equipes de gestão têm instituído os colegiados de gestão, colegiado de gestão ampliado, reuniões de direção, etc. como sinônimo de coletivo de gestão, mas é preciso não se satisfazer com a forma, com as agendas formais e com o discurso. Inúmeros colegiados são muito mais espaço de legitimação de tomadas de decisão do que espaços de cruzamentos e agenciamentos. Então é preciso tensionar, rasgar, abrir, porque produzir coletivo é criar algo que não está nem em um e nem em outro, mas entre os dois, no espaço comum, no entre lugar”. (BERTUSSI, 2010)

2º PARTE - CONTEXTUALIZAÇÃO SES/RJ

2.1 A PROPOSTA DO APOIO INSTITUCIONAL E DE UM NOVO DESENHO ORGANIZACIONAL: ENTRE QUEBRAS, CONTINUIDADES E DOBRAS

“Só o tempo completa o pensamento.” (Burlle Marx)

Essa foi a primeira frase com que Gutiérrez (2008) – até então Superintendente de Atenção Básica, inicia sua dissertação de mestrado sobre *“A coprodução da política estadual de atenção básica no Rio de Janeiro”*. Essa frase ‘professaria’ os passos que seriam dados anos seguintes por essa equipe de atenção básica numa certa ‘quebra’ e ‘continuidade’ daquelas proposições, e porque não dizer ‘dobra’ do trabalho delineado por essa primeira gestão. Fato é que o tempo sempre completa o pensamento, o tornando outro. Essa proposta de modo de gestão e de uma Política de Atenção Básica junto a equipe da SES a partir de 2007, ocorre na mudança de governo do Estado do Rio de Janeiro em que Gutiérrez é convidada a participar como Superintendente de Atenção Básica. Entre alguns pontos apresentados por essa gestão, o questionamento sobre o papel desempenhado até então pela Secretaria Estadual de Saúde na relação com os municípios de mediador das políticas federais, e o apontamento da necessidade de maior protagonismo dessa instância de gestão para que pudesse efetivamente fazer frente aos problemas sanitários que tomam a história desse estado. Reconhecia-se como sendo um estado marcado fortemente por um modelo hospitalocêntrico de saúde e tendo grandes desafios, em especial na região metropolitana onde se concentram mais de 70% da população, com cenários de grande vazio sanitário, locais de grande desigualdade social e desordenamento urbano. Além de que, como um todo, era um dos estados com os piores quadros de cobertura de atenção básica do Brasil¹⁵.

O desafio estava dado também por essa proposta fazer frente a uma história de esvaziamento do papel técnico político do estado a partir da descentralização da rede

¹⁵ A população do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2010, segundo o Censo Demográfico, era de 15.989.929 habitantes (IBGE). A estimativa da população estadual para o ano de 2011 era de 16.112.637 habitantes, e a maior parte dessa população concentra-se na Região Metropolitana (73,2%). As áreas urbanas concentram a maior parte dos habitantes, visto que, em 2010, 96,7% da população residia nessas áreas. Em 2007 a cobertura de ESF era de 29,90% no Estado (IBGE/MS).

básica de saúde dos estados aos municípios, e de todo verticalismo e incentivo das políticas de saúde durante os anos 90 à municipalização pela entidade federal, já que provedora de recursos e indutora dessas políticas nas relações diretas com os municípios. O apassivamento do estado se dava, a partir do deslocamento do ‘lugar’ de gestor direto dos serviços estaduais de saúde nas sedes municipais do estado, e de acompanhamento dos programas – tendo seu protagonismo e auge durante o SUDS na orquestragem da municipalização e descentralização desses serviços –, para a constituição de um lugar mais ‘amorfo’, ou ‘não lugar’ nesse ‘entre’ esfera federal e municipal. Desde o momento inicial desta gestão questionava-se sobre o papel dessa instância estadual perante os municípios, e mais especificamente desta Superintendência frente a implementação da Atenção Básica. E o que poderia significar um protagonismo dessa Gestão Estadual no SUS. Como realizá-lo, como com isso fortalecer a Atenção Básica das redes municipais escrevendo outra história para a saúde do Rio de Janeiro? Qual seria o melhor ‘arranjo’ ou ‘desenho organizacional’ de funcionamento dessa equipe para isso?

Compreendia-se também o desafio dessa proposta quando via-se naquele tempo que a maioria dos governos estaduais no Brasil, assim como o Rio de Janeiro, não cumpriam esse papel de co-construção das políticas junto aos municípios, quanto menos em relação a política de atenção básica, quase sempre considerada papel único e exclusivamente do ente municipal.

É importante dizer ainda que essa Superintendente de Atenção Básica vinha da experiência como consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS), na Secretaria Executiva da Comissão Metropolitana Tripartite do Rio de Janeiro no ano de 2006, grupo constituído a partir do período de intervenção do MS em 2005 junto aos Hospitais Federais, trabalhando com os 21 municípios da região Metropolitana. Neste trabalho apresentara para os gestores dessa região as diretrizes e dispositivos da PNH, como Acolhimento com Classificação de Risco, Projetos Terapêuticos, Clínica Ampliada, Cogestão, além dos debates sobre o ‘Pacto pela Saúde’ – realizando-se na época através de oficinas e de construção de planos de trabalho, e mais tarde, através da criação de uma Câmara Técnica na região (GUTIÉRREZ, 2008)

Na época de sua proposição estava ativa a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2006, que afirmava a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de

saúde para todo o país, afirmando esta como “*hegemônica e substituta ao modelo tradicional de atenção básica*”, tendo as famílias e comunidades como unidades de intervenção e se propondo a desenvolver de forma pactuada o planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de saúde do território. Apontava para isso o governo estadual como responsável por:

“viabilizar via CIB as normativas e diretrizes que assegurassem o cumprimento dos princípios, avaliando e monitorando através de assessoria técnica, o desenvolvimento da ESF através de credenciamento ou descenciamento das equipes, no fluxo de informações e nos recursos, intermediando o município e o MS.” (BRASIL, 2006)

Essa política na época gerou críticas pela rigidez de suas regras, pouco dialogadas com a realidade e enfrentamentos dos municípios com realidades tão diversas. A exemplo da dificuldade de vinculação de suas equipes, em especial do profissional médico na carga horária de 40 horas solicitada, ou em lugares de violência urbana¹⁶, ou na área metropolitana pelo grande contingente de pessoas, ou mesmo por resistência das próprias equipes ao desmonte e substituição das redes de atenção básica ditas ‘tradicionais’ (as historicamente organizadas como Centros Municipais de Saúde com especialidades clínico, pediatra e ginecologista) tão comuns no Rio de Janeiro, pela ESF. Algo que só será revisto na última PNAB de 2011, com certa ‘flexibilização’ das cargas horárias e inclusão das unidades básicas de saúde tidas ‘tradicionais’ desde que ‘*parametrizadas*’¹⁷.

Essa gestão reconhecia na PNAB 2006 já como um reforço a competência de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde as definindo em sua “função de complementaridade” ao esforço municipal e de fortalecimento da ampliação e da qualificação da atenção básica, no entanto, essa política ainda carregava traços e ranço

¹⁶ Dados de mortalidade, entre 2000 e 2010, apontam que o número absoluto de óbitos no Estado aumentou 14,5%, sendo que a taxa bruta de mortalidade passou de 7,7 óbitos por mil habitantes para 8,0. (IBGE)

¹⁷ Através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) estabelece-se critérios de Parametrização e Equivalência dos Diversificados Modelos de Organização da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo assim, todas as equipes de atenção básica que participarem do programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios de atenção básica no que se refere a definição do território de atuação da UBS e da população adscrita pela Equipe de Atenção Básica (EAB). Além disso a mesma precisa estar condicionada ao CNES agrupando os profissionais de nível superior (médicos generalistas, clínicos, pediatras, ginecologistas, enfermeiros e dentistas) por carga horária e equivalência com a ESF (BRASIL, 2011).

‘fiscalizatório’ ao propor o ‘desenvolvimento da ESF’ atrelados ao credenciamento ou não da ESF pela área técnica do estado, e por isso, de mediação e passagem das políticas e recursos entre o ministério e os municípios. Nesse sentido, observa-se importantes mudanças a partir da PNAB de 2011 que já reconhece o governo estadual enquanto *propositor de estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica*, preocupando-se com que os mesmos respeitem as normas da portaria nacional, destinem recursos estaduais para compor financiamento tripartite da atenção básica, assim como fossem:

“corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da atenção básica, submetendo a CIB para resolução acerca das irregularidades constatadas(...), visando aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades.” (BRASIL, 2011)

Aponta com isso, a necessidade por parte do estado de uma postura de maior co-construção e corresponsabilidade para com os municípios.

Para isso, assumem na PNAB 2011 como papel da Gestão Estadual:

“realizar apoio aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da estratégia de saúde da família; definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica”. (BRASIL, 2011)

E no âmbito da Educação Permanente afirmam que é papel do estado:

“disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde; articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais da saúde das equipes de atenção básica e das equipes de saúde da família; e, promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos à melhoria dos serviços da Atenção Básica”. (BRASIL, 2011)

Essas propostas da PNAB 2011 reconhecem um outro lugar da Gestão Estadual no SUS, galgado provavelmente pelas experiências estaduais nesses últimos anos. Reconhecem o ‘Apoio’ que o estado possa realizar junto aos municípios, assim como a proposta de Educação Permanente e formação.

Retornando ao contexto da SES em início de 2007, e da proposição de uma Política Estadual de Atenção Básica, esse grupo gestor aponta o referencial teórico do *Método Paidéia e da Metodologia do Apoio Institucional* (Campos, 2000),

reconhecendo que no campo da ‘normatização da atenção básica’, dificilmente esse processo aconteceria de maneira automática, tendo o ‘apoio’ das Secretarias de Estado e do Ministério da Saúde como necessário, até mesmo pela dificuldade gestora existente por grande parte dos municípios. A compreensão então era de que só era possível ampliar e fortalecer a atenção básica do Estado do Rio de Janeiro se se conseguisse aumentar a governabilidade dos sistemas estadual e municipais de saúde, alcançando desenvolvimento institucional do SUS.

Para isso, uma das ações foi a proposta de mudança do ‘modelo organizacional’ dessa Superintendência. A SES era dividida até então em subáreas de Programas e de Áreas Técnicas, mas fora da lógica territorial e populacional, como proposto pela tradição sanitária de sistemas de saúde. Além disso, como visualizado por Gutiérrez (2008), *sem espaços coletivos de produção de políticas ou discussão de processo de trabalho*. De forma geral, e talvez com algumas exceções, pela história de cada área técnica, o estilo de gestão era de supervisão, fiscalização e de produção de pareceres de acordo com as normas técnicas, no entanto, distanciados da realidade municipal.

2.2 UM POUCO DE HISTÓRIA DA GESTÃO ESTADUAL NO SUS DO RIO DE JANEIRO

Lançando um pouco de luz sobre esse modo de funcionamento, Parada (1997) dirá que a capacidade da SES RJ na década de 70 era de gestão de Postos e Centros de Saúde espalhados pelas sedes dos municípios do estado, não havendo vinculação com o município. Além disso, os equipamentos hospitalares estaduais executavam os programas verticais do Ministério da Saúde como tuberculose, hanseníase, saúde mental, e cuidado infantil. A SES era composta de técnicos de formação em saúde pública, oriundos da Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Rockefeller, “*enquadrados no paradigma central derivado do modelo sanitário sanitarista campanhista*”. Apesar de possuir capacidade instalada e recursos humanos próprios, suas atividades estavam vinculados aos programas do MS.

Por outro lado, com a saída da capital do Brasil do até então ‘Estado da Guanabara’ – para Brasília, no processo de fusão deste, agora como município, com o

Estado do Rio de Janeiro, foi realocado e reorganizado alguns hospitais gerais e de especialidades que eram ‘municipais’ (da capital), os tornando estaduais¹⁸. Mesmo que presentes no território do município do Rio, como eram unidades com grandes demandas da Baixada Fluminense e região Metropolitana, optou-se por estadualizá-los. Até então, as ações da Gestão Estadual eram voltadas exclusivamente para a Saúde Pública, tendo esta que assumir, de uma hora para outra, sem aporte de recurso e com dificuldades na época, toda administração desses serviços, a fragilizando e colocando essas unidades em situação precária (PARADA, 2001).

Durante o SUDS a partir de 1986, momento em que esta gestão se apropria do seu ‘lugar’ estadual, é criada uma ‘Subsecretaria de Municipalização’, aumentam-se suas ações de ‘coordenação e controle’ e diminuem-se aos poucos as ações diretas sobre os municípios, apesar de ainda ficar sob sua responsabilidade as unidades hospitalares de emergência e de especialidades. Nesse processo de descentralização orquestrada pelo Estado, essas unidades estaduais e as federais não foram absorvidas pelo município do Rio de Janeiro na proposta de ‘Comando Único’. Nesse sentido, o município com sua rede complexa, e mantendo uma postura ‘auto referida’, regionalizou-se internamente sem integração das unidades estaduais e federais em seu território.

Para além disso, no campo da assistência e em suporte a uma experiência de produção de rede microrregional, a Gestão Estadual, desenvolve o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB), voltado para a construção nessa região de unidades mistas ambulatoriais e hospitalares com adscrição de clientela para dar assistência integral a população da Baixada, além de serem construídas com conselhos gestores das unidades em consonância com os conselhos comunitários locais. Em ocasião essa experiência foi citada por Hésio Cordeiro “*como embrião do programa de saúde da família*” (PARADA, 2001).

Nos anos que se seguiram a Constituição de 88 e o SUS, as políticas do governo federal, qualificadas como *de ‘recentralização’*, tiveram campo fértil no estado do Rio de Janeiro, diante da fragilidade da gestão estadual. Mesmo com os passos técnicos e políticos dado pelo estado no período do SUDS, nos primeiros anos do SUS a SES

¹⁸ Foi o caso por exemplo dos hospitais gerais localizados na região da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

passa por turbulências políticas, trocas de secretários, e com as novas Normas Operacionais Básicas (NOBs) não deixando claro o lugar da gestão estadual e fortalecendo o lugar de relação direta entre a instância federal e municipal, faz com que esta se desresponsabilize das ações de comando, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das políticas estaduais e de assessoramento dos municípios¹⁹. O que segundo Parada (2001) faz retornar a ‘*velha cultura organizacional*’, a ‘*velha SES do período da pré fusão*’ de cultura fortemente sanitarista voltada para a priorização das ações no interior do estado dos núcleos e/ou serviços de vigilância epidemiológica e sanitária. Isso fez com que nesses anos de SUS que se procederam, fossem transferidas unidades e atribuições para os municípios em ausência do papel condutor do estado mediadas por políticas regionais, com a conseqüente municipalização desarticulada, fazendo com que as prefeituras partissem em busca de autonomia e tentassem por si organizar as relações intermunicipais.

¹⁹ A Lei Orgânica da Saúde estipularia a existência de um comando único a cada nível de governo e atribuiria ao município a gerência e a execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial, criando uma responsabilidade do poder local com a atenção individual (básica, especializada e hospitalar) e com outras modalidades voltadas para a promoção e prevenção de saúde (BRASIL, 1990). Neste período, a descentralização passa a ser operada não como parte de um projeto estratégico de intervenção econômica social com objetivo de desenvolvimento, mas como um projeto de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica. Segundo Viana e Lima (2011) esse momento da descentralização se caracterizou pela tentativa de fortalecimento da gestão municipal, através do repasse de recurso maior a eles, assim como transferências fiscais e setoriais não redistributivas. No entanto, os recursos continuaram se dando somente através de pagamento por procedimentos realizados. São lançadas Normas Operacionais Básicas durante a década de 90 e início da de 2000, como a NOB 93, induzindo a montagem de estruturas subnacionais incentivadas pelas modalidades de habilitação – condições diferenciadas de saúde, gerando maior autonomia para os municípios, e não ficando claro durante todo esse percurso o papel das esferas estaduais na cooperação intermunicipal (LEVICOVITZ; LIMA, MACHADO, 2001). Mesmo assim, é criada ainda nessa época a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) nos estados permitindo mudanças nas estratégias de descentralização das ações de saúde, adequando as normas nacionais às negociações de cada estado com seus municípios para implantação do SUS. É lançada ainda a NOB 96 com uma proposta mais redistributiva de recursos financeiros do Ministério da Saúde por meio de transferência per capita, por Piso de Atenção Básica Fixo mais o incentivo para adoção ao Programa de Saúde da Família (PSF). Mesmo assim, as condições de gestão – de Atenção Básica X Plena do Sistema Municipal (em que o município assume pôr fim a gestão de todos os serviços de saúde além dos da atenção básica), não dão conta da heterogeneidade da realidade de ofertas de serviços entre os municípios de um região. Os ‘consórcios’ ganham importância na conformação de sistemas loco regionais de saúde, mas ao mesmo tempo não participam diretamente dos espaços formais deliberativos intergestores. Mesmo assim, estes formam importantes marcos na construção das relações intergovernamentais como espaços colaborativos.

2.3 SOBRE A GESTÃO ESTADUAL CANTARINO – A REGIONALIZAÇÃO NOAS E O PSF COMO MODELO

Essa gestão que se inicia em 1999 e que permanece até 2006, nomeia um secretário com experiência, tradição e militância no SUS, pode-se dizer inclusive que o movimento no início deste governo caracterizava retomada da implantação do SUS no âmbito estadual. Entre algumas ações disparadas, a construção da proposta da Programação Pactuada Integrada (PPI) através de Comissão instituída em 1998 em Comissão Intergestora Bipartite (CIB), e organizada pelo Centro de Programação em Saúde (CPS) ligada a Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento (LIMA, 2001).

Além dos critérios de programação baseados na população, capacidade instalada e parâmetros para utilização de serviços, levaram em consideração a valorização da pactuação entre os gestores no estabelecimento das referências intermunicipais. Os tetos financeiros municipais foram revistos e são propostos a serem reorganizados pelas parcelas do Piso da Atenção Básica (PAB), Fração de Assistência Especializada (FAE)/ Alta Complexidade Parcial, Referências Intermunicipais, e as redes em articulação com o estado de Procedimentos Hemoterápicos, de Terapia Renal Substitutiva (TRS) organizados em pólos nas regiões ou microrregiões de assistência. Mais tarde compõem essa rede os pólos de referência oncológica, e de medicamentos excepcionais. Foi pactuado em CIB ainda, a revisão da PPI quadrimestralmente pelo estado e municípios.

Essa proposta de implementação da PPI levantou um conjunto de informações técnico e sociopolíticas sobre os municípios que contribuíram para a elaboração na época do Plano Diretor de Regionalização (PDR). O plano de regionalização foi desenvolvido em cima das referências intermunicipais de média e alta complexidade de cada região do Estado a partir do processo desenvolvido pela PPI de assistência. A SES utilizou como metodologia na época a mesma divisão geográfica administrativa, e a população foi dividida por regiões, microrregiões, módulos assistenciais e municípios. Dividiram ainda a região Metropolitana em I e II pela capacidade instalada e acesso (SERRA, 2003).

Foram realizadas em 2001 Oficinas Descentralizadas de Planejamento e Regionalização da Assistência à Saúde em cada região, para conformação das regiões de saúde do estado, e construído o planejamento integrado entre os gestores estadual e

municipais dos sistemas funcionais. Nessas oficinas foi implementada a NOAS 01/2001, debatendo e pactuando a regionalização da atenção básica e regionalização da média e alta complexidade no estado. Após a identificação dos problemas e dificuldades, foram elaboradas estratégias de intervenção que viraram Planos Estratégicos de Assistência em Saúde. A partir daí foi pactuada com os gestores municipais a Agenda Estadual de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), O Plano de Investimento (PDI) e o Plano Estadual de Saúde (SERRA, 2003).

O Plano Diretor de Regionalização foi desenvolvido, então, levando em consideração as microrregionais com configuração de módulos assistenciais e que atendessem aos critérios geográficos, de população, acessibilidade, capacidade instalada e de oferta de serviços, incluindo o nível de complexidade atual ou a ser desenvolvido, conforme explicitado no Plano Diretor de Investimento, e decisão política dos gestores, visando capacitar o município a ser sede de módulo assistencial. Além disso, segundo Serra (2003), para efetivação dessa rede essa Gestão Estadual tinha como proposta ainda a implementação da rede de Centrais de Regulação das ações de saúde, com a finalidade de ordenar e controlar a oferta de serviços referentes a internação hospitalar, consultas especializadas e exames de alta e média complexidade através de sistemas de comunicação, poupando os usuários de ‘peregrinação’. Seriam 10 Centrais de Regulação distribuídas, sendo que 9 atendendo as regiões definidas pelo PDR, e 1 Central Estadual de Regulação colocada como sendo para regulação de UTI Neonatal e Gestação de Alto Risco, na época escolhidos devido aos altos indicadores de morte materna e de recém natos.

De forma conjunta as ações de regionalização, essa gestão toma o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorganização da atenção básica e de reorientação do sistema de saúde, e no intuito de sensibilizar e incentivar os municípios na expansão deste modelo de saúde cria uma ‘Coordenação do Programa de Saúde da Família’ ligada diretamente ao gabinete do Secretário de Saúde, responsável pelos treinamentos dos municípios, pelo treinamento de pessoal e coordenação dos ‘Pólos de Capacitação de Recursos Humanos’ para o programa.

Tanto o processo disparado de regionalização quanto de incentivo a expansão do PSF foram disparados a partir de um primeiro Seminário de Planejamento com os municípios em que se apontou os seguintes ‘macroproblemas’:

“Insuficiência de cobertura do PACS/PSF; Ações da área materno-infantil deficientes; Dificuldade do usuário em obter medicamentos; Dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade; Dificuldade de realização de exames e procedimentos diagnósticos; Insuficiência gerencial do SUS; Insuficiente atendimento à demanda de sangue, componentes e derivados; Insuficiência das atividades de promoção à saúde e baixa integração regional; Baixa resolubilidade hospitalar” (SERRA, 2003).

A proposta desta gestão era então de incentivar a expansão do PSF nos municípios, e compreendendo a necessidade desse ser um sistema resolutivo, propõe o suporte nas regiões dos ambulatorios de especialidades (policlínicas) para receber os pacientes referenciados pelas unidades básicas, desafogando assim os hospitais. Segundo Serra (2003), em 1998 a cobertura era de 2,3%, em 2002 pulou para 19,9%. Até final de 2006 a cobertura do Rio de Janeiro chegou a 30,33% segundo o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 (SES, 2012).

No entanto, afirma Bravo et al. (2007), que o segundo mandato desta gestão teve características marcantes de desvio de verbas da saúde para programas assistencialistas, não cumprindo com o plano elaborado para a saúde na primeira gestão, assim como pouca valorização do controle social. Segundo Trevisan e Junqueira (2007), a autonomia municipal na gestão de saúde acabou reduzida com essa forma de regionalização bastante centrada na figura estadual. E mesmo com a proposta dessa norma, permaneciam impasses no campo da qualidade da assistência e da não efetiva garantia da resolutividade de acesso a saúde.

...

Em entrevista junto aos gestores da SES que vivenciaram essa Gestão Estadual:

“Era o boom do PSF, mas a gente era muito amador né, com essa visão de Estado. No sentido de que a gente tinha uma visão muito fechada mesmo. Era a coordenação vinculada ao gabinete do secretário. A gente não era reconhecido na estrutura da SES. (...) Mesmo naquela época a visão era mais centrada na supervisão. Mas as pessoas trabalhavam muito, e eram muito comprometidas sim. A gente ia pro município. A gente fazia regional já naquela época. Fazíamos regionais. Eram reuniões com aqueles grupos de coordenadores de PSF. Já fazíamos. Fizemos umas duas ou três experiências estaduais que foram bem interessantes. Então tinha uma vontade. As pessoas eram muito implicadas. Mesmo com a visão mais de supervisão, tinha o grau de preparação dentro da saúde coletiva, embora não tivesse preparo de gestão. Porque isso não é comum, naquela época menos, hoje é mais comum...” (Gestor Estadual A)

“Eu sempre na reunião colocava que a gente precisava estar mais próximo dos municípios, a gente precisava entender como as pessoas estavam reagindo, porque era assim, quais eram as dificuldades, fazer o diagnóstico da situação.... (...)”

Mas tinham algumas que eram muito radicais também. Tinham uma visão de punição com o município. O Estado tem que cobrar e acabou. É assim e ponto. E aí eu tinha essa visão um pouco mais diferenciada, tentava chegar com os municípios e eu acho que, ao longo da minha história aqui, eu acho que eu consegui construir uma aproximação com as pessoas, embora tivesse um cunho de supervisão dentro do setor com quem eu trabalhava”. (Gestor Estadual A)

“Na época a gente não lidava com as UBS. A gente lidava, e essa era outra grande diferença, com quem tinha Estratégia de Saúde da Família. Por que? Porque havia um entendimento de que era a Estratégia de Saúde da Família o nosso investimento, era que o município aderisse a 100% de Estratégia de Saúde da Família”. (Gestor Estadual A)

Houve então um processo de regionalização deflagrado via NOAS de aproximação dos municípios, retomando o papel da Gestão Estadual enquanto condutora desse processo de produção das regiões de saúde intermunicipais. No entanto, essa norma, assim como reconhecida mais tarde, tem a limitação – mesmo com a iniciativa desses primeiros movimentos regionais e de formalização das contratualizações, de efetivar-se na prática do cotidiano local de saúde. Por outro lado, o estímulo a expansão do PSF não significava necessariamente a efetiva reestruturação da atenção básica, ficava de fora desse esteio os outros modelos dessa atenção, como eram as UBS e Centros Municipais de Saúde (tradicionais e funcionando por livre demanda e programada, fora do escopo da ESF). Não se evidenciava naquele cenário uma proposta de coordenação de Atenção Básica que pudesse abarcar todos esses modelos e integrá-los no acompanhamento da saúde da população. Até hoje é comum encontrar nos municípios a figura do Coordenador de Estratégia de Saúde da Família por um lado, e por outro o Coordenador ou Diretor de Atenção Básica, funcionando em lógicas diferentes. O que reflete em dado momento as políticas de incentivo do Ministério da Saúde ao modelo da ESF, e do incentivo direcionado pela Gestão Estadual a sua expansão, por meio de supervisão e acompanhamento mais enfático das equipes e o seu cumprimentos das ‘normativas’, no entanto, desconexo do enfrentamento de se fazer apoio à gestão desse corpo fragmentado da Atenção Básica no território.

2.4 RETORNANDO A 2007 – SOBRE A PROPOSTA DA MUDANÇA DE MODELO DE GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA ESTADUAL

Uma das perguntas feitas por Gutiérrez (2008) no início da gestão estadual em 2007: “*para onde foi canalizado o papel de protagonista e a capacidade de intervenção dos trabalhadores, gestores e usuários do Estado do Rio de Janeiro?*”. Trazia em si o reconhecimento de que a história da SES foi feita de muitos atores que foram agentes de mudança nesse âmbito de gestão. Entre alguns atores protagonistas de movimentos importantes no começo do SUS, afirma Parada (2001), estavam o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, o controle da AIDS, as pessoas que construíram e propuseram a Política de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro em 1999 lutando pela realização da Reforma Psiquiátrica²⁰ (DELGADO, GOMES & COUTINHO, 2001). No entanto, mesmo diante de tantas iniciativas e histórias de luta pela construção do SUS, fazia-se necessário rever os passos de relação e construção de trabalho junto aos municípios.

Além disso, uma singularidade que marca esse Estado, além de suas várias histórias, o fato de ter em seu território, ao contrário dos outros estados da federação, equipamentos hospitalares assistenciais sob gestão federal, pois aqui o Ministério da Saúde permaneceria sendo executor direto de ações assistenciais, inclusive retomando algumas unidades que estavam sob gestão municipal, na intervenção de 2005. Da mesma forma a Gestão Estadual tem consigo também um conjunto grande de unidades hospitalares próprias. Dessa forma, a estrutura organizacional da SES carrega em si traços que misturam experiências ‘pré’ e ‘pós’ Constituição de 88 e SUS.

²⁰ A Política de Saúde Mental do Rio de Janeiro protagonista no Brasil teve como principal diretriz de ação a reorientação do modelo assistencial hospitalocêntrico, criando uma rede de serviços de pequena e média complexidade para atendimento psicossocial no território. Com base nos indicadores clínicos, epidemiológicos e de organização dos serviços, além dos indicadores sociais em geral, a Assessoria de Saúde Mental do Estado foi responsável por encaminhar aos gestores municipais o Plano de Implantação da Rede de Atendimento Psicossocial, centrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico, capaz de funcionar como centro articulador, em uma lógica de rede, das instâncias de cuidados básicos em saúde, incluído o Programa de Saúde da Família, rede de ambulatórios, atendimento terciário (internações) e atividades de cuidado e suporte social como, por exemplo, lares abrigados, trabalho protegido, lazer, advocacia de direitos e de questões previdenciárias. Em 2001 mais de 90% dos municípios do Estado já apresentam seus Programas Municipais de Saúde Mental em funcionamento (DELGADO, GOMES & COUTINHO, 2001).

“Uma das preocupações no começo dessa Gestão era de se haver com suas unidades hospitalares, em especial as que se encontravam no município do Rio de Janeiro em áreas de ‘deserto sanitário’. Se deparam com os hospitais estaduais ‘loteados’ por políticos ligados a antiga gestão. Ao mesmo tempo encontram o município do Rio de Janeiro desprovido da atenção básica, na época com índice de 3% de cobertura de PSF, a ponto do estado precisar interceder quanto ao uso de recurso para disponibilização de medicamento para atenção básica que não havia sido usado. Por isso, nesse primeiro momento o enfoque era o município do Rio de Janeiro.” (Gestor Estadual B)

Pessoas que eram quadros do Ministério da Saúde, e que participaram da intervenção junto aos hospitais federais no Rio de Janeiro, em que o Secretário Estadual – até então diretor do Instituto Nacional de Trauma Ortopedia (INTO), havia sido o interventor, passam a compor o grupo gestor desse governo, tendo que pensar em saídas e soluções para a situação emergencial dessas unidades estaduais.²¹

São criadas na época a ‘Subsecretaria de Desenvolvimento de Sistema de Saúde’ e a ‘Subsecretaria de Atenção à Saúde’ (SAS), deixando a última em situação de ter que gerir todos os Hospitais e Institutos Estaduais, a Vigilância em Saúde (Ambiental, Epidemiológica e Sanitária), a Assistência farmacêutica, Atenção Básica, Especializada, etc. Antes o organograma da SES era de uma subsecretaria voltada para a gestão dos hospitais, e no mais gerências ligadas ao gabinete. Mesmo com toda a hipertrofia de setores inclusos nessa subsecretaria, a SAS fortalece o sentido da ‘assistência’. No âmbito da atenção básica cria-se a ‘Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado’ com o desafio de tentar organizar, expandir e qualificá-la junto aos municípios.

Em planejamento interno da então Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC, 2007) propôs-se na época: delinear o modelo técnico assistencial em conjunto com os municípios; priorizar o fomento de ampliação e de qualificação da rede básica; redefinir o papel da rede hospitalar; implantar Unidades de Pronto Atendimento 24hs (UPAS); e, Implantar uma Central de Regulação. Segundo Gutiérrez (2008), diante da compreensão de que *investimento na atenção básica diminui o número de internações*, foi dado o desafio a realização da Política Estadual de Atenção Básica, com proposta de *cofinanciamento e apoio institucional* de modo a possibilitar a expansão e a qualificação da Atenção Básica em todo o estado.

²¹ Informações obtidas através de entrevistas realizadas com gestores que participaram da gestão estadual de saúde no começo da gestão em 2007.

No entanto, era ainda um desafio deste agrupamento de gestão implementar a proposta de governo de criar unidades de saúde que pudessem desafogar as unidades hospitalares de emergência, em especial as que estavam no município do Rio de Janeiro. O que em um primeiro momento chegou-se a pensar como sendo ‘Superpostos de Saúde’ (Gutiérrez, 2008), logo depois foi concluído como sendo Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24hs, começando-se a estabelecer seus fluxos e proposta de funcionamento. A primeira unidade construída foi na Maré, esta foi feita para desafogar o Hospital Geral de Bom Sucesso e o Hospital Estadual Getúlio Vargas, atendendo estas as pessoas que vinham da Baixada Fluminense em busca de atendimento no Rio de Janeiro. Depois foram sendo construídas outras, em especial naquele momento na área da Zona Oeste, próximo as unidades hospitalares estaduais dessa região.

“Diante da grande sobrecarga observada nos hospitais de emergência no Estado do Rio de Janeiro, e da insuficiência de portas de acesso ao SUS, foram criadas as Unidades de Pronto Atendimento 24hs - UPA 24hs. Trata-se de um novo conceito de serviço público de saúde, intermediário entre a rede básica e as unidades hospitalares, que funciona em regime de 24hs, atendendo às urgências e emergências de baixa e média complexidade. Desta forma reduz a demanda às emergências de unidades hospitalares e promove a ampliação do acesso ao sistema de saúde. As UPAs 24hs também estão preparadas para efetuar a estabilização de pacientes graves até sua remoção para uma unidade hospitalar”. (SESDEC, 2008)

A proposta das UPAs então era de criar ‘corredores’ de urgência para o cuidado dos casos de pequena e média urgência, ordenando o fluxo de demandas para as grandes emergências dos hospitais. Gutiérrez (2008) afirma ainda a preocupação nesse momento *“com dimensionamento territorial e de modo articulado com o sistema, e não só com a rede hospitalar, além de ser indutora da constituição de rede básica local articulada”*. Surgem discussões na SES de preocupação quanto ao isolamento desta unidade dentro do sistema de saúde.

“(...) essa unidade precisava ter conexão com o hospital para resolver o problema da porta de saída, quanto com a atenção básica para resolver a porta de entrada. Essa era a discussão, mas não foi possível responder até hoje. Ela tá colocada, não foi possível superar isso”. (Gestor Estadual B)

Na época foi estratégico propor a junção da Secretaria de Estado de Saúde com a Secretaria de Estado de Defesa Civil, formando-se a então Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC). Foi realizado concurso em 2007 e os bombeiros são quem vão assumir a gestão e assistência das UPAs.

“Essa parceria foi importante naquele momento para a saúde porque garantiram através de uma conformação militar de atendimento obrigatório o atendimento da grande demanda da população que a essas unidades chegavam, além de garantir a assistência em unidades localizadas em áreas de risco, como era o caso da UPA Penha na saída da Vila Cruzeiro no Complexo do Alemão, entre outras. No entanto, essa parceria não se deu sem tensionamentos internos da corporação que naquele momento apesar do chamado enquanto ‘combatentes’, atuavam diretamente na assistência”. (Gestor Estadual B)

Essa situação mais tarde, em 2011, estoura na greve dos bombeiros e na cisão novamente destas secretarias.

“Mas isso fez tamanho sucesso e tamanho barulho no sentido de resolver os problemas emergências que se tornou uma prática, que se descobriu qual o serviço que podia prestar pra organizar a saúde. Obviamente que atendeu de pronto atendimento em todos os sentidos. Não são só a questão da assistência e da emergência, mas também de desfazer aquela pressão que existia a todo momento, principalmente da mídia, da desassistência que tinha no estado”. (Gestor Estadual B)

No âmbito dos hospitais estaduais, foram contratadas equipes de enfermagem para atuarem na porta de entrada, realizando *Acolhimento com Classificação de Risco*, e modificarem a abordagem hospitalar assistencial, em especial das unidades de emergência. Mas mesmo essas medidas não foram o suficiente na época para modificar o processo de trabalho dessas unidades.

“Seria necessário ainda para que efetivamente houvesse uma revolução na assistência hospitalar o movimento de regulação nestas unidades, mas que não caminhou. Essas unidades modificam-se dentro de uma questão de investimento na aparência, na organização das portas de entrada, e aí é quando é chamada a humanização. Mas a humanização não dá conta dos conflitos internos dentro daquela unidade”. (Gestor Estadual B)

Mesmo com uma proposta ‘transversal’ como de uma ‘política de humanização’, a verticalização da gestão da secretaria, com visões antagônicas sobre gestão e atenção, não fortalece o trabalho de integração dentro das unidades, reforçando a fragmentação. A UPA na porta do hospital é colocada para desafogar a superlotação dos casos de urgência e emergência de baixo risco das unidades hospitalares, mas não resolve os problemas internos destas unidades.

Um dos problemas postos naquela época: como fazer a integração destas unidades ao sistema? Como da unidade de pronto atendimento encaminhar os pacientes atendidos? Para onde? E como encaminhar para a equipe de atenção básica, se estas – devido à baixa cobertura, ao problema do acesso e acessibilidade, não davam conta da demanda? A resposta dada pela Superintendência de Atenção Básica era que os

pacientes não se vinculariam a rede de serviços de atenção básica, se não houvesse expansão, qualificação e ‘humanização’. Por outro lado, os argumentos comuns aos gestores municipais sobre as dificuldades de efetivá-las estavam sobre:

“à insuficiência de recursos financeiros, a dificuldade de vinculação da equipe e do médico pela remuneração baixa, a dificuldade de contratação por conta da Lei de Responsabilidade Fiscal - o que torna precários os vínculos através de cooperativas ou estratégias de terceirização da contratação de pessoal; a questão da violência, sobre o aumento desordenado da população, do sucateamento e inoperância da administração pública, da falta de compromisso político e priorização da atenção básica” (Gutiérrez, 2008).

Não à toa os altos índices de amputação de pés diabéticos, dos casos de sífilis congênita, tuberculose no estado (GUTIÉRREZ, 2008), e ao ‘abrir’ os dados de pronto atendimentos, evidencia-se a grande quantidade de casos de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) pela falta de cuidado dos pacientes ‘crônicos’ na Atenção Básica.²²

Foi proposto então na época por Gutiérrez (2008) uma ‘reforma organizacional e funcional’ à ‘Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado’ que passaria a ter uma ‘**Coordenação Geral do Apoio à Gestão**’, responsável por formular o apoio aos municípios e coordenar mais 4 Gerências: ‘**Gerência de Apoio aos Municípios da Região Metropolitana**’, ‘**Gerência de Apoio aos Municípios do Interior**’, ambas com a incumbência de ofertar apoio por regiões de saúde. Através da adscrição dos técnicos da Superintendência, *com perfil mais generalista* por um lado, e que trabalhariam o processo de trabalho junto a esses municípios; E por outro, com os demais técnicos das políticas (mulher, criança, idoso, mental, etc.), realizariam a proposta de ‘Apoio

²² A magnitude destes problemas de saúde no Estado do Rio de Janeiro se expressa pelas mortes acarretadas por elas. Dados preliminares de mortalidade para 2010 (SIM) mostraram que as doenças do aparelho circulatório (IAM, AVC, etc.) se constituem na primeira causa de óbito, seguida das neoplasias, em segundo e terceiro; doenças do aparelho respiratório, na quarta; na quinta posição, estão as causas mal definidas e em sexta, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, onde predomina o diabetes. Embora as doenças transmissíveis tenham cedido lugar às não transmissíveis na caracterização do perfil epidemiológico, estas ainda são expressivas como problemas de saúde pública. No Rio de Janeiro, a magnitude de algumas destas doenças, do ponto de vista da morbidade, ainda constitui-se em desafio para o Estado e seus municípios, apesar do conhecimento e das medidas de prevenção e tratamento disponíveis. Este é o caso da AIDS, da tuberculose, da hanseníase, da sífilis em gestante e congênita, além do recrudescimento periódico da dengue, com a ocorrência de epidemias. No que diz respeito à tuberculose, o Estado é o que, historicamente, apresenta a maior taxa de incidência no país, o que tem sido em parte explicado por concentrar a maioria da população residente em áreas urbanas – mais de 96 %, segundo o Censo de 2010 (SES, 2012).

Integrado aos Municípios'. Além dessas duas gerências, havia também '**Gerência de Monitoramento e Avaliação**' responsável por gerenciar a 'sala de situação' dos indicadores da Atenção Básica identificados na época pelo 'Pacto pela vida' em parceria com a Vigilância e o Planejamento da SES, ficando responsável ainda por monitorar os incentivos financeiros existentes até então como eram na época: o 'Cofinanciamento', o 'PROESF' e as 'Especificidades Regionais'. Havia também a proposta da '**Gerência de Educação Permanente**' que ofertaria cursos de Atenção Básica e Gestão do Cuidado assim como 'cursos introdutórios' para municípios de menos de 100 mil habitantes, conforme proposto na portaria da PNAB 2006.

Além da Coordenação do Apoio, haveria ainda a '**Coordenação de Integração de Política e Projetos**' responsável pela integração de 8 Gerências de políticas adscritas: '**Gerência de Saúde Mental**'; '**Gerência de Saúde Bucal**'; '**Gerência do Curso de Envelhecimento de Vida**'; '**Gerência de Prevenção de Acidentes e Violência**'; '**Gerência das Práticas Integrativas**' (responsável pelas políticas de incentivo a acupuntura, homeopatia e fitoterapia), '**Gerência de Políticas Específicas**' (assentados, quilombolas, indígenas, caiçaras, negros, diversidade sexual, população carcerária, moradores de rua) e que dialoga com os movimentos sociais; '**Gerência de Saúde da Criança, do Adolescente e Nutrição**'; e '**Gerência de Saúde da Mulher**';

Na época questionava-se ainda o fato das áreas de Hipertensão e Diabetes, e de Câncer de Colo Uterino e de Mama estarem sob a coordenação da Vigilância em Saúde. Não por acaso, muitas dessas áreas técnicas ainda tinham um caráter bastante sanitarista e epidemiológico e pouco voltado para o âmbito assistencial. Além da proposição desse organograma, propõe-se também o espaço do 'colegiado gestor' com reuniões semanais com os gerentes e coordenadores e reuniões bimestrais com toda a equipe podendo debater temáticas transversais.

É interessante observar que das mudanças de superintendência que se sucederam desde a saída desta primeira equipe gestora, os cargos gestores estabelecidos foram sendo realocados em função da funcionalidade à cada nova equipe gestora. Mas de maneira geral, ao decorrer do processo das mudanças de superintendentes, o que resistiu desse primeiro desenho organizacional foi a organização dos técnicos da SAB em 'apoiadores' adscritos por regionais de saúde como um todo, não 'vingando' a proposta de separação das gerências de apoio para a região metropolitana e para os municípios do

interior. Da mesma forma, a Coordenação de Integração de Políticas e Projetos voltados para a integração das gerências das tidas áreas técnicas também não acontecem, assim como a proposta de separação de algumas destas áreas como do histórico Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMICA) que se separariam em gerência de saúde da mulher, por um lado, e da criança e adolescente por outro. Além disso, não ocorre ao decorrer do processo a adscrição destes setores/políticas por regiões de saúde, pelo menos não da forma imaginada pelo desenho proposto por aquela primeira superintendência. Mais tarde, em 2009, soma-se ainda ao grupo de áreas técnicas, a Saúde do Homem.

Observa-se ainda que a proposta de ‘Gerência de Política Específicas’, seguiu sendo uma Área técnica de ‘Saúde da População Vulnerável’, que se organiza em grupos de trabalho, câmaras e comitês técnicos abertos a participação dos movimentos sociais na produção de políticas e ações de saúde voltadas para as Populações do Campo e Floresta (assentamentos, quilombos, indígenas e caiçaras), População Negra, LGBT, População de Rua, População Privada de Liberdade, etc. Alguns desses grupos foram constituídos em parceria ou suscitados pelo setor de Gestão Estratégica e Participativa da SES, que mudou de lugar e função no organograma algumas vezes, atualmente é uma Assessoria ligada a Subsecretaria Geral.

É interessante observar o quanto do enfrentamento daquela gestão, da proposição daquele ‘desenho organizacional’, no tempo de sua existência, pôde produzir, ou não, sentido, lastro e reverberação junto a estrutura daquela secretaria. Fato é que esse ‘lastro’ só pôde ser possível a partir da composição de atores que reverberaram as propostas suscitadas por aquele primeiro grupo gestor da Atenção Básica.

Na época, essa primeira Superintendência de Atenção Básica se propôs ainda a tomar como agenda política:

“reorientação do processo de trabalho da SES; articulação com a vigilância em saúde e demais áreas da secretaria; articulação intersetorial; formulação de diretrizes para o cuidado à saúde segundo a clínica ampliada; revisão dos mecanismos de apoio e de supervisão aos municípios segundo o método Paideia, incentivando que façam o mesmo com os serviços e equipes que estão sob sua gestão; instituição de uma matriz de monitoramento e avaliação; criação de estratégias de educação permanente; definição de incentivo, objetivando a estruturação física das unidades básicas de saúde segundo o conceito de ambiência (PNH/MS, 2004); criação e definição de incentivo financeiro complementar da

Secretaria de Estado para a Atenção Básica dos Municípios segundo fator de alocação equânime.”(Gutiérrez, 2008)

Além disso, estabelece-se a importância do vínculo entre o Estado e os Municípios adscritos, e que o primeiro destes deveria se fazer via coordenadores municipais de atenção básica, ofertando-se ***Câmaras Técnicas Regionais de Atenção Básica*** periódicas. As Câmaras Técnicas seriam espaços coletivos, e segundo Gutiérrez (2008) seguiriam:

“o método Paideia com finalidades pedagógicas, terapêuticas e organizativas administrativas. Tomamos como exemplo, no campo pedagógico, quando um consultor convidado da PNH/MS apresenta o tema da Clínica Ampliada como alternativa ao modo tradicional de fazer clínica na rede básica”.

Os técnicos da Superintendência se tornariam então ‘*apoiadores institucionais*’ para o conjunto dos 92 municípios e de modo adscrito para as 9 regiões de saúde do estado. A proposta seria que com isso, os municípios pudessem rever também os modos de ‘supervisão’ e de ‘apoio’ das suas equipes de atenção básica, método utilizado muitas vezes de modo vertical e pontual. Além disso os apoiadores teriam como desafio ampliar a capacidade de análise e intervenção desses coletivos, acompanhando os planos de trabalho, e os planos diretores municipais de atenção básica. Sendo assim, aos poucos as Áreas Técnicas, assim como outros setores da Secretaria, como a Vigilância, Controle e Avaliação, ou a Educação Permanente, seriam também envolvidos nesse processo ampliando o apoio da SES nas regiões. Mais para frente essas Câmaras Técnicas se tornariam ainda, na proposta dessa superintendência e segundo o Pacto pela Saúde (MS, 2006) *Colegiados Regionais de Atenção Básica*.

É importante perceber o quanto das ideias dessa primeira superintendência eram audazes para aquele momento na SES, uma secretaria afastada da realidade municipal, e ainda distante de realizar sua regionalização segundo a proposta do Pacto pela Saúde (2006), lançado em âmbito nacional desde o ano anterior. Mesmo assim, acompanhamos entre idas e vindas das gestões estaduais de atenção básica, a concretização, anos mais tarde, e criação em 2013, dos Grupos de Trabalho (GTs) de Atenção Básica nas Regiões, nesse ano em que ensejo essa dissertação de mestrado, iniciada em 2011. Mas para isso muitos foram os passos e experimentações vivenciadas por essa equipe que perdurou mesmo com as mudanças constantes de gestores, e que tomou força depois da entrada de uma última Superintendência com atores advindos de uma experiência de 8 anos de Gestão Municipal.

Essa primeira Superintendência deixou de herança a proposta de trabalho pela ‘metodologia’ do apoio institucional, através da proposição de cursos e formação com gestores da SES e dos municípios, a instigação e o desafio do que poderia significar trabalhar neste formato em âmbito estadual. Para isso o apontamento da importância de organização por regiões de saúde do estado adscritas, além do horizonte do trabalho pautado no *Método Paideia* (CAMPOS, 2000) com o desafio de abertura para dentro e para fora da SES de grupos colegiados. O que é enfrentado, em especial, a partir da composição da última Superintendência que entra para SES a partir de meados de 2009.

Além disso, essa primeira superintendência deixa o legado da administração da proposta do recurso do *Cofinanciamento AB* como incentivo a estruturação da Atenção Básica nos municípios. O recurso na época foi organizado segundo princípio de equidade, levando em consideração variáveis epidemiológicas, socioeconômicas, demográficas e de cobertura dos municípios do estado. Para o monitoramento desse recurso foi pactuado uma matriz de indicadores: “*percentual de cura de casos novos de tuberculose; percentual de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal; razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 49 anos e a população feminina nessa faixa etária; percentual de captação e acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus; e, coeficiente de hospitalização por doença psiquiátrica*”, para ser acompanhado e o repasse do recurso por equipe de saúde da família de cada município. Estava dado ainda o desafio das próximas superintendências de fazer acontecer a mudança proposta pelo desenho inicial dessa Política Estadual de Atenção básica.

...

É válido ainda observar no Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (SESDEC, 2008) lançado no final de 2008, quando já da troca dessa primeira Superintendência de Atenção Básica, o que ficou de sua proposição e idealização no campo do **Planejamento da Atenção Básica** para os 4 anos seguintes. Um primeiro Eixo dentro do Plano foi de **Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde**, e tem como diretrizes estratégicas: **Expansão e Qualificação da Atenção Básica**, cujo objetivo:

“Aperfeiçoar a política estadual para ampliação e qualificação da Atenção Básica como orientadora dos Cuidados Integrals em Saúde; Apoiar a gestão

técnica, política e financeira dos municípios para a organização da Atenção Básica, incentivando a implantação de novas equipes da Estratégia de Saúde da Família, ampliando a cobertura para 40%; Monitorar, anualmente, 100% dos contratos do cofinanciamento da atenção básica; Implantar Câmaras Técnicas em 100% das regiões para discussão e acompanhamento da Atenção Básica junto aos municípios; Ampliar em 30% dos municípios a Terapia Comunitária como estratégia de mobilização social; Assessorar os municípios na formulação e implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, acompanhando o desenvolvimento dessa iniciativa em 100% dos municípios; Elaborar o plano estadual de assistência farmacêutica básica contemplando medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; Apoiar a implantação, inicialmente, de 06 equipes de saúde da família na comunidade da Rocinha, e 04 equipes de saúde da família na comunidade de Alemão por meio do PAC Urbanização – componente estadual;”

Apresenta ainda outros objetivos:

“Estruturar e qualificar serviços de assistência à saúde de pessoas vítimas de violência intrafamiliar e autoinfligida; Estabelecer ações intersetoriais e integradas nas políticas públicas governamentais para os seguintes segmentos populacionais: quilombolas, assentados e acampados rurais, pescadores artesanais, população em situação de rua, população privada de liberdade, povos indígenas, população negra e população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT); Desenvolver a Política Estadual de Alimentação e nutrição; Apoiar e qualificar as práticas integrativas e complementares”;

Existirá ainda mais uma diretriz estratégica de *‘Fortalecimento das ações de saúde em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Vida’*.

Tendo como objetivos: *‘Desenvolver a atenção à Saúde da Criança’* (incentivo ao aleitamento materno, investigação de óbito infantil, etc.); *‘Desenvolver a atenção Integral à Saúde do Adolescente’* (Implantação do Saúde na Escola, pólos regionais de saúde do adolescente, caderneta, etc.); *Desenvolver a atenção à Saúde da Mulher* (ampliação de oferta de exame citopatológico, acompanhar e monitorar as lesões precursoras de alto risco de colo de útero, de câncer de colo uterino e mama; qualificar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, aumentar a oferta de laqueadura e vasectomia e planejamento familiar, direito a atenção a mulheres vítimas de violência. Garantia de aborto em caso de estupro, etc.); *Desenvolver a atenção à Saúde do Idoso* (criação de ambulatório especializado para municípios acima de 100mil hab., câmaras técnicas regionais de saúde e envelhecimento, etc.); *Desenvolver a atenção à Saúde Bucal* (expansão das equipes de atenção bucal, de Centros de Especialidade Odontológica, e etc.); *Desenvolver a atenção à Saúde Mental* (fechar leitos de longa permanência, criar CAPS, diminuir o coeficiente de hospitalização, ampliar a cobertura do programa de volta pra casa pra toda população de longa permanência

desintitucionalizada, ampliar leitos de curta duração em hospitais gerais para acolhimento a crise, implantar leitos de atenção a usuários de álcool e drogas em hospitais gerais, 9 câmaras técnicas regionais, garantir residência terapêutica, etc.); ***Desenvolver a atenção aos agravos prioritários e doenças prevalentes*** (curar % de tuberculose e hanseníase, reduzir a taxa de internação por hipertensão e diabetes, ampliar o cadastramento da população com hipertensão e diabetes, reduzir a taxa de letalidade da febre hemorrágica da dengue; garantir acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para portadores de Aids e hepatite, garantir medicamentos retrovirais); ***Desenvolver a atenção à Saúde do Homem*** (Implantar essa política); ***Desenvolver a atenção à Saúde da Pessoa com Necessidades Especiais*** (Implantar essa política);

A Política Estadual de Atenção Básica propunha, então, além da criação dos espaços de Câmara Técnica de Atenção Básica nas Regiões e o Monitoramento do Cofinanciamento, o “*apoio a gestão técnica, político e financeira*”. Este seria responsável pela organização da Atenção Básica e expansão das ESF, assim como assessoramento sobre os dispositivos propostos pela Política Nacional de Atenção Básica, do plano Farmácia Básica, além do incentivo a organização das ações do que foi chamado de ‘*cuidado integral*’ pelos ‘*ciclos de vida*’ pautado nos indicadores do Pacto, em momento em que estes passariam a ser pactuados diretamente com os municípios.

Cabe ainda falar na área da Educação em Saúde e Gestão Participativa no Plano Estadual nesse primeiro momento da gestão, abarcando grande parte de ações que atravessam a outros setores e áreas técnicas da SES no campo de formação, em interface com os municípios. Além do apontamento da implantação das CIES – Comissões de Integração Ensino Serviço no Estado e nas Regionais, com o desenvolvimento dos Planos de Educação Permanente, se propõe a apoiar e monitorar as ações de Educação em Saúde nos municípios; e tinha ainda proposta tocar projetos de qualificação da Atenção Básica e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família através de ‘Curso Introdutório’ em parceria com instituições de ensino, fora ações de qualificação quanto a atendimento a situações de violência, atenção integral as doenças prevalentes na infância, cuidado dos idosos, assim como qualificação de equipes que trabalham diretamente com comunidades tradicionais, e implementação da Auto avaliação e Melhoria da Qualidade (AMQ) para municípios abaixo de 100 mil habitantes conforme

diretriz da Educação Permanente. Apesar da compreensão da ‘transversalidade’ da Educação, é de se questionar a proposição dessas ações ‘fora’ do Plano da Atenção Básica, no entanto, o que demonstrava na época certa ‘força’ desse setor na SES no momento pelo menos da construção desse Plano Estadual.

Nos anos seguintes, na segunda mudança de organograma da SES em 2009, esse setor passa a compor a então Superintendência de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa (SABEG) ligada a Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Em uma terceira mudança do organograma da SES, de 2010 para 2011, são separados dessa Superintendência de Atenção Básica, a Coordenação de Educação em Saúde que passa a estar atrelada a Subsecretaria de Gestão do Processo de Trabalho, enquanto a Gestão Estratégica Participativa se torna então uma Assessoria ligada a Subsecretaria Geral, interligada aos debates que envolvem o Controle Social, a Ouvidoria, Auditoria e a temática das ‘populações vulneráveis’ no estado.

2.5 A REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO EM 2009 E O PACTO PELA SAÚDE

O Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (SESDEC, 2008) aponta como um dos seus eixos o processo de regionalização com objetivos de:

“Implantar o Pacto pela Saúde junto aos 92 municípios; Elaborar instrumento de monitoramento e avaliação dos Termos de Compromisso de Gestão e dos Relatórios de Indicadores do Pacto; Institucionalização e Adoção do Instrumento de Planejamento do SUS pelo Estado e Municípios; Atualizar os Planos Diretores Regionais e de Investimento; assim como criar os Colegiados Gestores Regionais (CGR); Implantar comitês de Urgência e Emergência nas regiões; Agregar todas as interfaces regionais da SESDEC em uma mesma estrutura em todas as regionais; Promover o alinhamento de 100% dos Consórcios existentes à legislação atual, em conformidade com a lei 11.107 de 2006; (...)”

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) lança uma maneira de realizar a regionalização baseada na pactuação política entre os Municípios e o Estado. Ele propõe que as Regiões de Saúde sejam desenhadas levando em consideração a diversidade econômica, social, cultural em sua definição. O pacto seria um modo de intensificar as relações no território, contribuindo para uma maior integração da atenção e qualidade da saúde da população. Para que isso aconteça, são propostos os espaços dos Colegiados Gestores Regionais (CGR) como espaços de cogestão permanente entre municípios e

estados, podendo construir juntos as soluções para os problemas locais de saúde de cada região. A partir desse espaço são construídos Planos Regionais que concretizem a rede regionalizada de atenção à saúde garantido acesso, integralidade e resolutividade da atenção²³.

Por outro lado, segundo Viana e Lima (2011), o Pacto pela Saúde propõe também a formalização dos acordos estabelecidos entre as esferas de governo por meio de assinatura de Termos de Compromisso de Gestão, que compreendem responsabilidades, objetivos e metas associados a indicadores de monitoramento. Essa adesão substitui o esquema de ‘habilitação’ prevista nas Normas Operacionais, como transferência de responsabilidades e recursos, ampliando a autonomia dos municípios na gestão dos sistemas locais e dos recursos financeiros.

O Pacto estabeleceu ainda um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas. Essas prioridades são definidas nacionalmente, mas que permitem que os gestores indiquem situações a partir da realidade local. Até 2010/2011 eram 11 prioridades: *Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids; Promoção da saúde; Fortalecimento da Atenção Básica; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e Saúde do homem.*

²³ Dentre os objetivos da regionalização pelo Pacto (BRASIL, 2006): “Garantir Acesso e qualidade as ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal; Garantir o direito a saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para redução das desigualdades no acesso as ações e serviços de saúde; Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado a saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas e diferentes interesses loco regionais possam ser organizadas e expressadas na região; Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.”

No âmbito da regionalização do estado, havia no organograma da SES em 2007 a Subsecretaria de Desenvolvimento de Sistema de Saúde, responsável pela PPI, Controle e Avaliação, Planejamento e Articulação Regional, que começa a movimentar os municípios para assinar o pacto. Nessa época a adesão dos municípios foi pequena, não chegando a 30%, pois não era obrigatório a sua assinatura, não dependia de responsabilização jurídica - como passa ser proposto através do ‘Contrato Organizativo de Ação Pública’ – COAP (BRASIL, 2011). Em 2013, no entanto, 54 dos 92 municípios do estado haviam aderido ao Pacto (Portal da Saúde SES – RJ, 2008). Naquele primeiro momento da gestão o estado desenvolveu uma Plano Estadual de Saúde desvinculado dos Planos Municipais e Regionais de Saúde, apesar de se ter a partir de 2002 um Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) construído e proposto²⁴.

“É interessante também isso porque a gente vem em 2007 e retoma o trabalho do PDR pra depois rediscutir a regionalização, mas sob outro foco, sobre o foco do pacto, e depois do COAP, da 7508”. (Gestor Estadual B)

A partir dos dados do PDR de 2002 facilitou-se fazer a regionalização, mas aponta-se diferenças.

“A regionalização anterior foi realizada dividindo-se em regiões e sub-regiões, ou microrregiões, e ao estabelecer essas regiões, estabeleciam-se também os ‘municípios pólos’, que de alguma maneira se sobrepunham sobre os municípios da periferia. Essa primeira regionalização estava ainda bastante pautada no processo de descentralização pela via da municipalização ou da “prefeiturização”, no sentido de valorizar quem tivesse maior poder político e econômico na região, à medida que estes seriam então os que conseguiriam maiores recursos para organizar a sua cidade, sede da região, ou município polo. Então no contexto de 2007 essa contradição estava posta”. (Gestor Estadual B)

Havia ainda contradições na própria organização da SES nesse primeiro momento que precisavam ser superadas. Por exemplo, a separação de uma Subsecretaria responsável pelo Planejamento, Controle e Avaliação, PPI e Articulação das Regiões, e uma outra Subsecretaria de Atenção à Saúde responsável pelas redes, pela Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, e que ainda precisava dar conta das Unidades Próprias do Estado e de toda a Vigilância em Saúde, etc. Enquanto uma Subsecretaria dava conta dos repasses dos procedimentos aos municípios, de outro lado estavam as discussões sobre as redes de atenção especializada, como de cardiologia

²⁴ Informações obtidas através de entrevistas realizadas com gestores que participaram da gestão estadual de saúde no começo da gestão em 2007.

entre outras. Então precisava-se discutir rede em conjunto, dentro da concepção de linha de cuidado e não de uma ‘política vertical’. Só mais tarde, em 2009, ocorrerá uma reconfiguração dos setores e organograma da SES, no qual é passado o ‘Controle e Avaliação’ para a SAS, o que se torna a SAECA – Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação. Além disso é criada uma Superintendência de Unidades Próprias, e se retira da SAS a Subsecretaria de Vigilância em Saúde onde ficou alocada a então Superintendência de Atenção Básica, Gestão Estratégica e Educação Participativa (SABEG). O Planejamento passa a ser ligado a Subsecretaria Geral, e é quem passa a desenvolver a PPI e o processo de Regionalização em função do Pacto pela Vida.

Da mudança das Gestões Municipais em todo o estado, foram realizadas no início de 2009 Oficinas Regionais com os municípios e publicado o caderno “Saúde na Área” (SESDEC, 2009) com o conjunto de informações selecionadas (indicadores que avaliam oferta de serviços de saúde, condições sanitárias, dados populacionais, cobertura e produção de serviços, fluxo migratório intermunicipal, e itens relacionados a morbimortalidade) para fundamentar o processo de revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), após a implantação do Pacto pela Saúde e auxiliar na atualização da Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência à saúde. Esses dados tinham sido apresentados nas Oficinas Regionais para fundamentar tecnicamente a problematização e os debates locais fomentando o Planejamento de base Regional. Essas oficinas tinham como objetivo além do aprofundamento do diagnóstico situacional, a constituição dos Colegiados Gestores Regionais (CGR), a avaliação de um novo desenho das regiões de saúde, quando necessário, e a elaboração de agenda para o desenvolvimento da segunda etapa de implantação do PDR no Estado do Rio de Janeiro.

Após serem rediscutidas e reformuladas, alguns municípios migraram de suas regiões para outras, como foi o caso de Paracambi e Cardoso Moreira. As Oficinas Regionais discutiram dentro do critério da Regionalização, no que a região precisava ser autônoma em relação a rede de assistência que ofereceria. Os municípios de maneira geral se responsabilizariam pela Atenção Básica, pelo aumento da cobertura de ESF de forma que sua população fosse coberta dentro de um planejamento. Além disso, a região vai ser responsável por oferecer determinados Equipamentos de Assistência de Média

Complexidade, e em relação a Alta Complexidade teriam que poder atender as demandas de Terapia Renal Substitutiva (TRS), e dos Atendimentos de Oncologia, Quimioterapia e Radioterapia, pela dificuldade de acesso e deslocamento desse usuário. As discussões nas regiões se deram em função disso, da atenção em redes de saúde, dentro da perspectiva de horizontalidade, a partir do acesso aos diversos níveis de complexidades e densidades tecnológicas. Conseguiu-se com isso identificar quais eram as regiões que não tinham equipamento de Alta Complexidade pra atender o usuário, e a começar a fazer as inter-relações regionais, Inter-região, e etc. No Caderno “Saúde na área” (SESDEC, 2009), seguia escrito:

“O Estado do Rio de Janeiro definiu os seguintes critérios como norteadores das Regiões de Saúde: todos os municípios devem ser responsáveis pelas suas ações de Atenção Básica e pelas ações de Vigilância em Saúde; todas as Regiões de Saúde devem oferecer suficiência em ações de Média Complexidade e também algumas ações de Alta Complexidade (a serem consideradas segundo critérios de acessibilidade e possibilidade de oferta) e que arranjos inter-regionais devem garantir as demais ações de Alta Complexidade. Quando a suficiência proposta acima não for alcançada, o Plano de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento devem propor as metas e os recursos para tal”.

Através dos Colegiados Gestores Regionais (CGR) começou-se a desenvolver os planos de regionalização em função da sistematização dos planos municipais, incipiente na maioria dos municípios. Então, em cima dos equipamentos que existiam e das necessidades da região, se começaria a fazer o planejamento, o plano regional de saúde e o plano de investimento. No final desse processo ocorrem mudanças dos gestão da Assessoria de Regionalização do estado, deixando como desafio a continuidade do trabalho nas regiões de saúde.

Somente no início de 2011, após as eleições estaduais, foram realizadas novas rodadas de Oficinas de ‘Planejamento Regional’, em continuidade ao ‘Programa Saúde na Área’. No entanto, o objetivo na época foi revisar as Metas dos indicadores do Pacto pela Saúde, discutir a resolubilidade dos serviços de alta complexidade e rever as regiões de saúde abarcando o conceito de Macrorregião para suficiência em Alta Complexidade. As oficinas representaram ainda um momento de discussão sobre a

situação de saúde permitindo aos municípios a revisão das metas do Pacto apontando para o que seria um possível planejamento de base regional²⁵.

“Os CGRs na época tinham um vínculo forte com o núcleo central da SES, existe, no entanto, diferenças na proposta hoje da Comissão Intergestora Regional (CIR) apresentada a partir do Contrato Organizativo de Ações Públicas (COAP) instituído pelo decreto 7.508 em 2011 e que substitui o Pacto. Diferente da estrutura do CGR, esta se propõe a ser independente do nível central. As proposições seriam ascendentes, ou seja, o que o conjunto dos secretários resolvem nessa instância é apresentada em CIB para ser homologada, passa a ser uma CIB regional. Por conta do histórico dos CGRs, os espaços das CIRs funcionam ainda sob centralidade da gestão estadual”. (Gestor Estadual B)

Apesar da tentativa de contextualizar alguns dos movimentos da SES nesse período, de organização e reorganização do seu organograma e das propostas de estruturação da regionalização da saúde no estado, através do levantamento de relatórios, publicações, planos estaduais de saúde e entrevistas com gestores da época, as informações aqui colocadas tem limitações quanto ao maior aprofundamento sobre o funcionamento dos espaços dos Colegiados Gestores nas Regiões e sua efetividade. Porém, nesse estudo serão captados alguns ‘efeitos’ desse movimento na SES e junto aos municípios.

Informações sobre o processo de regionalização no Rio de Janeiro como nos outros estados podem ser encontradas na pesquisa de Viana e Lima (2011) sobre os resultados da regionalização no Brasil. No entanto, essa pesquisa realizada no ano de 2009 tem acesso apenas ao momento inicial da implementação dos Colegiados Gestores Regionais no Rio de Janeiro. Segue, porém, algumas partes deste estudo sobre o momento inicial da regionalização do Rio em 2009:

“O Estado do Rio de Janeiro apresenta um histórico de centralização decisória no âmbito do estado e forte presença política da capital na formulação das políticas de saúde estaduais. O processo de desenvolvimento econômico criou grandes desigualdades territoriais, como a alta concentração econômica e populacional na Região Metropolitana e no Médio Paraíba, ocasionando forte assimetria de condições institucionais entre os municípios para a descentralização política da saúde. A descentralização teve enfoque exclusivamente municipalista, não sendo acompanhada de políticas de regionalização setorial. O Rio de Janeiro apresenta

²⁵ Em 2013 no momento da mudança das gestões municipais são realizadas novamente Oficinas Regionais de Planejamento levando em consideração a substituição da proposta do Pacto pelos indicadores do COAP. Além disso, os planos construídos nas regionais de saúde junto aos gestores municipais se baseariam ainda na implantação das redes de saúde temáticas prioritárias propostas pelo Ministério da Saúde, ficando a cabo da CIR o desdobramento destas na região.

uma trajetória mais recente, ou tardia, de regionalização em saúde. Esse processo se caracteriza pela condução centralizadora do nível central, pouco participativa, com grande presença do estado na gestão de serviços e ausência de gestão regional. Essas condições revelam um contexto histórico-estrutural e político-institucional desfavoráveis para o processo de regionalização em curso no estado”. (VIANA & LIMA, 2011)

E ainda:

“No caso do Rio de Janeiro apesar da aliança política importante firmada entre os governos estadual e federal, com grande apoio da capital, favorecer a introdução da agenda nacional na política estadual – incluindo a proposta de regionalização em saúde -, a priorização da regionalização na agenda do governo e da secretaria estadual de saúde ocorreu tardiamente. Soma-se a isso o perfil e a trajetória dos dirigentes estaduais na política de saúde mais voltados para a gestão da alta complexidade e a participação em unidades federais de saúde”. (VIANA & LIMA, 2011)

Essas são avaliações da pesquisa no ano em que o processo de regionalização pelo Pacto estava formalmente se iniciando no Rio de Janeiro, como afirmado pela pesquisa: “tardiamente”. Valerá ainda nessa dissertação discorrer sobre os caminhos cursados pelas equipes técnicas e setores dessa SES nessa conjuntura, que em encontro com outros atores vindos da gestão municipal compuseram parte da equipe gestora, proporcionando no âmbito micropolítico ‘torção’ desta secretaria através de caminhos abertos na relação de construção com os municípios e regionais. Reconhecendo ainda nesse percurso um lugar diferenciado à gestão estadual vivido por algumas equipes na experimentação da proposta do ‘apoio institucional’.

3º PARTE: SOBRE O PROCESSO DE ‘CONSTITUIÇÃO-EXPERIMENTAÇÃO’ DO APOIO INSTITUCIONAL EM ÂMBITO ESTADUAL – TRANSVERSALIZANDO DENTRO/FORA

“Pertencemos a certos dispositivos e neles agimos. A novidade de um dispositivo em relação aos anteriores é o que chamamos sua atualidade, nossa atualidade. O novo é o atual. O atual não é o que somos, mas aquilo em que vamos nos tornando, o que chegamos a ser, quer dizer, o outro, nossa diferente evolução. É necessário distinguir, em todo o dispositivo, o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual. A história é o arquivo, é a configuração do que somos e deixamos de ser, enquanto o atual é o esboço daquilo em que vamos nos tornando. Sendo que a história e o arquivo são o que nos separa ainda de nós próprios, e o atual é esse outro com o qual já coincidimos” (DELEUZE, 1990)²⁶.

“OFICINA [do latim OFFICINA] - substantivo feminino: lugar onde se exerce um ofício; lugar onde se fazem consertos em veículos automóveis; dependência de igreja, convento, etc., destinada a refeitório, despensa ou cozinha. LUGAR EM QUE SE VERIFICAM GRANDES TRANSFORMAÇÕES”. (Dicionário AURÉLIO)²⁷

3.1 UMA NOVA OUTRA SUPERINTENDÊNCIA, O FÓRUM DE ATENÇÃO BÁSICA E A PROPOSTA DE APROXIMAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

“Em 2007 é instituída a Superintendência de Atenção Básica (...) que engloba o grupo de Apoiadores da AB mais as Áreas Técnicas; (...); Marco de um momento em que a AB passa a ater seu espaço assegurado na SES, apesar do foco da SES ser Urgência/ Emergência; (‘superposto’ x ‘postinho’).”²⁸

“No tempo da Coordenação do PSF a orientação era de ser Supervisor – ir com check list para o município e ver se tudo estava em conformidade; Com ‘a primeira superintendência’ se começa a difundir a ideia de Apoio de forma pouco efetiva; No Curso de Especialização da UNICAMP são apresentadas de forma sistemática, para um grupo de Apoiadores e Técnicos, as ideias, conceitos e metodologias do Apoio Institucional e do Apoio Matricial, da Roda Paideia, etc.”²⁹

²⁶ Textos citados em apresentação realizada pelos Assessores e Apoiadores da Superintendência de Atenção Básica sobre a ‘Linha do Tempo da SAB’ no Curso da Unicamp de Formação do Apoio Institucional realizada no final de 2012.

²⁷ Idem.

²⁸ Apresentação realizada pelos Assessores e Apoiadores da Superintendência de Atenção Básica sobre a ‘Linha do Tempo da SAB’ no Curso da Unicamp de Formação do Apoio Institucional realizada no final de 2012. (Relatório, 2012)

²⁹ Idem.

Em meados de 2009, da entrada dessa outra e nova gestão, trazendo consigo um quadro de pessoas que haviam recém-saído da experiência de 8 anos de Gestão Municipal em um município da região Metropolitana, teve como um dos primeiros feitos, a criação do ‘Fórum Permanente de Atenção Básica’, um espaço de encontro com os municípios do Estado, em especial com os Coordenadores de Atenção Básica, para discussão das políticas públicas de saúde voltadas para o fortalecimento da atenção básica no estado. Entre outras mudanças impressas por essa gestão, além da proposta de aproximação dos municípios, a abertura de espaço colegiado junto a equipe de apoiadores, aumento do diálogo com as áreas técnicas, e a ampliação dos agenciamentos e corresponsabilização pela equipe gestora junto a outros setores, construindo um espaço de ‘protagonismo’ da atenção básica na SES.

“Tivemos uma mudança do espaço físico, recebemos residentes... Isso acontece em um momento em que a gente ganha o espaço físico, e a ideia era chamar as áreas técnicas pra vir tudo pra ali (...) O plano não vingou de vir com as áreas técnicas. Era uma negociação com a vigilância mas eles não cederam as salas (...) Mas estávamos nos redesenhando...” (Gestor Estadual E)

“A SES era tida com uma instituição de que não dialogava... mais do que caixinhas... era muito mais do que caixinhas, era algo quase como se fosse crônico, não à toa o ‘partido melancólico do estado’ ... fruto dessa cronicidade de que havia... Então eu diria que qualquer artifício para criar diálogo e o que eu entendo como coletivo, porque coletivo como eu ouvi de fantástico lá: ‘Ah! Você pensa assim também? É que eu também penso, mas eu estava lá, no meu cantinho, com minhas coisas, com minha área técnica...’ Ou então: ‘Não pensava assim, que legal né...’” (Gestor Estadual C)

“As pessoas ainda estavam muito sofridas com a superintendência anterior³⁰, e querendo saber qual era. Com muita dor com uma gestão muito autoritária (...), e muito sem entender as viagens do ‘coordenador do apoio’, sem entender o que era aquilo...” (Gestor Estadual D)

“Nós tínhamos um grupo de monitoramento e avaliação muito duro, dizia que a assessoria era fraca, que não podia tutelar, que tinha que cobrar os municípios. Havia um clima ruim, tentavam conquistar a superintendente e minar a gente e a proposta do apoio como sendo algo fraco...” (Gestor Estadual D)

“Enquanto isso eu ouvia falar do apoio da AB, mas era tudo muito difícil pra mim, eu não sabia falar sobre aquilo. A minha ponta não era a estratégia da família, a minha ponta era a atenção básica de saúde tradicional, e quem sabia ser apoiador eram extremamente pela hegemonia, pela estratégia da família... era o caos, o que era a atenção básica para mim e para elas...” (Gestor Estadual D)

³⁰ Após a saída da primeira Superintendência que construiu a proposta do Apoio Institucional, existiram mais outros dois superintendentes que ficaram pouco tempo na gestão, até esse último agrupamento vindo da Gestão Municipal assumir a SAB. A fala sobre o autoritarismo era referente ao último grupo gestor que ali havia estado.

Esse movimento de construção do coletivo do apoio da SAB modificava nessa época a relação entre a equipe, abria espaço de diálogo, de mudança do espaço físico de trabalho, com aberturas de espaços com mesas de reunião, retirada de paredes e divisórias entre os setores para que houvesse maior comunicação, troca e parceria. Ao mesmo tempo que muitos eram os ânimos dessa nova composição, muitas eram as questões e inseguranças sobre a proposta do ‘apoio’, assim como a resistência, sendo questionado a efetividade desse trabalho, o ‘papel’ do estado na relação com os municípios, e o que seria o apoio a gestão da Atenção Básica. Apoio a implantação da ESF? Apoio a implantação das políticas e a execução dos recursos destinados a AB, como? Por parte de alguns ainda, tensionamentos fazendo-se crítica sobre essa ser uma proposta de ‘tutela’ do estado, quando se necessitaria maior organização sobre os ‘dados’ e ‘indicadores’ acompanhados e maior ‘pulso’ e ‘cobrança’ sobre a efetivação das ações e metas que se desejava para a saúde.

...

“Na verdade quando esse grupo gestor chega a SAB, esse grupo já chega com um tremendo trabalho institucional. A ‘Superintendente’³¹, eu, já tínhamos passado, vamos dizer assim, formalmente pela Unicamp, ou seja, a direção do Gastão, os debates do Paideia, e era esse o apontamento. E não só passar pela questão da academia, mas era o estilo do trabalho. A ‘Superintendente’ e eu compartilhando e seguindo ela, a gente tinha sempre a ideia de formar grupos pra trabalhar juntos, pra dividir o trabalho, pra somar o trabalho, sempre com grupo”. (Gestor Estadual C)

Sobre o conhecimento da proposta de trabalho da primeira Superintendência de Atenção Básica:

“Desde 2007 isso já estava com a ‘primeira superintendente’, e de certa forma a gente acompanhou. Porque quando ‘ela’ entrou na superintendência, ‘ela’ dialogava muito com a ‘nossa gestora municipal’, (...), e já tinha me apresentado a esse apontamento, direção do trabalho. E quando a ‘atual superintendente’ assume a superintendência, é importante dizer que tinha acabado de acontecer um curso de especialização de sistemas e gestão da saúde aonde vários atores da atenção básica do estado fizeram esse curso”.³² (Gestor Estadual C)

³¹ Respeitando o Termo de Consentimento Esclarecido, os nomes dos gestores entrevistados foram ocultados, assim como os nomes dos gestores citados nas entrevistas foram substituídos por suas funções exercidas ou nomes fictícios.

³² Durante o ano de 2008 foi oferecido um curso de especialização em “Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – ênfase na atenção básica” pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (DMPS/ FCM), da Universidade Estadual de Campinas, em parceria com

Esse curso de especialização em ‘Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase em Atenção Básica’ ligado a Unicamp, havia sido oferecido aos profissionais da Superintendência e de alguns municípios da Região Metropolitana. A participação dos municípios nesse curso fez com que esse grupo de gestores municipais conhecessem a equipe da Atenção Básica do estado e pudessem ao assumir a gestão na SES, convidar alguns desses profissionais para assumirem o lugar de Assessoria às Macrorregiões de Saúde do Estado, ficando responsáveis pela condução do trabalho junto aos grupos de apoiadores nessas regiões, servindo ainda de referência para os municípios em questão. Foi mantido ainda o cargo de ‘Coordenação do Apoio’ responsável por conduzir o trabalho junto aos Assessores e Apoiadores no que tangia o ‘apoio institucional’. Por outro lado, a então Superintendência de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa (SABEG), resultado do rearranjo do organograma da SES na época, tinha ainda uma Coordenação da Educação em Saúde e Gestão Participativa, responsável por essas duas políticas.

“Eles tinham algumas metas, uma meta era muito clara, nós não vamos ser o estado para os municípios, que quando nós éramos municípios recebíamos do estado. ‘Quando na gestão municipal’ eles tiveram uma forte crítica ao estado, que o estado era historicamente intervencionista, diretivista, dirigista, que só cobrava sem dar, que só chegava sem saber da realidade e que ia ser completamente diferente. Era a tônica mais forte da gestão da ‘atual Superintendência’, ‘nós estamos aqui aberto’. Então, a ideia era: ‘nós estamos sempre abertos para o município, a gente atende a todos os telefonemas, a gente responde a eles’. Essa era a primeira grande diretriz. Porque a gente não podia ser o ‘estadinho’, o ‘estadinho’ é desse que chega ditando regra. Eles não queriam isso, essa era a coisa mais importante... Mas para mim era uma coisa muito confusa...” (Gestor Estadual D)

Tendo sido gestão municipal e conhecendo os tensionamentos das relações históricas entre Estado e Município, essa gestão se propõe a criar um espaço de encontro e aproximação com os municípios através dos Fóruns de Atenção Básica. O I Fórum ocorreu no final de fevereiro de 2010, em convite aberto aos representantes das coordenações de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa dos

a Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde. Foram turmas simultâneas de profissionais ligados a instituições do SUS relacionados a atenção básica. Participaram desse curso, além de alunos de outros estados e municípios, alunos da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e Municípios da região metropolitana (Duque de Caxias, Itaboraí e Nova Iguaçu). Visou capacitar os profissionais para a cogestão de sistemas e serviços de saúde, no sentido de identificar, diagnosticar e propor soluções criativas para os problemas de saúde. Teve ainda como referencial pedagógico o método do apoio institucional Paideia e como estratégia o curso intervenção.

municípios. Dos 92, compareceram 63 municípios, desses quase 100% de comparecimento dos municípios da região Metropolitana I e II, e em média, metade dos municípios presentes pelas outras 7 regiões do estado (Nordeste, Norte, Centro-Sul, Médio Paraíba, Serrana, Baía de Ilha Grande e Baixada Litorânea). O que significou já no primeiro Fórum grande curiosidade por parte dos municípios de conhecerem o Estado – pela primeira vez abrindo um espaço como esse. O fato de se ter maior presença dos municípios da região metropolitana evidenciava-se por estes estarem mais próximos, sendo desafio ainda o envolvimento dos municípios do interior do Estado.

Esse I Fórum foi estruturado de modo que todos os gestores, estaduais e municipais pudessem se conhecer. Então, em um primeiro momento da apresentação do objetivo daquele espaço, todos os apoiadores e áreas técnicas da SABEG se apresentaram, podendo assim todos os municípios tomarem notas dos contatos para futuras parcerias. Ao mesmo tempo, todos os coordenadores de cada município se apresentaram. Estiveram presente a mesa de abertura ainda a Assessoria de Integração Regional (AIR) da SES apontando a criação dos CGRs nas Regionais e da importância do fortalecimento da Atenção Básica no Estado, da importância dessas discussões serem levadas ainda para o espaço dos Colegiados. Foi apresentado o organograma da SES para que os municípios compreendessem sua organização – na época a SABEG estava ligada a Subsecretaria de Vigilância em Saúde.

A superintendente palestrou sobre ‘Políticas de Atenção Básica’, lembrando do desafio da Atenção Básica enquanto ‘coordenadora do cuidado’, articuladora dos outros níveis de atenção, sobre a importância do planejamento e da organização da gestão. O apontamento da importância de algumas ferramentas propostas pela Política Nacional de Humanização como a ferramenta do ‘Acolhimento com Classificação de Risco’ e o desafio da conversa com as equipes para garantir o acesso e poder inverter a lógica das filas. Sobre o combate a banalização da assistência e a responsabilidade dos gestores com a gestão e a universalidade da assistência foi falado: *“ao se trabalhar com a universalidade do cuidado, ter que fazer matemática, ter que dar conta”*. Sobre a ESF, com diferentes modalidades de funcionamento em cada território e a necessidade de pensar como melhor se adequar a cada realidade. A proposta da ESF, mas podendo-se pensar também em outras estratégias. Mesmo que haja parte da população usuária da Saúde Suplementar, sobre a necessidade da Saúde Pública em situações de epidemias,

medicações excepcionais, etc. Ainda sobre a ‘evolução’ de 4,58% de cobertura de ESF no estado do Rio de Janeiro em 2000 para 24,71% em 2008. Em especial, marca posicionamento dessa gestão, além do debate sobre a AB quanto ao acesso e responsabilidade com o cuidado, o reconhecimento que existiam outros modelos de saúde que não necessariamente o da ESF. Em fala ainda no I Fórum: “*a questão que fica é qual seria o modelo?*”³³

“O primeiro Fórum funcionou como uma apresentação da Superintendência aos municípios e realizou uma sondagem: O que significa Atenção Básica? Trabalho em subgrupos e respostas em tarjetas. Resposta memorável: ‘A Atenção Básica é o mínimo’.”³⁴

Foram ainda distribuídas tarjetas para que os coordenadores pudessem responder as seguintes perguntas: ***O que você entende por Atenção Básica? Quais os desafios para a construção da Atenção Básica no seu município? Quais as suas expectativas em relação aos próximos encontros do Fórum?*** A parte da tarde foi de debate sobre os desafios da Atenção Básica para os municípios. Entre os temas comuns apresentados, já pode-se obter um primeiro diagnóstico da situação dos enfrentamento da organização da Atenção Básica apresentada pelos municípios:

Recursos Humanos – ‘Falta de Recursos Humanos’, ‘Falta de Comprometimento dos Profissionais’, ‘Qualificação dos Gestores e Profissionais’, ‘Precarização do Vínculo dos Trabalhadores’, ‘Rotatividade dos Profissionais’, ‘Baixos Salários’, ‘Lei de Responsabilidade Fiscal’, ‘Saúde do Trabalhador’.

Financiamento – ‘Falta de Recursos’, ‘Não compreensão sobre a lógica do Cofinanciamento’, ‘Investigação das Necessidades dos Municípios’.

Política – ‘Falta de Vontade Política dos Gestores’, ‘Não deixar que a política seja detentora de tudo’ (coronelismo), ‘Falta de Conscientização da População’.

³³ Informações sobre o ‘I Fórum de Atenção Básica’ retirados da ata e do relatório síntese divulgado na época aos municípios.

³⁴ Apresentação realizada pelos Assessores e Apoiadores da Superintendência de Atenção Básica sobre a ‘Linha do Tempo da SAB’ no Curso da Unicamp de Formação do Apoio Institucional realizada no final de 2012. (Relatório, 2012)

Participação Social – ‘Gestão Participativa’, ‘Apropriação da população do Modelo de Saúde’, ‘Humanização e Diálogo’, ‘Levantamento das Necessidades da Comunidade e Empoderamento’.

Redes – ‘Referência e Contra Referência’, ‘Planejamento de Acordo com os Níveis de Referência’, ‘Ampliação da Rede de ESF/Atenção Básica’, ‘Integralidade das Ações’, ‘Ações Intersetoriais’, ‘Discussão sobre os Diversos Modelos de Saúde’, ‘Resolutividade’, ‘Relação entre a Emergência, Especialidade e Atenção Básica’, ‘Saúde Bucal’, ‘Medicamentos’, ‘Organização do Processo de Trabalho das Equipes’, ‘Educação Permanente’, ‘Equipe Multiprofissional’, ‘Melhoria da Relação Profissional Usuário’.

Territorialização – ‘as ESFs e Populações em Áreas de Conflito’, ‘Expansão Territorial e as Dificuldades de Acesso’, ‘Geografia do Acesso’, ‘Urgência’.

De maneira geral no quadro a tarde de diagnóstico, a partir dos desafios apontados pelos municípios, se destacaram as falas sobre a falta de ‘governabilidade’ dos coordenadores para reverter a situação de descrédito e desaposta na atenção básica que viviam, o que refletia na falta de ‘governo’ para resolver problemas estruturais quanto a recursos financeiros e recursos humanos. A dificuldade de fixar os profissionais, principalmente os médicos – em disputa entre os municípios, os limites da lei de responsabilidade fiscal para contratação e abertura de novos concursos, a precarização do vínculo destes, sobre a dificuldade de envolve-los, de comprometimento com o trabalho da ESF. Sobre a instabilidade das trocas de governos a cada dois anos (estado e município), havendo descontinuidade das propostas e políticas. E não à toa, a compreensão por parte de muitos coordenadores de que a Atenção Básica é o ‘mínimo’, o mais ‘basal’, seria garantir ‘o mínimo de assistência a população’. O que se via na prática do cotidiano da atenção realizada nas suas unidades, resultado do modo como foi sustentada a proposta de ‘transição’ e ‘pulverização’ do modelo ESF nesse Estado.

As falas da Superintendência em diálogo com os municípios no Fórum marcaram posicionamento frente ao enfrentamento das questões que tocam a Atenção Básica, assim como proposições. Sobre os ‘ciclos democráticos bienais’ com as trocas de governo, a necessidade de se reconhecer que se por um lado há isto, por outro a

importância de se sustentar os serviços para além dessas mudanças. “*Que solidez certas conquistas dão a essa construção de forma que continue, mesmo com as trocas de governo? Como diante desta fragilidade, sé é protagonista? Como se é gestor do próprio trabalho?*” Em uma certa convocação de trabalho junto aos municípios, se apresentava então como ‘missão’ dessa equipe do estado o ‘apoio institucional’ – o estado se disponibilizava a essa missão. Apresentando-se, em um primeiro momento, como retaguarda aos municípios para terem acesso a informações sobre as montagens dos NASF, CAPS, entre outros equipamentos, sobre o uso dos recursos, por exemplo, da Gestão Participativa, quanto a Ouvidoria, Auditoria, Monitoramento e Avaliação, etc. A superintendente aponta então o desafio das ‘*micro relações*’ do trabalho que envolvam as relações de trabalho e equipes. Ou seja, uma superintendência que se dispõe, ao apontar para esse vértice, a abrir as portas aos municípios, a ajudar, assessorar, ‘apoiar’ e a dar sustentabilidade aos processos de construção da atenção básica nos municípios.

Sobre a proposta da ESF, afirmam a importância de entender o peso da ‘*Estratégia de Saúde da Família*’ para o município. Em fala, esta superintendência afirma o quanto as políticas públicas precisam estar voltadas para o ‘bem coletivo’, e sobre a importância de mapear qual a ‘vontade da saúde da família’ nos municípios. Posiciona o Estado de modo a reconhecer o modelo da ESF, mas também a possibilidade de se pensar outros modelos que pudessem melhor se adequar a realidade municipal e da população. Se propõe ainda a mapear a situação de saúde de cada município junto com estes. Sobre os recursos, aponta a forte presença do ministério público e tribunais de conta, e do quanto “*prefeitos não podem sair fazendo qualquer coisa com o dinheiro da saúde*”. Há a afirmação ainda sobre o recurso do cofinanciamento como algo que pode ser utilizado para, entre outras coisas, ‘estruturação’ das unidades. Havendo necessidade por parte dos Coordenadores AB de se apropriarem, tomarem ciência desses recursos, assim como dos recursos do Ministério da Saúde para investimento e custeio da Atenção Básica. Reconheceu-se a falta de autonomia muitas vezes para o uso destes, mas apontou-se para a possibilidade de construí-la, e o estado ajudar com isso. O estado nesse Fórum se propôs a passar o número da conta e os valores depositados, além disso, apontou ainda sobre a existência de recursos da Educação em Saúde e da Gestão Participativa.

Reconhecendo a falta de familiaridade dos técnicos com o tema do orçamento, afirmou-se a necessidade de que este possa ser pensado a partir de um planejamento que leve em consideração as necessidades de saúde de determinada área, mapeando-se os deficit daquela região. A partir da compreensão das fragilidades, e sobre qual o recurso existente e como alocá-lo, sob a importância dos coordenadores, que conhecem e sabem o que é necessário na atenção básica, construir esse planejamento em conjunto com a Gestão Municipal. Fazendo-se necessário, então, que entendam como esse orçamento está sendo confeccionado, quem o faz, o que é ‘teto financeiro’, o que é PAB fixo e variável, qual o recurso que vem pela PPI, os acessos à atenção especializada e hospitalar, se os prefeitos aplicam os 15% da Emenda 29 na saúde. Aproveitando a saúde enquanto uma demanda que pressiona os prefeitos, sendo imprescindível saber o que gastou e como, e a necessidade do planejamento para poder responder aos problemas da saúde do município.

Esse I Fórum foi um primeiro encontro com a Atenção Básica do estado, e apresentou os grandes problemas estruturais e políticos para a realização desta nos municípios, desafios esses que se apresentaram como estando fora aparentemente da governabilidade dos Coordenadores de Atenção Básica, o que foi demonstrado nas falas de ansiedade e angústia. No entanto, ao mesmo tempo esse encontro, sustentou o convite ao ‘protagonismo’ daquele coletivo na compreensão do funcionamento do sistema, na ciência dos recursos existentes e destinados a Atenção Básica e seus usos, sobre a necessidade de diagnóstico dos problemas locais de saúde e de planejamento. Além disso, colocou em questão os modelos de atenção em saúde, para além do ‘modelo da ESF’, apontando a necessidade de pensar modelos que correspondam melhor a realidade municipal. Além disso, abriu-se neste Fórum as portas da SES para a realização do ‘apoio’, naquele momento apresentando-se às pessoas os apoiadores de referência por região e as áreas técnicas capazes de dar respostas quanto as políticas, portarias, recursos, e que passa a estar disponível as demandas destes. De alguma forma estava se produzindo nesse encontro anteparo e retaguarda a essas coordenações, as retirando de um certo lugar de solidão. As questões referentes propriamente ao enfrentamento do cotidiano da gestão dos serviços e dos processos de trabalho, apesar de tangenciarem alguns debates sobre o modo como alguns municípios estavam fazendo sua gestão/ formação junto as equipes, nesse momento eram minorizadas frente aos ‘grandes problemas’ apresentados e que pareciam engolfar qualquer possibilidade de

atenção básica, como a questão dos recursos humanos, financiamento, equipamentos, estrutura, etc.

Esse primeiro fórum foram seguidos de outros com abordagens temáticas que foram sendo propostas à medida que novas questões surgiam trazidas pelo coletivo de coordenadores. Foi temática por exemplo a questão do acesso as linhas de financiamento da Atenção Básica e de como executá-las, sobre o Acolhimento e Classificação de Risco, sobre trocas de experiências de implantação do NASF e a proposta do Matriciamento, sobre a Política de Saúde do Homem, Redes, entre tantos outros temas. De maneira geral os fóruns eram reconhecidos como espaços importantes de troca de conhecimento e experiência, de retirada das coordenações de certo isolamento. E ao mesmo tempo, desde essa época, nas avaliações dos Fóruns apontava-se, por parte dos coordenadores, que se deveria pensar em estratégias mais locais – nas regiões, e que pudessem ser mais efetivas nas mudanças no território.

“Acho o espaço importante, mas temos que pensar estratégias conjuntas para fortalecer as ações locais”. (Coordenadores de AB)

“Importante a reunião com municípios de uma mesma região para discutir problemas locais com troca de informações...”³⁵. (Coordenadores de AB)

O que apontava para a necessidade de se pensar em estratégias conjuntas de fortalecimento das ações locais e sobre a importância de reuniões que pudessem unir municípios de uma mesma região para discutir problemas e soluções comuns.

De maneira geral:

“o fórum foi um impacto para todos, para lá e para acolá... Para a gestão do estado, e para os municípios”. (Gestor Estadual C)

*“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!
(Fernando Sabino)³⁶”*

³⁵ Falas das avaliações retiradas do “Boletim da Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa” (2010), de síntese dos dois primeiros Fóruns de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro.

3.2 SOBRE O CURSO DE REDES E A PNH – O APOIO INSTITUCIONAL EM ÂMBITO ESTADUAL EM QUESTÃO

“A rede é utilizada para indicar a necessidade de conexões, mas as redes também tendem à produção de suas próprias normas e ao isolamento. Esse é um forte argumento para o desenvolvimento de redes a partir de inovações nas formas de gestão territorial do SUS”. (RIGHI, 2010)³⁷

Em 2009 havia sido proposto a construção de um curso nomeado “*Curso de Redes*” pela equipe da *Assessoria da Política de Humanização da SES* em parceria com a *Assessoria de Articulação Regional (AIR)*. Já criado os espaços dos Colegiados Gestores Regionais (CGRs), os mesmos vinham pautando os problemas a serem enfrentados em suas regiões de saúde no desenvolvimento do plano regional. Destacou-se entre estes o enfrentamento da qualificação da atenção básica nos municípios.

No âmbito da Assessoria de Humanização, essa equipe – que desde o começo se voltava para o apoio junto as unidades hospitalares estaduais, em especial as de emergência, no que tangia a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em suas portas de entrada, entre outros projetos como de debates sobre os fluxos de assistência, o acolhimento a família e o direito à informação, a ambiência –, se propôs naquele momento a apresentar os dispositivos e tecnologias da Política Nacional de Humanização (PNH) através de um curso nomeado na época ‘*Curso de Redes*’ aos municípios e regionais de saúde de modo a ‘qualificar’ a gestão e a atenção da saúde. A ideia do curso se chamar ‘*Curso de Redes*’, centrava na proposta de construção, em conjunto com as áreas técnicas e setores da Secretaria, dessa formação com seu desdobramento junto as regionais, significando a experimentação do que poderia se chamar ‘apoio integrado’ da SES aos municípios na construção conjunta das ‘redes locais’ subsidiando ‘projetos de intervenção’ experimentais que pudessem ofertar o desenvolvimento de ações ligadas as diretrizes de Acolhimento, Clínica Ampliada, Cogestão junto aos gestores municipais e suas equipes de saúde.

³⁶ Poema de Fernando Sabino posto no “Boletim da Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa” (2010) sobre a realização dos dois primeiros fóruns.

³⁷ Texto citado em apresentação realizada pelos Assessores e Apoiadores da Superintendência de Atenção Básica sobre a ‘Linha do Tempo da SAB’ no Curso da Unicamp de Formação do Apoio Institucional realizada no final de 2012.

Em parceria com os consultores da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, com a Assessoria de Integração Regional (AIR) e a então recém-chegada gestão da Superintendência de Atenção Básica, Educação Permanente e Gestão Participativa (SABEG) foi proposto o curso com dois módulos. Um de formação da equipe de ‘apoiadores’ do nível central da SES, composta pelo conjunto dos setores da SES que interfaceavam o acompanhamento da saúde nos municípios, e outro módulo de desdobramento da formação nas regionais que seria realizado por essa equipe envolvida. Como outros curso da PNH, a metodologia seria de ‘*curso intervenção*’ através do apoio ao desenvolvimento de ‘*planos de intervenção*’.

A primeira fase do curso foi acontecer nos meses de março e abril de 2010 para essa equipe de nível central da SES, sendo convidados a participarem a então Superintendência de Atenção Básica, Educação Permanente e Gestão Participativa, seus Assessores Regionais e Apoiadores Institucionais, representantes das áreas técnicas de Alimentação e Nutrição, combate a Violência, Idoso, Saúde Mental, Mulher, Criança e Adolescente, Homem, Saúde Bucal e Populações Vulneráveis; da área da Vigilância em Saúde envolveu-se os programas de DST/Aids, Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão e Diabetes, e da Vigilância Ambiental o programa de Saúde do Trabalhador. Além disso, foram convidados para fazer parte desse espaço, além dos apoiadores da Humanização da SES e a Assessoria de Integração Regional, os setores de Ouvidoria, Auditoria, Qualidade, Coordenação das UPAs e Unidades Estaduais Próprias.

O primeiro acontecimento do curso em si foi abrir um espaço inexistente de diálogo e reflexão entre os diversos setores da SES, que trouxeram explosões de angústia, reclamações e desmotivação sobre o trabalho na secretaria, seja pelos históricos baixos salários e desinvestimento no funcionalismo públicos – pela não perspectiva, até então, de novos concursos públicos ou mesmo plano de cargo, carreiras e salários; seja pela não compreensão ou clareza por parte daquele grupo sobre a proposta de trabalho desta gestão estadual ou mesmo direcionamento; Um certo mal-estar com o que era apontado como desmonte das ações até então desenvolvidas pelos setores, e não participação daqueles profissionais do corpo da SES, ou o que parecia ser um ‘corpo-Frankenstein’ fragmentado desta secretaria.

Até aquele momento o processo de regionalização vinha sendo tocado nas regiões de saúde, sem a princípio participação desses setores, alheios ao movimento da

SES. Como existiam grupos bem diferenciados nesse curso, sobre a expectativa apresentada por esse coletivo em relação ao curso apontavam desde: a dificuldade na implantação das UPAs e de sua articulação com a rede; sobre a centralidade dos fluxos de assistência de todo o estado para os hospitais municipais, estaduais e federais da região metropolitana; sobre o processo de regionalização e criação dos CGRs enquanto desafio de construção de rede, e a própria dificuldade do trabalho com a rede interna da SES com processos de trabalho historicamente fragmentados.

O curso transcorreu a partir de encontros periódicos com esse agrupamento da SES tão diverso. Ao decorrer dele, e a medida que foi tomando forma o ‘desejo’ do coletivo predominante que ali estava, algumas áreas naturalmente não deram continuidade, formando-se um grupo principalmente de pessoas das áreas técnicas, assessores e apoiadores da Atenção Básica.

Em especial parte desse grupo, a Superintendência de Atenção Básica, alguns Assessores e Apoiadores, e a Assessoria de Humanização acompanhavam nesta época a abertura de novas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) junto aos municípios e ao mesmo tempo a inauguração de uma Maternidade de alto Risco na região da Baixada Fluminense. Essas já constituíam uma primeira experiência de se haver com os debates junto aos municípios e regionais sobre a chegada desses equipamentos de saúde no território, e do desafio de abertura de espaços de construção de redes e fluxos de assistência junto a essa unidade com os gestores municipais e suas equipes.

Compreendendo a ‘verve’ do grupo de atenção básica ali presente, os consultores do curso se propuseram a trazer os debates sobre o ‘*apoio institucional*’, apresentando como exemplo a realização do apoio a uma equipe de uma unidade de atenção básica em um dado território de um município, assim como as propostas de Acolhimento e Clínica Ampliada a serem trabalhadas. Foi posto o desafio de se fazer ‘apoio’ a estas equipes, levando em consideração hipoteticamente, que as mesmas afirmassem sobrecarga de trabalho relacionada ao excesso de demandas na porta de entrada e no serviço. Debates foram feitos, então, sobre o entendimento do conceito de ‘*necessidade em saúde*’ junto aos usuários e a rede, e a importância de se colocar em análise o trabalho junto as equipes. Poder observar a equipe, sobre a escuta das demandas de saúde que chegam ao serviço, e as possibilidades de respostas por elas apresentadas. Se a mesma centraliza e restringe o *atendimento* a figura do médico ou se

valoriza o trabalho dos outros profissionais, podendo ofertar consultas de enfermagem, outros procedimentos e projetos de cuidado e saúde coletiva.

Sendo assim, sobre o trabalho do apoio institucional a uma equipe de uma unidade de atenção básica, diante de problemas apresentados por esta como, por exemplo, o excesso de demanda de assistência, algumas questões o apoiador poderia suscitar de modo a provocar reflexões sobre a maneira como organizam o processo de trabalho e o cuidado ofertado. Entre eles a organização da ‘adscrição efetiva’ da população ao serviço, se a proporção é grande ou não, o número de pessoas que procuram o serviço por dia, semana, mês. Podendo pensar de onde vêm, de que áreas, por qual motivo – orientação, procedimento, queixa clínica –, criar propostas de estudo dessa demanda. Sobre as pessoas que procuram o serviço, quantas, quais e como são atendidas – estudo do fluxograma. Quais e como funcionam as portas de entrada do serviço, quais são os fluxos que acontecem no serviço, como funcionam. Se há demandas que não são possíveis de responder, qual o fluxo para estas? Apontando-se com essa discussão sobre a necessidade da ampliação da relação da equipe com a demanda que chega ao serviço, repactuando projetos e propostas terapêuticas, atendendo os momentos de crise, se incluindo a ‘vulnerabilidade’ nos critérios de classificação de risco, e se articulando com a rede. Apontando ainda a necessidade de aliança entre os trabalhadores de saúde desta equipe com o usuário.

Seriam importantes ainda para esse trabalho do apoio à equipe de atenção básica: apoio à implementação de processos de avaliação, planejamento, gestão de processo de trabalho através de ‘análise de demanda’, análise de fluxo, avaliação de projetos e programas, gestão da informação. Apoio ao fortalecimento dos espaços coletivos, ‘inclusão e análise de conflitos’. Apoio à formulação e manejo de atividades coletivas/grupos na atenção básica de forma articulada com o diagnóstico ampliado do território. Apoio a implementação de processos de singularização da atenção/clínica: Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), Apoio Matricial, Projetos com coletivos. (Relatório “Memórias do Curso de Redes” - PNH/MS, 2010)

Entre algumas discussões suscitadas pelo grupo da SES naquele momento, o confronto com o ‘apoio’ que realizam, quem realiza o apoio, como poderiam realizar a

partir do âmbito da gestão estadual, e se seria o mesmo apoio, como apresentado no curso, diretamente às equipes de saúde dos postos. Segue algumas falas expostas³⁸:

“Como trabalhar com o apoio aos municípios e suas equipes se não conhecemos a dinâmica da ponta? E mesmo quando conhecemos, temos por referência a dinâmica da ponta da região metropolitana que é tão diferente da realidade das demais regiões”.

“Compreendendo que o apoio não é só da Atenção Básica, e que toda a secretaria de estado apoia os municípios, precisa trabalhar junto, com..., e de que trabalhar com o apoio significa ampliar as possibilidades diante dos impasses, dificuldades, lembrando dos 92 municípios que devemos fazer apoio... E que para apoiarmos os municípios, a secretaria precisa se conhecer, quem nos apoia no processo de trabalho que estamos vivendo aqui?”.

“Nós não fazemos o apoio direto as equipes, mas como nos empoderamos disso para o apoio?”

“O que é fazer apoio desse lugar mais afastado da gestão dos municípios? Como essa discussão chega lá? Como fazê-la chegar lá?”

“A gente fica nas regras, mas o modo de fazer a gestão acontecer, a gente não tem assumido como função do apoio: mudança do processo de trabalho. Temos um Fórum de Atenção Básica que pode apresentar essa temática, discutir, mas como podemos fazer esse tipo de apoio? Está lançado o desafio, como fazer o apoio que discuta lá o processo de trabalho?”

O campo do ‘apoio institucional’ no âmbito daquela Gestão Estadual, se apresentava então como um desafio a todos que ali estavam, mesmo para os professores/consultores convidados. No curso se confrontaram com o questionamento sobre seu papel de ‘apoiador’, ainda a se fazer e desenvolver em âmbito estadual, sobre o que seria possível compor com esse ‘corpo’ de profissionais, para além de toda a fragmentação histórica de suas áreas e setores da SES/RJ na condução das políticas públicas de saúde. Como que esse processo que pudesse ser de subversão da lógica de gestão vertical dessas políticas, e de aproximação e construção conjunta com os municípios pudesse reverberar também para o modo como os próprios municípios constroem a saúde junto a suas equipes. Nesse sentido, toma certo lugar de importância para o grupo a criação de um espaço coletivo dentro da SES que pudesse sustentar

³⁸ Falas dos apoiadores, assessores e áreas técnicas da SES extraídas das gravações das aulas do curso e do Relatório realizado pelos Consultores da PNH/MS chamado: “Curso da Política Nacional de Humanização para trabalhadores e gestores da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC): memórias dos encontros”.

alguns dos debates suscitados pelo curso. A experiência de troca entre os profissionais gerava um certo lugar de pertencimento dentro da SES tão necessários a produção de saúde para aqueles que ali estavam em isolamento, podendo-se experimentar afetações e o disparar de ações que se dariam dali para frente, independentemente do curso. A fala expressa abaixo por um dos participantes do curso marca a descoberta feita por muitos nesse caminho:

“Ultrapassa a proposta do curso: se a gente puder pegar essa conversa de um espaço de democratização que a PNH traz e protagonismo e trazer isso com continuidade independente dos gestores que estejam aqui, esse exercício democrático, é o que tem de mais rico, não é nem as diretrizes, mas é o espaço de arejar e poder estar com os pares e exercitar isso que a gente precisa aprender e ultrapassar gestões e sermos protagonistas”.

Pensar em espaços colegiados por dentro da SES naquele momento fazia sentido àquele grupo de profissionais, entre eles as áreas técnicas, que se sentiam desconectadas de um todo, de uma proposta clara de trabalho, de um horizonte de trabalho em que pudessem colocar em questão suas ansiedades e construir possibilidades. Essa era para alguns ali uma experimentação necessária de produção de sentido de vida.

3.3 O APOIO INSTITUCIONAL EM ÂMBITO ESTADUAL E O CAMINHO PELO “UPA- REDES”

“UPA-Redes: Secretário de um município da Baixada Fluminense procura a SAB pedindo ajuda em relação à UPA que chegava ao seu território. Início do diálogo do Apoio da AB com Coordenações municipais de AB, no sentido de colaborar na construção/ fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. Emprego da metodologia de Roda. Início da parceria com a Humanização estadual. Iniciativa de um Curso de Redes, pela Humanização estadual. UPA-Redes em diversos municípios”³⁹.

As aulas seguintes tiveram como desafio tentativas de desenhar os ‘apoios’ que se realizavam na época pela equipe, como esta compreendia o apoio que exerciam aos municípios, o que é a proposta do ‘apoio institucional’ segundo o Método Paideia (CAMPOS, 2000) e que caminhos são possíveis de se trilhar de modo a realizá-lo. No entanto, e utilizando aqui novamente a frase de Burle Marx citada por Gutiérrez (2008) em seu projeto de implementação do apoio na SES, “*Só o tempo completa o pensamento*”. Um curso, mesmo com toda pretensão de ‘produtos’ e ‘intervenções’ é

³⁹ Apresentação realizada pelos Assessores e Apoiadores da Superintendência de Atenção Básica sobre a ‘Linha do Tempo da SAB’ no Curso da Unicamp de Formação do Apoio Institucional realizada no final de 2012. (Relatório, 2012)

apenas um ‘curso’, um ‘cursar’, um caminho a seguir a partir do encontro provocado e do que este suscita de criação de mundos e possíveis.

Nesse percurso foram apresentados os diferentes tipos de apoio: apoio à gestão (institucional), e apoio temático (matricial). Foi apresentado a proposta do Apoio Institucional a partir do Método Paideia (CAMPOS, 2000) baseado na proposta de democratização da gestão, de compartilhamento desta, de *análise institucional - na emergência de subjetividades e diferentes visões de mundo; como espaço pedagógico de educação permanente, e de deliberações políticas e de disputa de projetos.*

São ainda apresentados alguns eixos do campo ‘metodológico’ do apoio: Como um primeiro eixo, por exemplo, a questão da ‘*contratualização*’ do trabalho com o grupo a ser trabalhado – a pactuação da forma de trabalho, periodicidade e objetivo.

Um segundo eixo do método do apoio apresentado foi sobre o ‘problema das demandas e ofertas’ do apoio em âmbito estadual, em especial que esta pudesse ser uma proposta diferente da histórica relação autoritária entre estados e municípios. De um estado que pudesse sobre o atual nome de ‘apoio’ continuar prescrevendo normativas, regras e pareceres pouco sensíveis a realidade do outro. Esse era um risco do apoio enquanto método de gestão, reafirmando velhas práticas sobre novas roupagens. Sendo importante reconhecer, além da realidade singular a qual vive o município, que projetos do estado, não necessariamente seriam projetos do município. Ou seja, o que o estado compreende como problema na saúde naquele município, assim como dado ‘projeto de intervenção’ não necessariamente será uma demanda do município, ou o que eles compreendem como questão.

O que não significaria também que projetos do estado não possam se tornar projetos dos municípios, e que os mesmos em função disso não solicitem apoio. Fazendo-se necessário o entendimento dos problemas que esse município expressa para poder entender como apoiá-lo. Um outro ponto de inflexão do método do apoio apresentado foi sobre a importância de que houvesse demanda pelo apoio, o que não impossibilitaria de que essa demanda não pudesse também ser co-construída. O quanto, então, essa demanda precisaria estar sensível a realidade municipal.

Apresentou-se ainda que o município poderia demandar ao estado um curso de capacitação para enfrentar por exemplo o problema da mortalidade infantil ou o aumento da cobertura do pré-natal. Como que isso poderia virar uma demanda de ‘apoio’, mas que saísse do que historicamente se constitui enquanto ‘capacitação das áreas técnicas’ do estado. Ao compreender-se que esse não é um processo pontual, que a capacitação não dá conta por si do problema, o que e como fazer, o que pode-se oferecer?

Um terceiro eixo do apoio foi apresentado como ‘a análise ou compreensão da demanda de trabalho para ver o que melhor ofertar’. A ‘análise da demanda’ como proposta para entender qual o ‘campo do problema’ e ver como melhor fazer. Por exemplo, se um município não estiver conseguindo dar conta da gestão da UPA, sobre importância de no encontro com ele poder compreender qual é a questão. Se estão com dificuldade de compreender o processo de trabalho, ou se é a falta de entendimento sobre a função da UPA no SUS, a partir da compreensão do problema o apoiador vê como pode ajudar. O que, segundo os consultores do curso, demanda encontros, arranjos, processos e criação de ‘linhas de intervenção’.

Nesse sentido, dentre as questões pontuadas pelo curso, sobre a importância de nesse processo ‘contratualizar-se’ o trabalho de forma a estar claro a atividade do apoio, sobre que tempo determinado e de que maneira, sob a aposta do protagonismo e corresponsabilidade dessa construção, dando continuidade ao trabalho, evitando assim o que poderia significar ‘dependência’ por parte do município. Ao final, a compreensão de que qualquer demanda em relação ao estado, pode ser uma demanda de apoio e trabalho. Os projetos e os modos de realizá-los estariam em disputa. Havendo municípios que se abririam para o apoio e outros que não. Apontando-se que a medida que for se transformando as realidades, vão se abrindo outras demandas.

“Vocês têm noção do que vocês tão querendo? Vamos colocar as equipes pra discutir, pra problematizar... Se vocês conseguirem se organizar pra debater o cotidiano de vocês, já ajuda... Tá todo mundo tentando fazer apoio estadual... Ninguém sabia fazer isso... Hoje tem São Paulo, Bahia, Pará, Ceará fazendo... ninguém sabia fazer colegiado a partir do CGR... Se vocês conseguirem adentrar o município vocês vão conseguir contratualizar o trabalho, assinar um termo de parceria dentro de um projeto... tem que ter esses cuidados...” (Consultor PNH)

O curso sobre o apoio discorreu ainda sobre a questão do ‘apoio clandestino’, apontando que por vezes quem demanda apoio pelo município não é o gestor, mas o grupo de técnicos, são eles que solicitam apoio. Afirma-se com isso o risco do trabalho do apoio direto junto as equipes, ao não envolverem os propósitos da gestão, podendo criar constrangimentos, sentimento de ameaça e insegurança por parte da gestão e de ‘contestação política’ pelos grupos (CAMPOS & GUERRERO, 2010). Em especial isso pode ocorrer quando o ‘ente’ que faz apoio é a gestão estadual. Pode-se, então, virar um ‘apoio clandestino’ quando os gerentes locais não têm o apoio dos gestores maiores. Sobre as limitações desse apoio, que só poderia se dar dentro da governabilidade da equipe – o que significaria uma intervenção focalizada, esta poderia gerar tensionamentos nas relações internas à secretaria municipal. Entre saídas apontadas, sobre a importância do envolvimento da gestão, de um agrupamento maior de gestores e profissionais, do grupo da atenção básica, especialidades, urgência e emergência, controle e avaliação, regulação, podendo-se com isso criar maior ‘esteio’ a partir da participação e envolvimento de todos.

Outra questão exposta no curso foi sobre o lugar do apoio institucional no estado. De que lugar é esse se faz o apoio do estado? De como lidar com os municípios, com a política de saúde, quando se está ali de alguma forma representando o secretário, a secretaria de saúde, como que se faz? O debate sobre a ‘institucionalidade’ do apoio do estado. Sobre a diferença de se ser uma área técnica acessando as coordenações municipais de suas respectivas áreas técnicas, outra coisa é você estar respondendo do lugar de estado. Como fazer esse apoio e essa parceria com o município desse lugar de estado? Como criar um espaço dentro da SES em que possa haver discussões para dentro? Como ter respaldo para se fazer esse apoio? Essas eram questões suscitadas pelo consultor da PNH dentro do seu ‘arsenal’ de experiências e possibilidades, sua própria ‘caixa de ferramentas’ e que angustiava aquele grupo de apoiadores dando seus primeiros passos e que pouco ainda tinham vivido daquele encontro e relação direta com os municípios. O ‘apoio’ ali se apresentava de forma tão complexa e distante da realidade daquele agrupamento, que muitas foram as ansiedades produzidas. Ao final, o grupo se questionava sobre o respaldo da SES, para que se constituíssem enquanto grupo de apoiadores, foram então marcadas reuniões internas com o intuito de conversar com a gestão maior da SES (representantes do gabinete), mas que nunca aconteceriam.

A frase que reverberava: “*tempo, tempo, tempo... entro num acordo contigo...*” como diria Caetano.

Com o tempo foi-se percebendo que havia sim a necessidade de respaldo a esse corpo de apoiadores para que pudessem estruturar o ‘apoio’, mas este não se daria só pelo aval político da gestão maior – mal sabia a ‘gestão maior’ sobre o significado daquele trabalho, mas este foi naturalmente se dando, à medida que esse corpo de apoiadores foi experimentando aproximações junto aos municípios. E retornando para SES abrindo outras e novas parcerias e composições. Esse seria um processo de experimentação e conquista de si, de produção de sentido para dentro e para fora da secretaria. Para isso, não só o espaço de um colegiado gestor fazia sentido mas as vivências e conhecimentos produzidos a partir das idas a campo, do estreitamento dos laços com os municípios, dos encontros com as realidades, suas possibilidades e limitações, disso que poderia significar o apoio enquanto ‘arte do encontro’, de contágio, das relações, composições afetivas e realizações coletivas. Esse corpo ‘apoio’ teria que se descobrir ‘em ato’, realizando na aproximação dos municípios, aos poucos, pequenas ‘torções’ por dentro da máquina do estado, sem ‘pré concepções’ dadas de como fazê-lo, estava dado o desafio da produção de um ‘comum’ da gestão. Não à toa, esse primeiro momento da travessia tinha presente inseguranças e medos, afinal o que poderia aquele grupo? Ou o que poderia aquele ‘corpo’? Teve peso nos passos seguintes a condução aberta por uma equipe que vinha da experiência da ponta da gestão municipal e que já levava consigo experimentações que indicavam alguns caminhos.

...

“No campo da saúde, a produção de redes não pode ficar restrita a articulação de serviços com características semelhantes. Embora importante e necessária, redes como as redes de emergência ou de hospitais especializados tendem ao estabelecimento de regras próprias sem considerar que cada um de seus pontos é também produzido na relação com o território que integra. Portanto, a integração de serviços é apenas um dos aspectos da produção das redes de saúde. Esta forma de integração, que articula serviços com características semelhantes pode ser denominada de processos de integração funcional. A rede que interessa para um projeto de ampliação da democracia e de qualificação da gestão e da atenção do SUS não pode se reduzir a articulação de serviços de um entorno funcional, mas valorizar o entorno territorial. Os conceitos de entorno funcional e

*entorno territorial são propostos por Martin Lu e compõem a análise de Milton Santos a respeito deste tema*⁴⁰. (RIGHI, 2010)

Aquele em especial era um ano eleitoral, de mudanças de gestões estaduais, com intensas demandas de inaugurações que incidiam sobre os municípios, como foram as inaugurações das UPAs, e da Maternidade na Baixada Fluminense, fazendo também naquele momento com que essa equipe pudesse se aproximar dos municípios de outra forma. Essa superintendência vinda da experiência corpórea de uma gestão municipal propunha então a ida a campo e o apoio a construção de redes a partir desses equipamentos.

Um dos temas ainda abordados no curso foi sobre ‘Redes’ e a compreensão de que o surgimento de uma unidade no território, um hospital, ou uma UPA, um ponto novo na rede, desconserta ou mexe em todos os outros. A exemplo disso, o impacto da ampliação da ESF em alguns municípios do interior do Brasil nos pequenos hospitais filantrópicos que aos poucos foram fechando devido a desconcentração da atenção. Do fechamento dessas unidades, outras referências regionais tomariam importância. Nesse sentido, foi questionado ao grupo: que impactos causariam ou estariam causando as UPAs nos outros pontos da rede?

Naquele momento estavam sendo inauguradas muitas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) pelo Estado, causando forte impacto na redes locais, sob as portas de entradas dos serviços. A Superintendência de Atenção Básica em conjunto com a Assessoria de Humanização compreendendo essa como sendo ‘agenda prioritária’ de governo, a propõe enquanto ‘dispositivo de apoio’ à construção de redes junto aos municípios e suas equipes. Como ela se integra com a rede? Como os hospitais e pronto atendimentos existentes nestes municípios já o fazem para se integrar? Ou não fazem? Fica evidenciado nos espaços dos Fóruns, a fragilidade e baixa resolutividade da Atenção Básica. A UPA entra nesse território, e ao virar referência para a população, fragilizaria a atenção básica? Em alguns lugares 80% da demanda nessas unidades seriam de casos considerados na classificação de risco ‘azuis’ e ‘verdes’, com quadros de agudização que poderiam ser atendidos e acompanhados nos postos de saúde. A

⁴⁰ Texto citado em apresentação realizada pelos Assessores e Apoiadores da Superintendência de Atenção Básica sobre a ‘Linha do Tempo da SAB’ no Curso da Unicamp de Formação do Apoio Institucional realizada no final de 2012.

discussão de redes no território se torna um caminho possível para o ‘apoiador’, no entanto, para isso, faz-se necessário problematizar junto aos gestores e suas equipes de saúde sobre o acesso à saúde no seu município, e de que estratégias possíveis para ela ser mais efetiva e eficaz, fazendo com que as pessoas possam de fato contar para serem cuidadas.

Entre os debates no curso sobre os motivos de fragilização da atenção básica, um dos pontos abordados foi a briga histórica entre o campo da Vigilância e da Clínica, onde até hoje se sentiria o efeito disso. Esse foi o modelo de gestão e atenção proposto na década de 90. Enquanto a Vigilância seria descentralizada, territorializada, o seu sujeito seria o ‘coletivo’, e o instrumento a Epidemiologia, por outro lado, a Clínica, contraditória a essa lógica, teria como sujeito o ‘indivíduo’, e nesse sentido ‘centralizada’ e ‘biologicista’. O modelo do PSF, como uma unidade que pudesse servir como referência para 3.500 pessoas é ‘pulverizado’, com serviços descentralizados, podendo exercer boa performance para a Vigilância, com proposta de visita as famílias, com o processo de ida a campo e de trabalho no território. No entanto, em especial nos lugares onde a população está mais dispersa no território, o trabalho de ida a campo retiraria a retaguarda ‘Clínica’ da unidade, abrindo espaço para a população ir procurar o hospital. A fala hegemônica dos trabalhadores dos PSFs passa a ser do trabalho prioritariamente com ‘promoção e a prevenção’, e não a ‘cura’ propriamente (E daí, podemos entender a fala dos coordenadores de atenção básica enquanto uma ‘atenção mínima’). Em alguns lugares a saída foi juntar algumas equipes para a mesma poder ter capacidade de atuar no território e atender a urgência e a demanda espontânea sempre que necessário.

“Não à toa a upa não é a proposta do movimento sanitário... foi o presidente que diz que precisa... até termos saúde da família... a upa meio que atravessou a nossa história porque deixamos o limbo assistencial... Mas falta muito pra essa atenção básica que seja capaz de coordenar a atenção...” (consultora PNH)

Em debate no curso, a fala de Milton Santos (2001):

“A organização espacial se revela, de um lado, a partir de elementos fixos, constituídos como resultado do trabalho social. E, de outro lado, através de fluxos que garantem as interações entre os fixos. Fixos e fluxos originam as redes”. (SANTOS & SILVEIRA, 2001)

As redes como “*fixo e fluxos*”, “*nó e conexão*”. A rede como um processo inacabado. Pode-se pensar pontualmente no funcionamento de um hospital, mas se não pensar na rede, pode-se matar esse funcionamento do hospital. Seria preciso compreender ainda que as portas dos prontos-socorros não são as ideais, porque ali as pessoas vão ser mais medicalizadas, vão ser mais ‘agudizadas’ e vão viver menos. Uma equipe ao não entender isso ou ao não se responsabilizar pelos fluxos do cuidado junto as equipes da atenção básica, interferem na vida das pessoas. Da mesma forma, se as equipes de atenção básica não compreendem seu lugar na rede de cuidado. A questão se torna mais difícil, se na relação entre fluxos e fixos, não existe o ‘fixo’ ‘equipe de atenção básica’ no território para dar conta do cuidado, o que fazer?

Sobre o modelo da pirâmide – a pirâmide enquanto nível de complexidade de atendimento, esta é uma abstração (CECÍLIO, 1997). Se em algum momento dentro da história do SUS se construiu o ideal de que se descentralizaria as experiências que estavam concentradas aos hospitais, através de uma atenção básica com uma tecnologia simplificada, com soro e alguns medicamentos, foi-se ingênuo. Os problemas de saúde não vão se resolver sem uma atenção básica potente, sem o enfrentamento da complexidade de sua organização e proposição de efetiva ‘gestão do cuidado’. Nesse sentido, como a UPA dá retaguarda até que o caso ‘verde’ possa ser atendido no posto de saúde e se organize para começar a dar conta disso? É possível que a atenção básica vire essa potência?⁴¹

Outra discussão aberta foi sobre o campo do território e dos fluxos dos usuários a se enfrentar, e estas se operacionalizam no próprio encontro e debate das equipes no território. Enquanto as políticas de saúde esquadrinham formatos e funções de equipamentos com suas diversas tipologias de ‘CAPS’, ‘NASF’, ‘ESF’, com suas diretrizes e normativas, estas não darão por si conta da qualidade do cuidado e da rede.

⁴¹ Cecílio (2012) apontará em seu artigo sobre a ‘quimera’ da atenção básica, de um projeto que devido a: dificuldade de fixação do médico, de encantá-lo com o projeto do SUS; a ‘eterna defasagem’ entre oferta de serviços e uma demanda sem fim – o que impede que haja um bom cuidado da população; a ‘deformação’ de dispositivos que foram pensados para melhorar o atendimento – como por exemplo, o acolhimento e que em várias experiências têm se tornado barreira; assim como a impotência das equipes de saúde diante dos problemas sociais postos; torna necessário questionamento sobre as reais necessidades das pessoas, algo que desafia e desmonta os modelos assistenciais que temos pensado para a rede básica.

Além do mais rede enquanto ‘criação’ e ‘heterogênese’, pelos tantos pontos e fluxos, pessoas, territórios e histórias envolvidas, não se é possível construir uma rede de forma ‘homogênea’.

“Se foi realizada uma conferência pela municipalização afirmando o lugar de autonomia, durante a 10ª conferência em 1996 foi lançado o PSF. David Capistrano dizia que essa proposta do PSF é uma intervenção sobre os municípios... Nós criticamos o PSF, e conseguimos pensar a estratégia no campo da atenção básica... (não poder contaminar o PSF com o serviço tradicional? absurdo...) – nós estamos disputando modos de fazer...” (Consultora PNH)

Em contribuição a essa discussão, para além das diretrizes das políticas verticais de saúde, e ainda sobre a necessidade dos encontros nos territórios de tessitura da rede, Cecílio (2012) irá afirmar sobre a fragilidade do sistema de saúde, pela dificuldade dos gestores de se fazer a gestão pela via da micropolítica da ‘produção do cuidado’, voltados para o microprocesso da construção efetiva do cuidado das pessoas pelas equipes de trabalhadores de saúde. Só assim para poder fazer de propostas como do ‘Acolhimento’ em um forma de responsabilização e vínculo para com as necessidades da pessoas que buscam os serviços de saúde, e não uma resposta burocrática as novas políticas implantadas.⁴² O desafio estaria na criação de instrumentos e ferramentas que possam funcionar como dispositivo disparador de processos dialógicos entre profissionais e gestores sobre a gestão do cuidado, ao invés de recaírem em processo meramente ‘instrumental’ e ‘gerencialista’ (CECÍLIO, 2009).

De alguma forma, como já dito, esse modo de gestão ‘externo’ ou alheio ao processo do cuidado, é dupla herança da Saúde Pública que volta sua gestão para o campo coletivo e epidemiológico, e da Saúde Coletiva voltada para a gestão das intervenções sobre os determinantes sociais de saúde. Seja também pelo modo de gerenciamento voltado para o campo normativo e controlador tão comum no campo da gestão.

⁴² Cecílio (2012), nesse sentido, critica políticas de indução como do PMAQ - AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Então, mesmo as políticas de saúde com o melhor dos comprometimentos com o SUS, quando submetidas a campos teórico-conceituais, não dão conta por si da realidade.

Segundo ainda os debates sobre ‘redes’ no curso, ao fazer supervisão fica-se bom na ‘Vigilância’, e deficitários na ‘Clínica’⁴³. Não há recomendações nacionais que deem conta por si das pactuações de redes, tem que ir lá e fazer, fazer acordo com a UPA. Uma equipe pode estar lá no território, faz visita, grupos, vigilância, mas não atende quando precisa. Na rede os equipamentos são complementares. Ouve-se sobre rede de urgência e emergência, de atenção psicossocial, rede nacional de CACONS, é preciso, no entanto, diferenciar ‘*rede temática*’ do que seria uma ‘*rede territorial*’.

Uma coisa é a UPA se articular com outras unidades de pronto atendimento para poderem discutir protocolos, trocar saberes e experiências, isso poderia significar uma determinada rede ‘temática’. Isso se diferiria ainda da proposta das ‘linhas de cuidado’ que seriam mais transversais no SUS, e teriam a ver com o fluxo do usuário. A rede de Saúde Mental, dos CACONS, dá para reunir essas redes e discutir os procedimentos, os protocolos, o que tem sua importância, mas a discussão de rede não pode se fechar nisso. No entanto, da mesma forma, quando considera-se as ‘linhas cuidado temáticas’ em si, elas são abstrações. Quando se traz o território vivido tem-se desenhos inacabados, equipamentos de vários temas que precisarão se vincular em rede. Rede e território estão em tensão (RIGHI, 2002).

Havendo uma unidade em um determinado município, seu funcionamento dependerá de como esta se coloca naquele lugar. Uma das tarefas apontadas no curso para os apoiadores seria, de não perder a perspectiva das diretrizes gerais – do que é uma upa, atenção básica, e outros temas, mas chegar junto ao território, em um trabalho de rede em que se precise abrir conversa com o outro, relação. Nesse sentido não sendo possível chegar cheios de verdades e protocolos para conversar com o outro. O espaço das conexões das redes vivas são de produção de autonomia e corresponsabilidade.

“A rede pressupõe complementariedade, solidariedade entre diversos competências... Trabalho em rede, a rede tem um processo de heterogênesse, de produção da diferença, de produção da singularidade, isso vale para o trabalho em equipe...” (Consultora PNH)

A proposta do apoio no trabalho com os municípios, seria então diferente do trabalho histórico das áreas técnicas. Os programas não levam em consideração o local,

⁴³ Segundo Merhy, Feuerwerker & Cerqueira (2010) e Bertussi (2010), podendo até ser bom na clínica enquanto tecnologia ‘leve-dura’, mas não ser no âmbito do cuidado.

de fato o contexto não interessa. Interessa passar as regras e normativas, capacitar e depois avaliar.

Esses foram alguns debates importantes realizados na SES em 2010 durante o ‘Curso de Redes’, pouco tempo antes a proposição em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde do trabalho por ‘linhas de cuidado’ ou ‘redes temáticas’: materno-infantil, urgência e emergência, psicossocial, etc., o que torna todo esse debate em questão sobre as diferenciações entre rede temática e ‘redes territoriais’ bastante atuais. Entendendo aqui rede territorial sobre aquela que acontece de fato no dia-a-dia dos serviços de dada localidade, suas articulações para poderem dar conta do cuidado. E nisso o lugar do ‘apoio institucional’ no SUS, hoje bastante ‘multiplicado’ pelas políticas atuais de saúde enquanto ‘método de gestão’, também como uma questão. Vale saber por que caminhos andam os apoiadores, se compondo as ‘redes vivas’ e afetivas nos territórios com foco no cuidado, ou se capilarizando as políticas de saúde verticais do Ministério da Saúde, suas normativas e recursos agregados e dando continuidade a um modo de produção que tá posto no SUS há muito, sob novos nomes. Essa mesma indagação serve aos apoiadores em âmbito estadual e municipal.

Mas sigamos pelo caminho dessa gestão estadual e algumas aprendizagens orgânicas e questionamentos sobre esse percurso. Esse curso propiciou abertura de horizontes e a noção do desafio do trabalho do apoio. Ao mesmo tempo, alguns caminhos que estavam sendo abertos, como dos Fóruns de Atenção Básica, e em especial do projeto do ‘UPA-Redes’ faziam esse agrupamento experimentar as redes nas microrregiões, os encontros com as equipes, começando a deslumbrar trabalhos possíveis do ‘apoio institucional’ em âmbito estadual. No entanto, parece que o movimento dentro/fora se desenha ao mesmo tempo, a medida que se vai para fora, e se conecta com pessoas no território, volta-se pra dentro com novas reconexões internas e forças. Os encontros durante o curso e com as agendas de trabalho em paralelo para fora e que se voltavam em mobilizações para dentro, revelaram encontros entre áreas que não se conheciam, desejos de ir, de estar junto, e de partilhar.

Segue ainda algumas frases que marcaram esse momento de indagações e experimentações⁴⁴:

“Uma upa não pode cair do céu, ela não pode cair... Como ela se insere, com que protocolos... Ela se insere onde havia rede e como, ou ela se insere onde não tem rede e pode ser usada como observatório de rede, e tentar reverter isso... E trabalhar isso transversalmente dentro da secretaria, vigilância e assistência transversalmente...”

“Agora estão as coisas meio de fora para dentro... Estamos indo pros municípios, e conseguimos sermos atores de transformação lá... seja upa ou ‘maternidade em município na Baixada Fluminense’, consegue-se trazer o grupo técnico junto ao município... É prazeroso quando a gente consegue construir ‘rede’ dentro com aquele município...”

“Tem alguns projetos de intervenção... como a gente tá fazendo discussão de rede nos municípios e estamos nos capacitando nesse curso para fazer apoio... E como isso está mais avançado em alguns municípios discutindo isso intra e intersetorialmente, e como tem município que não tem nada. Como é que a SES pensa e faz e se intersecciona pra dentro da própria SES, e a gente precisa pensar isso pra dentro da SES... Tem “n” setores aqui, e se relaciona pra dentro da secretaria, e como isso vira apoio para fora junto aos municípios...”

“Eu aqui ouvi que eles iriam se reunir com o município ‘X da Baixada Fluminense’ e pensei que poderia ir também porque estou indo pela discussão do bolsa família. Teve um movimento interessante desse curso abrir pra outras áreas, inédito da gente se sentir confortável pra se colocar, confortável pra sentar com a ‘assessora da metro I’ pra gente poder ir pro município...”

“Sou da área de saúde do trabalhador – apoio ao programa e aos CERESTES... Quando a gente fez o plano desse ano, um deles era articular o programa de saúde do trabalhador com a atenção básica, não sabia nem como, nem porquê... A ideia é fazer essa área chegar na atenção básica... os 92 municípios do Rio de Janeiro não fazem notificação dos acidentes de trabalho... Eu não sabia que a AB trabalhava com a UPA?!!! E isso tem que chegar nas UPAs também”.

Ainda sobre as discussões do processo de trabalho interno dos apoiadores:

“eu, por exemplo, trabalho na região Norte e Noroeste, e sinto hoje como impossível... Como eu vou atuar, se eu tenho que apurar a denúncia que o ministério pediu pra ver? A gente faz o que é possível... De fato como fazer esse apoio, eu acho muito difícil...”

Alguns questionamentos deslocavam as áreas técnicas de seu lugar ao se perguntar sobre seu processo de trabalho e a relação com municípios:

⁴⁴ Falas dos apoiadores, assessores e áreas técnicas da SES extraídas das gravações das aulas do curso e do Relatório realizado pelos Consultores da PNH/MS chamado: “Curso da Política Nacional de Humanização para trabalhadores e gestores da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC): memórias dos encontros”.

“Uma das coisas que aprendi hoje é que existe uma diferença entre área técnica e apoio. Se eu em algum momento fiz apoio, foi apoio clandestino, quando não, camicaze. Estou aqui ‘fosforilando’ algumas coisas, temos instrumentos de informação, o que tem por trás desse número... a princípio quem tem maior acesso a isso é a área que trabalha diretamente com os municípios... O que tá por trás daquele número do bolsa família? Você tem que tá próximo daquela área do município... Eu posso puxar o diagnóstico daquele município, e não conversar com o pessoal da própria secretaria e da área técnica do município. Temos que ver uma forma de superar... Como fazer com que a colega da outra área entenda que as nossas áreas são interessantes...”

E ainda o olhar de alguns sobre a proposta de reorganização e rearranjo das áreas técnicas as dividindo por região, colocado pela primeira Superintendência:

“Um deles nos chamou de apoiador... acabaria com as gerenciais das áreas técnicas e nos transformaria em áreas técnicas por região, em apoiadores... traumático como se tivéssemos que negar todo nosso passado... Mas como podemos fazer isso?”

E ainda sobre a possibilidade de composição entre o trabalho do apoio e da auditoria, afinal, ‘quem apoia audita?’ ‘Quem audita apoia?’ Seria possível um lugar de composição ao invés de intervenção? De ‘inter-invenção’?

“É a primeira vez que encontramos a auditoria juntos... o que tem de caldo com a auditoria. Quando se fala de fazer apoio e fazer auditoria... foi difícil quando fizemos um relatório e o município foi descredenciado. Bacana é essa possibilidade de estarmos mais juntos... Estamos aqui, vamos aproveitar pra começar a integrar nossas ações... é legal ver isso com vocês... Podemos ver o que há de comum nas nossas agendas, para podemos trabalhar junto de um outro modo...”

Os movimentos de aproximação dos municípios não era algo fácil, pelo histórico autoritário da gestão estadual, os primeiros encontros por vezes eram ‘defensivos’ ou de certo ‘temor’ pelas equipes gestoras dos municípios. Os apoiadores aos poucos começavam a ser envolvidos nas agendas de trabalho junto aos municípios e se aproximar dos desafios apresentados pelos gestores municipais. As áreas técnicas se aproximavam dos debates no território, mas não deixavam de disputar as agendas propondo realização de capacitações e cursos técnicos com os quais estavam comprometidas em seu ‘planejamento’.

Uma agenda inicial que acabou servindo de dispositivo nesse movimento de aproximação dos municípios, e de uma forma diferente de trabalho ao que estavam todos acostumados, foi a inauguração das UPAs nos territórios e a proposta de se desenvolver o que foi chamado de ‘UPA-Redes’ – rodas de discussão com a rede de atenção a partir da inauguração desse equipamento. Após essa agenda de trabalho

inicial, ficou mais claro para esse agrupamento, que assim como a UPA outros ‘temas’ poderiam ser ‘dispositivo’ de discussão sobre o cuidado nos territórios.

“Mas você falou de organizar a rede, não é isso... essa intenção ela é produto, ela nunca pode ser meio... Ou seja, quando você lembra da violência, quando você lembra da tuberculose e outros... Hoje eu tenho a clareza que todas essas ações, como hoje é o pré-natal, é pra organizar os coletivos de trabalho... E acho que essa organização de rede que a gente tá falando só se dá se a gente organizar os coletivos... Os coletivos não são etéreos, eles existem de fato... E não é também de fato burocrático... Quando você fala da animação, que você percebeu da animação, coletivo é isso, quando ele se empodera, quando ele tem prazer, quando ele se anima...” (Gestor Estadual C)

3.4 CARAVANAS HOLIDAY: DO UPA-REDES ÀS OFICINAS REGIONAIS – ADENTRANDO O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A cada nova UPA Municipal a ser inaugurada era solicitada a equipe da Assessoria de Humanização da SES/RJ para que pudesse realizar Oficinas sobre Acolhimento com Classificação de Risco com as equipes de profissionais que trabalhariam nessas unidades. O debate junto as equipes sobre o ‘Acolhimento’ suscitava algumas discussões sobre responsabilização do cuidado, seja no percurso de atendimento dentro da unidade, seja sobre a necessidade de após estabilização do quadro agudo, de garantir a continuidade do cuidado e tratamento no posto de saúde de sua referência, com retaguarda da atenção especializada quando necessário.

Essas oficinas propiciavam momento de discussões sobre o funcionamento da rede de saúde do município com os profissionais. Muitas vezes eram profissionais acostumados ao trabalho com urgência e emergência hospitalar, e apresentavam alguns fluxos ‘informais’ de encaminhamento após atendimento na unidade, seja para o hospital, seja para um centro municipal de especialidades dos quais sabiam que teriam médico para atender. Mas não enfrentava-se nessas oficinas, até então, o questionamento sobre o cuidado da rede municipal de saúde. Em uma dessas oficinas junto a um município da Baixada Fluminense, chamou atenção a participação ativa de alguns dos profissionais que eram ou tinham sido quadro das equipes de atenção básica e saúde mental, apontando preocupação com a abertura dessa unidade de pronto atendimento na cidade. Por um lado preocupavam-se pela falta de retaguarda hospitalar – eles não tinham hospital, e enfrentavam dificuldade de retaguarda do hospital da

região, por outro lado, pela baixa cobertura de ESF/AB. Afirmavam ainda preocupação quanto aos pacientes de saúde mental que, com certeza, ali chegariam, pois tinham apenas um CAPS que funcionava durante a semana no horário de 8 h as 17 h, e que ainda passava por problemas.

Semanas após a inauguração desta UPA, o Secretário de Saúde deste município procura a SES e a Superintendência de Atenção Básica solicitando ajuda por conta da superlotação desta unidade. Realiza-se uma visita a esse equipamento e vendo-se os casos, observa-se pessoas com suspeita de tuberculose, assim como pacientes de saúde mental internados em ‘salas de isolamento’ há dias sem nenhuma articulação ou conversa com a rede local, de corresponsabilização com os casos, seja junto ao CAPS da cidade, seja em relação ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. Precisava-se descobrir essa rede existente e como atuava. Além do mais a UPA estava cheia de crianças, mulheres e idosos com demandas de atendimento de urgência ou simplesmente solicitando marcar consultas, o que demonstrava a ausência e fragilidade da rede de atenção naquele município.

Foram realizadas reuniões com os gestores e profissionais, conheceu-se a situação precária de algumas das unidades básicas de saúde, a problemática da falta de médicos que quisessem trabalhar na cidade pela baixa remuneração e sem estrutura. Conseguiu-se recurso pelo estado para construção e reforma de unidades. O município contratou psicólogos para articularem os quadros de saúde mental que chegavam a UPA com o CAPS, evitando internação e garantindo continuidade do cuidado.

Essa experiência municipal levou a Superintendência de Atenção Básica e Assessoria de Humanização, a constatação do modo como aqueles equipamentos ‘pairavam’ sobre o território, sem conversa prévia com a equipe gestora do município, sem mesmo planejamento ou organização. Propôs-se então o ‘UPA-Redes’. O intuito seria de, assim que se soubesse da inauguração da unidade, semanas antes, iniciar reuniões com a equipe gestora do município em questão para debater a chegada daquele equipamento no território, sobre as expectativas dos gestores e as pactuações necessárias com a rede local de saúde, em especial com as equipes de atenção básica para continuidade do cuidado. Era proposta ainda que após essas semanas de trabalho, de discussão e pactuação dos fluxos da rede em relação a essa unidade, esta seria apresentada pelo grupo gestor do município durante a oficina de trabalho aos

profissionais que trabalhariam na UPA e que precisariam entender o funcionamento do SUS da cidade, sobre sua rede e os fluxos assistenciais.

Saía-se em ‘caravana’, nomeadas na época de ‘Caravanas Holiday’ nas viagens para os municípios no interior do estado durante todo o ano de 2010, e muitas foram as experiências marcantes nesses encontros em que passou-se a conhecer mais de perto a realidade e os enfrentamentos da saúde nas cidades. Vale ainda aqui dizer de alguns pontos de ‘inflexão’ – ou seja, de situações com os quais não se sabia ao certo o que e nem como fazer, e ‘dobras’ – criação e invenção de saídas, realizadas em conjunto ou pelos próprios municípios.

Entre eles um município na região Serrana com 30% de cobertura de ESF, e com problema para expandir as equipes de estratégia de saúde da família por conta da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que trazia tamanha asfixia nas possibilidades de responder as demandas da população e ao cuidado das pessoas que chegariam a urgência e emergência; Nessa época, a dificuldade de produzir saídas pelas questões estruturais postas pelas contratações, mas ao mesmo tempo a experiência de encontro e reunião com a equipe propiciava certo deslocamento, para onde mesmo apontávamos todos? A experiência protagonista de um município da região da Baía de Ilha Grande (BIG) que com 70% de cobertura de ESF vinha trabalhando com suas equipes de saúde da família a implementação do Acolhimento e o atendimento dos casos de urgência na atenção básica. A problematização sobre a abertura da UPA e a possibilidade de fragilização desse trabalho das equipes os levaram a propor que os casos classificados como ‘verde’, de menor agudização, pudessem ser cuidados pelas equipes dessas unidades.

A riqueza da experiência junto a um município de médio porte da região Metropolitana II, que abriu a roda para participação de todos os seus coordenadores e profissionais das ESF e das policlínicas, da educação em saúde, áreas técnicas de saúde da mulher, criança, adolescente e programas da vigilância debatendo os fluxos possíveis de atendimento a partir da estabilização dos pacientes na UPA. Esse município tinha até então 80% de cobertura de ESF e estavam preocupados com os 20% da população que naquele momento ainda não tinham cobertura, de como acompanhariam a saúde destes. Seria provável que pela proximidade, o território sem cobertura passaria a ter a UPA como referência, não sendo garantido o acompanhamento longitudinal daquela população. Em uma reunião seguinte a equipe apresentou uma saída, essas pessoas que

estavam descobertas teriam como referência uma das policlínicas próximas a região onde seriam acompanhadas. Foram criados os fluxos de assistência entre a UPA e as ESF, e pactuou-se que a UPA comunicaria as equipes de saúde da família sobre as pessoas que estiveram na unidade com quais demandas e necessidades de cuidado.

Por outro lado, sendo essa UPA localizada na estrada, convidou-se também para essas reuniões os gestores e técnicos dos dois municípios vizinhos, sendo pactuado os fluxos de atendimento e para que unidades de saúde referenciar a população que viria dessas cidades após o atendimento. Em certo momento, pela presença dos municípios daquela microrregião de saúde, alguns debates foram realizados quanto aos atendimentos feitos pela equipe de estratégia de saúde da família que fica na fronteira intermunicipal. Foi pactuado que a equipe pela sua proximidade da comunidade pertencente a outra cidade, atenderia a demanda espontânea que chegasse da população, mas que informariam e trabalhariam em conjunto com a equipe de saúde de referência sobre os casos que estão chegando lá, com quais queixas para poderem realizar busca ativa e cuidado dessa população. A abertura dessa unidade de pronto atendimento, possibilitou ao município um outro lugar de conversa e pactuação com o hospital filantrópico da região, podendo rever o Plano Operativo Anual de leitos de retaguarda a esse equipamento. Esses foram espaços ricos de experimentação dos encontros com os municípios e com e entre suas equipes, de escuta e proposições.

Por fim, a experiência do ‘UPA-Redes’ em um bairro do Município do Rio de Janeiro, com reuniões com a Coordenação da Área Programática e as coordenações das equipes de saúde da família, clínica da família e centros municipais de saúde. Essa UPA estando em um dos bairros que mais tinham idosos debateu além da retaguarda para a continuidade do cuidado na atenção básica, sobre como fazer em situações de violência, sendo convidada para essas reuniões a Delegacia do Idoso da região contribuindo para o debate sobre a assistência nessas situações e em que momento contactá-los.

Esses espaços viraram muitas vezes espaços agradáveis de encontro e troca com os grupos gestores municipais, mas com a participação das equipes da ponta os debates ficavam mais ricos de realidade, mais potentes. Ficando claro que o trabalho do ‘apoio’ pela via do dispositivo do ‘UPA-Redes’ não tinha em si a pretensão de resolver todos os problemas de pactuação entre os pontos da rede de forma a achar que a produção de um ‘protocolo’ ou ‘carta de serviços’ dariam conta da rede. Compreendia-se que estes

pontos se ‘atavam’ com a mesma facilidade que se ‘desatavam’ a todo momento, são dinâmicos, a aposta estava então na própria relação entre as pessoas que ali estavam, a troca, o crescimento e a experimentação dos espaços como esses nos territórios eram ricos de possibilidades, de criação de estratégias de conexão. Talvez a grande aposta do apoio pudesse ser na experimentação desses espaços coletivos de produção de vida. Muitas foram experiências não relatadas aqui. Nem em todos os municípios que tiveram UPAs inauguradas foi possível realizar esse movimento, mas em alguns municípios a composição rendeu frutos que levaram a sustentar a aposta em coletivos de discussão de redes e do cuidado.

Ainda vale o relato do ‘UPA-Redes’ realizado na Região Noroeste do estado. Sem grande conhecimento sobre a dinâmica da região, essa UPA foi estipulada como Regional, sendo pensada para servir no atendimento de urgência e emergência de todos os 14 municípios da região. Foram realizadas reuniões e em debate sobre esse equipamento no território, as equipes gestoras dos municípios discutiram os fluxos de atenção na região. Entre os apontamentos destes, foi afirmado que os mesmos conseguiam cumprir com o papel de pronto atendimento de pequenas urgências em seus próprios pronto atendimentos e prontos-socorros municipais, mas que tinham dificuldade quanto ao acesso de seus pacientes graves no Hospital Geral da Região que é privado conveniado ao SUS. Esse debate envolveria ainda a equipe gestora do próprio município que estava recebendo a UPA, no entanto, que vinha de uma gestão fragilizada pela troca contínua de secretários, e sem ‘governabilidade’ na relação com o hospital. Esse trabalho demandava ainda a participação de outras instâncias e setores da SES, como o de Controle e Avaliação responsável pelo repasse dos recursos, assim como o posicionamento do Colegiado Gestor Regional (CGR), e nesse sentido pouco caminhou na época. Com a abertura da UPA, apresentou-se a fragilidade da atenção básica desse município – com 60% de cobertura da ESF, assim como de alguns dos municípios ao redor – que mesmo com coberturas que variavam entre 70% e 100%, ao se apresentarem alta demanda por ações de atenção básica na porta de entrada dessa unidade, mostrou a baixa resolutividade desses serviços na região.

Essa foi a primeira vez que os apoiadores reuniam toda uma região para debater sobre a saúde, e se deparava com as limitações das pactuações envolvendo recurso entre os municípios – por um lado, por outro tinham o desafio de fortalecer a atenção básica

em uma das regiões com maior cobertura de ESF, e ao mesmo tempo com péssimos indicadores de saúde. Essas idas aos municípios e/ou regionais foram primeiros ‘enamoramentos’, encontros que repercutiram de forma diferente em cada lugar, em alguns mais potentes, em outros menos, mas abriram movimentos.

Vale trazer ainda a fala a partir da entrevista de gestores da SES sobre esse momento de ida aos municípios:

“Na verdade isso foi puro movimento de aproximação e de diálogo dos municípios com o estado. (...) Alguns críticos acabaram ironizando essa coisa de UPA Redes. Acreditando de como se fosse ingenuidade nossa... no acontecer até talvez tivesse ingenuidade de achar que a gente ia conseguir articulação e construção de rede ali, com aquilo... Mas o lacinho da rede era o diálogo do município com o estado, e entre eles. E com aquele dispositivo tão importante do estado e que invadia os municípios.” (Gestor Estadual C)

“A rede ela é uma rede de relações que são pessoa a pessoa, cara a cara, não tem como uma rede que não seja assim”. (Gestor Estadual D)

...

A gestão da Atenção Básica passa também a ser referenciada e solicitada na SES a partir de alguns acontecimentos envolvendo situações de epidemia e catástrofes no Rio de Janeiro. Entre eles as epidemias de dengue por todo estado, deslizamentos como fortemente aconteceram na região Serrana em 2011, matando muitas pessoas, e as enchentes ocorridas na região Noroeste. Esses foram momentos importantes e que marcaram muito o trabalho daquele grupo de apoio, assim como de reconhecimento da forma de trabalho dessa Superintendência de Atenção Básica do Estado. Na época da catástrofe na região Serrana em especial esse agrupamento passou um mês ajudando na organização do acesso e acompanhamento da saúde para os municípios mais atingidos, em especial em um suporte maior a Friburgo, que havia perdido suas unidades e muitas pessoas do seu quadro da saúde, abalados junto a toda população da cidade.

“hoje acho que a gente ficou muito tempo, mas o evento era muito propício a misturas né... era muita coisa a flor da pele, então... os munícipes da gestão estavam a flor da pele, e nós fomos ficando a flor da pele... Mas o mais importante disso é que vamos dizer, é que foi um momento inaugural da relação da atenção com a vigilância nos eventos catástrofes... Ou seja, a vigilância com seu know how de fluxos e protocolos, e a atenção básica do estado chega junto aos municípios, tanto na serrana, como depois na noroeste com as enchentes... Com mais expertise e começa a propiciar para a vigilância e os municípios um esteio da atenção... Do cuidado, ou seja, qual a UBS pode ficar responsável por dar suporte aos abrigos etc. e tal... Então esse é um evento importante porque a atenção chega junto a vigilância...” (Gestor Estadual C)

“A ‘superintendente’ puxava a reunião no final do dia com a força nacional e o município, abria espaço coletivo de diálogo e de comunicação... Isso era bem bacana. E jamais uma vigilância tinha expertise pra fazer isso. E aí a força nacional ‘porrava’ o município, o Estado entrava como mediador. E o município ao mesmo tempo atolado na terra”. (Gestor Estadual C)

3.5 OFICINAS REGIONAIS DO COFINANCIAMENTO: ENCONTRO COM AS REGIÕES DE SAÚDE

Desde a criação da proposta do Cofinanciamento da Atenção Básica pelo Estado em 2007, pouco ou nada foi cobrado dos municípios sobre o uso desse recurso. Na época, alinhado com o ‘Pacto pela Saúde’ foram pactuados que esse recurso seria monitorado através de 5 indicadores estabelecidos pela Superintendência de Atenção Básica da SES relativos: *ao aumento de no mínimo em 10%, em relação ao ano anterior, da cura da tuberculose; do aumento em 10%, em relação ao ano anterior, de realização de 6 ou mais consultas de pré-natais; razão entre a realização de preventivo em mulheres entre 25 e 49 anos e população feminina nessa faixa etária atingindo a meta preconizada de 0,30; sobre o percentual de captação de 90% dos estimados da população cadastrada e acompanhamento de pelo menos 80% dos pacientes hipertensos e diabéticos em população acima de 40 anos, e por fim, a diminuição das internações por ‘doença psiquiátrica’ em 12% do coeficiente de internação alcançado no ano anterior.*

Segundo resolução SESDEC nº 189 de 06 de dezembro de 2007, a suspensão do repasse do recurso ficaria condicionado ao não alcance das metas dos indicadores estabelecidos, *permanecendo com o recurso integral se alcançar percentual igual ou superior a 90% da pontuação das metas estabelecidas, perdendo 20% do recurso se atingir 70-89% da pontuação, e 40% do recurso, se não atingir 50-69% da pontuação, e ainda podendo perder o recurso por completo se não alcançar 50% da pontuação definida.*

Esse ‘monitoramento’ ou cobrança sobre o uso do recurso do cofinanciamento pelas metas instituídas não foi realizado por nenhuma superintendência até então, sendo proposto pela atual Superintendência a confecção por parte dos municípios de Projetos de Desenvolvimento da Atenção Básica a partir do uso do recurso do Cofinanciamento, tendo como meta o impacto sobre esses 5 indicadores de saúde. Esses projetos foram

entregues aos apoiadores da SAB que tiveram que lê-los, avalia-los, e fazer a devolução aos coordenadores de atenção básica sobre suas propostas.

Propôs-se então a realização de '*Oficinas Regionais do Cofinanciamento*' com o intuito de apresentação dos projetos entre os municípios, para que fossem qualificados em conjunto, através da troca de experiências entre estes, levando a rever ou criar novas e outras propostas para o uso do recurso que pudessem ser mais efetivas em relação ao cuidado desempenhado pelas equipes de saúde a população. Essas também eram oficinas de avaliação da situação de aplicação e uso do recurso, e dependendo do uso era avaliada a possibilidade de não mais repasse destes.

Essas foram também primeiras experiências de composição regional com os coordenadores de atenção básica. Observou-se ainda que cada coordenação de Atenção Básica se apropriou desse recurso de forma diferente, alguns com clareza sobre o montante recebido e de maneira a fazer todos os trâmites necessários para sua utilização, outros com dificuldade de conseguir executá-lo, e outros ainda sem saber sobre a existência do dinheiro. Os projetos apresentados se voltavam muitas vezes para suprir deficit de estruturas de equipamentos e insumos da unidade (instrumentos, mobiliários, informatização, veículos) ou para realização de reformas. Alguns municípios indicam ainda em seus projetos realização de capacitação com recursos voltados para a compra de materiais de papelaria e de contratação de profissional para tal. Em municípios com estrutura um pouco mais organizada, os projetos procuravam impactar de forma mais inovadora na saúde da população de seu território com ações criativas. Alguns projetos estavam sendo executados, e outros de maneira incipiente parados em processos de compra/licitação (Relatório de Avaliação – Oficina de Cofinanciamento, 2011).

Essas oficinas funcionariam como dispositivo de discussão através dos planos de trabalho sobre o modo como cada equipe gestora vinha compreendendo a organização da atenção básica no seu município. Em especial, a partir dos indicadores abriu-se debates sobre o processo de 'descentralização' ou não, do cuidado. Muitos municípios, com variadas coberturas de ESF, continuavam realizando pré-natais, preventivos, ou tratamento da tuberculose em Centros de Referência ou nos Programas Municipais. Então, era comum a existência dos Centros de Saúde da Mulher com as atividades de pré-natal e acompanhamento centradas no atendimento do ginecologista obstetra. Ou

mesmo, do atendimento pelo pneumologista no Programa de Tuberculose dos casos de tuberculose na sede da Secretaria Municipal de Saúde. Para além da ‘máxima’ do processo de descentralização do cuidado para a ESF, foi importante abrir o debate frente a necessidade da população naqueles municípios, a presença maior ou menor desta nas áreas centrais do município ou de maneira dispersa no território com dificuldade de acesso aos equipamentos, pensando em composições que pudessem garantir esse acesso da população. Mas essa conversa não era sempre tranquila, éramos muitas vezes atravessados pelo olhar do estado em nós, ‘normativo’, sobre as regras do SUS a serem seguidas. O olhar da gestão que viveu o município, fazia diferença na condução dessas conversas. Ao mesmo tempo, apesar da troca entre os municípios dos seus projetos e modos de compreensão e organização da atenção básica, por vezes constatava-se a dificuldade de alguns municípios de ter propostas e direção de trabalho, o que colocava em questão também a direção do trabalho dessa gestão estadual assim como do apoio.

Sobre a temática da descentralização vivida através dos debates dessas oficinas junto aos municípios, segue ainda algumas falas de alguns gestores da secretaria estadual:

“É que a fala hegemônica da estratégia de saúde da família faz com muita facilidade o discurso da descentralização né, porque é o que tá posto no texto, que a estratégia da família cobre, pode descentralizar porque ela cobre, mas não é verdade, não é real... é um sonho, utópico quase eu diria... é uma utopia bela...” (Gestor Estadual D)

“Na verdade você coloca na mão de poucas pessoas o cuidado... de uma dimensão, de uma responsabilidade... quase que difícil de ser realizada pelas equipes do jeito que elas são constituídas...” (Gestor Estadual E)

E ainda sobre a avaliação das oficinas regionais de Cofinanciamento por um gestor:

“Experiência importante até para gente ficar sabendo quem fazia e quem ficava enrolando. Quem estava ali tentando fazer uma apresentação acadêmica, que fosse bonita, que agradasse a gente, mas que não tivesse consistência na realidade... Mas a forma como foi feita dava pra gente ver evidentemente quem fazia, quem não fazia, quem estava construindo, problematizando e tal. Acho que a ideia era a gente ter essa noção e apoiar essa construção, não era uma posição policialesca de dizer o que você tá fazendo, e o que você não tá fazendo, mas discutir o que era aquilo, afinal de contas o estado está dando dinheiro, falando que ia reduzir indicadores, as pessoas tinham que escrever suas metas e tal e a coisa chegava no papel né... se fosse no modelo antigo, no modelo sem oficina o que se faria era um projeto, entregava-se um papel, as pessoas fariam uma análise mais na estética do projeto, como ele tá dividido, metodologia, objetivo, aquela coisa num

formato acadêmico, ou não. Então a partir do momento que a gente chama para uma apresentação que provoca uma exposição de realidade, a coisa muda bastante. Então as coisas mudam bastante”. (Gestor Estadual E)

“O dinheiro do cofinanciamento é que nem outros dinheiros que o ministério manda, ele tá dado. Enfim, essa coisa da autonomia dos municípios... e eu tô fazendo minha parte mandando dinheiro... que é um pouco a forma como o SUS se constitui, se organiza, a autonomia que deixa você fazer o que você quiser, e os tribunais que fiscalizam e deem conta disso, ou um controle social que opera em relação a isso então... E aí a gente queria avançar... para não ser um simples repasse de dinheiro... Para trocar...” (Gestor Estadual E)

3.6 OFICINAS REGIONAIS SOBRE O PMAQ – “PMAQUEAR SEM MAQUEAR”, CONVERSANDO COM AS EQUIPES DE SAÚDE

O ano de 2011, foi o primeiro ano da mudança do governo federal. No estado a gestão permanecia a mesma, porém, mais uma vez, com algumas mudanças de organograma. Dessa vez, se separaria a então Superintendência de Unidades Próprias da Subsecretaria de Atenção à Saúde, criando uma nova Subsecretaria para esta. Com o novo governo e a proposta de um novo Ministério da Saúde apresentava-se naquele ano uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assim como a proposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e incentivo financeiro de indução para o desenvolvimento de ‘linhas de cuidado’, ou ‘redes temáticas’ como a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, entre outras. É publicado ainda em junho desse ano o Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) no que se refere à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao Planejamento da Saúde, à Assistência e a Articulação Interfederativa. O Decreto institui o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), acordo entre os entes federados no âmbito da região de saúde com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, garantindo a integralidade da assistência à saúde da população.

O Ministério da Saúde passa a trabalhar com o ‘apoio institucional’ enquanto método de gestão no matriciamento das propostas da Diretoria de Atenção Básica (DAB/MS) e das Redes Temáticas indicadas pela SAS/MS para serem implementadas nos municípios, regiões e estados do Brasil. Nessa época, um dos primeiros apoiadores a chegarem a SES foram os do DAB com a proposta de desenvolvimento em conjunto

com o estado do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Esse programa repassa recursos para a atenção básica dos municípios, caso a gestão municipal e as equipes façam adesão e se comprometam com a realização das metas de ‘melhoria do acesso e da qualidade’. Podendo receber em repasse o dobro do PAB variável caso se desenvolva as metas estipuladas pelo ministério. Ele se operacionaliza em 4 etapas: uma primeira fase de *Contratualização* das Gestões Municipais, Coordenações de Atenção Básica e Equipes de Saúde; uma segunda fase de *Desenvolvimento do processo de Autoavaliação*, com a proposta de construção do *Monitoramento* e de espaços de *Educação Permanente e Apoio Institucional* junto as equipes dos municípios; uma terceira fase de *Avaliação Externa*, uma parceria do Ministério com as universidades que enviam técnicos para visitarem e avaliarem as equipes nas unidades; e a quarta fase de instituição do que chamam de um “*processo cíclico e sistêmico*” a partir dos resultados alcançados. Ou seja, de tempos em tempos refazer todo esse processo (BRASIL, 2011)

Foi proposta então pela equipe da Superintendência de Atenção Básica a realização de Oficinas sobre o PMAQ nas regiões do estado. A primeira delas foi de apresentação do Programa para as Coordenações de Atenção Básica e Equipes de Saúde dos Municípios e sua proposta de funcionamento, incentivando a participação destes. A participação dos profissionais das equipes nos espaços das oficinas começaram a ser importante pela riqueza dos relatos dos enfrentamentos no cotidiano dos serviços, assim como de estratégias e propostas. Muitas eram as dúvidas dos coordenadores sobre o contrato com suas equipes, em especial em relação ao acesso do recurso vindo pelo PMAQ, se conseguiriam utilizá-lo para dar suporte as mudanças apontadas pelas ‘autoavaliações’ das equipes.

Havia ainda a afirmação por parte do Ministério da Saúde que esse recurso poderia, caso o município assim o quisesse, ser repassado diretamente as equipes como incentivo pela produção e mudanças operadas. Assim que as equipes aderem ao programa, o município passa a receber 20% do recurso em cima do PAB, e a depender da ‘avaliação externa’ e do cumprimento das diretrizes estabelecidas pode ganhar até 100% do recurso, ou caso não cumpram, simplesmente ser retirado. Nesse momento, compreendia-se o receio e preocupação de alguns coordenadores frente a expectativa

das equipes pela possibilidade do incentivo e sobre a sustentação da organização desse trabalho no município. Sendo escolha de alguns aderir ao PMAQ com uma ou poucas equipes experimentais. Por outro lado, preocupava ainda a outros coordenadores começar esse trabalho só em algumas equipes, como se fossem ‘as escolhidas’ em detrimento das outras. Alguns coordenadores pensaram na proposta de, mesmo com a limitação posta pelo Ministério de contratualização de apenas metade das equipes municipais⁴⁵ para aquele ano, realizar a autoavaliação junto a todas as equipes e usar o recurso que chegaria a algumas para realização das mudanças necessárias nas unidades, dando suporte ao trabalho das equipes.

Os profissionais da ponta demonstravam preocupação com o ‘excesso de trabalho’, se encontravam já sobrecarregados, sendo o PMAQ compreendido como um ‘a mais’ para as equipes que reduzidas na figura do enfermeiro e dos ACS – porque com extrema dificuldade de envolvimento e participação dos médicos, teriam que além de tudo, dar conta de responder ‘para o programa’. Ou seja, as políticas mesmo como proposta de construção ‘participativa’ e ‘horizontal’, da maneira como são construídas pelos municípios podem significar efetivamente ‘mais trabalho’ a se responder aos gestores, e para se obter um recurso que por muitas vezes a equipe não veria retornar com transparência e como suporte ao trabalho que desenvolve.

Durante o processo das primeiras oficinas viu-se a necessidade de uma segunda rodada de Oficinas Regionais do PMAQ em cima do instrumento de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ-AB) discutindo pontos e temas do manual junto aos gestores e equipes, de forma que esses pudessem conhecer o instrumento, tirar dúvidas e criar estratégias de trabalhá-lo junto as equipes de saúde. O AMAQ-AB se estrutura de forma a dividir a autoavaliação entre o grupo de gestores municipais e por equipes de saúde locais. A análise é realizada então pelo Gestor Municipal, quanto a: *Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, Gestão do Trabalho, Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário*; É realizada pela Gestão da Atenção Básica quanto ao: *Apoio Institucional, Educação Permanente, Gestão do Monitoramento e Avaliação*; e

⁴⁵ Nesse ano de 2011 de lançamento do PMAQ-AB foi aberto a contratualização do programa para até 50% das equipes de saúde de cada município, e apontado que a partir de 2013 seriam abertas a todas as equipes a adesão.

em relação as Unidades Básicas de Saúde quanto a: *Infraestrutura e Equipamentos, Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos*; Em relação a autoavaliação a ser realizada pelas Equipes de Saúde é avaliado o *perfil da equipe, a organização do processo de trabalho, a atenção integral à saúde, a participação, controle social e satisfação do usuário*.

Essa roda de experiências apresentou diversas maneiras como as coordenações e equipes vinham desenvolvendo esse trabalho, alguns através de reuniões com os coordenadores das estratégias, instituindo esse espaço para realização e discussão sobre o instrumento de autoavaliação e depois levá-lo, cada coordenador, para debatê-lo junto a suas equipes. Em alguns municípios esse trabalho foi feito pelas equipes de matriciamento do NASF, em outros ainda foi instituído um grupo de ‘apoiadores’ ou mesmo a figura do ‘coordenador do PMAQ’. E ainda, em alguns, foram realizadas oficinas de trabalho de autoavaliação com as equipes de saúde locais. Muitas equipes não tinham o hábito de fazer reunião, então tiveram que criar um espaço em meio ao trabalho para se reunirem e debaterem em cima das diretrizes do instrumento sobre o processo de trabalho. Tiveram bastante relatos de surpresa quanto a descoberta de ações que não desenvolviam. Essa oficina do estado foi momento também de retirada de dúvidas sobre o manual, em especial sobre alguns aspectos teóricos como a proposta de trabalho por meio da ‘educação permanente’ e do ‘apoio institucional’. A partir do levantamento dos problemas considerados e levantados pelas equipes, se escolheria aqueles prioritários a serem enfrentados, se refletiria sobre sua causa selecionando os nós críticos, e se buscaria estratégias de intervenção para esses problemas listados, traçando o que o ministério nomeou de ‘Matriz de Intervenção’ com prazos e responsáveis para executá-lo.

A terceira rodada de Oficinas Regionais do PMAQ ocorreram no final do primeiro semestre de 2012 e tiveram o intuito de apresentação por partes dos coordenadores de atenção básica e equipes das ‘Matrizes de Intervenção’ consolidadas de cada um dos municípios. Essa foi uma proposta da equipe da atenção básica do estado, de provocar um esforço de consolidação das ‘matrizes de intervenção’ de todas as equipes de atenção básica, em um levantamento de ‘problemas comuns’ a serem enfrentados pelo município, com um plano de trabalho que pudesse ser do município.

Compreendia-se com isso que haveria ações de governabilidade das equipes, e outras que dependeriam da gestão e do apoio a estas equipes para que fossem realizadas.

Por outro lado, a proposta de que a partir das Matrizes de Intervenção dos Municípios se poderia pensar em uma ‘Matriz de Intervenção Regional’ ou ‘Planejamento de Ações em âmbito Regional’ a ser desenvolvido em parceria entre a SES e as SMS. Apesar da ideia de operacionalizar o apoio em escala regional através das matrizes de intervenção dos municípios, nas oficinas observou-se que cada município encontrava-se em um tempo diferente na implementação das fases do PMAQ. Muitos não haviam ainda chegado na parte do desenvolvimento dos planos de trabalho – as gestões municipais começavam naquele momento ‘a tomar pé’ do trabalho a desenvolver com as equipes. O processo de autoavaliação se realizou de maneiras e em tempos diferentes em cada município, de forma geral angustiava o pouco tempo estipulado pelo ministério entre a realização desse processo e o início das visitas externas pelas universidades. Em muitos lugares ainda, as equipes que ‘pmaquearam’ foram as que receberam ‘holofotes’ dos municípios e investimentos para que pudessem receber os recursos do programa. Em algumas regiões as benesses do programa foram incorporados aos salários dos profissionais das equipes como incentivo.

...

Nesse momento também as agendas da SES começam a ser tomadas pela proposta de se acompanhar o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI)⁴⁶, incentivo da SES para melhoria dos hospitais do interior – em municípios de até 115 mil habitantes. Esse programa existente desde 2009, conta com parte desta verba como incentivo ao desenvolvimento da Atenção Básica nos Municípios. A aposta na época da

⁴⁶ O Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) repassa recursos desde o final de 2009 a hospitais (públicos, filantrópicos e de ensino) pertencentes a municípios com população abaixo de 115 mil habitantes. Parte desse incentivo é fixo e parte é variável, ou seja, é repassado caso a unidade cumpra com algumas condições, entre elas de melhorias das condições estruturais e organizacionais, e ofertas de consultas a usuários não só de seu município como de municípios vizinhos. Em 2011 a proposta desse programa é ampliada para os Hospitais Regionais. O programa é constituído ainda por dois componentes: o hospitalar e o de Atenção Básica, enquanto um visa a melhoria da gestão e da assistência das unidades hospitalares, outro visa a qualificação da atenção básica contribuindo para diminuição das taxas de internação.

criação desse programa é que com recurso para a melhoria da atenção básica se impactaria na taxa de ‘Internações Sensíveis a Atenção Básica’ (ISABs), as diminuindo. Sendo assim, existiriam 3 componentes para se ter o incentivo na atenção básica: a implementação de ‘Acolhimento e Classificação de Risco’ na Atenção Básica, o que mais tarde ficou como ‘Acolhimento a demanda espontânea’. E outros dois componentes em relação a investigação de 2 ISABs: a internação por ‘Pneumonia Bacteriana’ e a por ‘Insuficiência Cardíaca Congestiva e Edema Agudo de Pulmão’, construindo ‘Projetos Terapêuticos Singulares’ no acompanhamento da saúde dessas pessoas, querendo-se com isso que a equipe da atenção básica estivesse atenta as internações, o motivo pelos quais elas estavam acontecendo, vinculando e cuidando melhor desses pacientes.

Se o cofinanciamento trabalhava na lógica do ‘Pacto’ com o incentivo as ações que interferissem na melhoria dos ‘indicadores’ de saúde, e nesse sentido incentivava o desenvolvimento de planos de trabalho para reversão desses indicadores, o PMAQ trabalha na lógica do incentivo a partir da produção pelas equipes de saúde e gestoras de um determinado ‘modelo de saúde’ ou modo de fazer saúde – seguindo as diretrizes estimuladas por esse programa para a organização da atenção básica no território e suas ações de cuidado com a população; o PAHI – Programa de Incentivo aos Hospitais do Interior – Componente Atenção Básica, seguiria uma lógica similar ao atribuir o ganho do recurso a realização de algumas ações focais na Atenção Básica, no caso a implementação do Acolhimento e do uso da ferramenta dos Projetos Terapêuticos Singulares a partir da investigação dos casos de internação sensível a atenção básica nos hospitais. Como já dito, esse modo de produzir as políticas de saúde – mesmo sobre propostas horizontais e modelos que fortalecem o lugar central da atenção básica responsável por acolher e coordenar o cuidado da população – por incentivo, não necessariamente implicam em mudança do processo de trabalho e em um melhor cuidar da população. De todo modo, produzem ‘movimentos’, valeria ainda perceber seus efeitos no cotidiano do cuidado das equipes.

É válido ainda trazer a avaliação de alguns gestores estaduais sobre esse processo das oficinas regionais vivenciadas pela SES:

“Hoje eu faço uma crítica... (...) Essa é uma crítica para o estado, por uma posição de políticas oficiais, então era PMAQ, era Cofinanciamento... (...) Mas era também

a efetividade do território... Era o encontro, o diálogo... E a partir daí a gente criar coletivos na atenção básica...” (Gestor Estadual C)

“É inevitável... na saúde, isso que você tá chamando de dobra, tá colado a política oficial. É inevitável, mas que a gente não a ponha de forma chapada, mas de forma interessera, pra produzir mais do que a política chapada”. (Gestor Estadual C)

“Hoje a gente identifica por todo o estado pessoas, nomes, que a gente conhece por conta de todo esse movimento. E esse movimento só pode se dar pelas políticas oficiais”. (Gestor Estadual C)

“O UPA Redes e essas caravanas de interiorização, essas grandes ‘campanhas’, vamos dizer assim, foram criando uma via de mão dupla, elas criaram uma intimidade... Pra mim me deram uma intimidade da questão do que é ser apoio, do que que é atenção básica, do que que é o município, e eu senti que cada vez mais os municípios sentiam intimidade comigo, foi uma coisa do crescendo...” (Gestor Estadual D)

3.7 ENTRE PAUSA, MOVIMENTO E REVIRAVOLTAS: O CURSO DE APOIADORES DA UNICAMP, OS FÓRUMS DE ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A FUNÇÃO APOIO E AS OFICINAS REGIONAIS DO PAHI

Em meados de 2012 foi iniciado um trabalho de formação dos apoiadores por meio do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp. Alguns apoiadores da SAB haviam ido a Campinas participar de um Fórum de debates sobre Apoio Institucional. Ao decorrer do encontro, percebeu-se serem todos ali apoiadores que trabalham em município com experiência no acompanhamento das equipes de saúde da atenção básica. Apesar da importância da troca naquele espaço, aquelas eram experiências que o estado talvez não exercesse diretamente, mas que gostaria de apoiá-las, suscitá-las e construí-las junto aos municípios enquanto modo de gestão no apoio as suas equipes. Foi nesse sentido que foi proposto para o agrupamento Unicamp em questão um curso de formação de apoio para a equipe da Superintendência de Atenção Básica no Rio de Janeiro. A demanda em especial era para que fosse formado o grupo de ‘apoiadores institucionais’ e o grupo de áreas técnicas da SAB numa proposta de desenvolvimento do que seria o ‘apoio matricial’. A ideia seria ainda de ampliar o debate do apoio junto aos Coordenadores de Atenção Básica nos espaços dos Fóruns.

Foi realizado um ‘Fórum Interno sobre Apoio Institucional e Matricial’ na SES de debate sobre o desafio da realização do apoio no âmbito da gestão estadual e sobre a

integração nesse processo das áreas técnicas, em um trabalho que apontasse o território como campo de intervenção e trabalho coletivo. Em especial, essa seria uma proposta desafiadora, porque diferente da forma como historicamente as áreas técnicas e programáticas compreendem e realizam seu trabalho. Propôs-se, então, encontros quinzenais com atividades divididas em dois turnos, pela manhã o trabalho junto ao grupo de áreas técnicas e a tarde junto ao grupo de apoiadores institucionais. Esses dois grupos estavam em momentos diferentes de experimentação do trabalho do apoio. Os apoiadores vinham da caminhada dos últimos anos de maior aproximação dos municípios e da vivência de trabalhos diversos como o espaço dos fóruns e das oficinas, além disso tinham espaço de encontro semanal de reunião de equipe. No grupo das áreas técnicas muitos estavam ali pela primeira vez se encontrando, se conhecendo e compartilhando de um espaço comum de trabalho e proposição. Por conta mesmo dessa diferença de ‘tempos’, esses dois grupos foram separados nesse momento.

O modelo pedagógico utilizado seria o Método de Apoio Paideia e o referencial de Balint (1961)⁴⁷ na proposta de discussão de casos vivenciados pelos apoiadores. Segue um pequeno relato sobre esse processo junto ao grupo dos apoiadores institucionais e ao grupo das áreas técnicas. Trazer alguns dos casos debatidos podem trazer clareza sobre os impasses vivenciados naquele momento por esses dois agrupamentos na SES e o modo como vinham compreendendo o trabalho possível do apoiador nesse âmbito de gestão, suas possibilidades e limitações.

Nesse primeiro momento em que tinha-se que apresentar um caso, os grupos dos apoiadores trouxeram o caso do ‘PAHI’. Em extensão as últimas reuniões de equipe, ou no desejo de abrir essas reuniões do curso compartilhando ‘os nós’ em relação a esse programa, que naquele momento se apresentavam como sendo o modo como trabalhá-lo com os municípios e suas equipes. Como que a proposta do programa, de

⁴⁷ Michael Balint, em meados do século passado, foi pioneiro em apontar que o aprendizado clínico não se reduzia aos seus aspectos cognitivos, propondo a criação dos GRUPOS BALINT para o apoio através da discussão supervisionada de casos clínicos. Cunha (2009) propõe um instrumento de apoio à gestão da clínica e formação dos profissionais, chamado Grupos BALINT-PAIDEIA que procura adaptar os grupos BALINT para a realidade do SUS em síntese com o Método Paideia de cogestão de coletivos. É um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para possam lidar com a complexidade do seu trabalho, a partir da discussão de casos clínicos e gerenciais (relações institucionais) (CUNHA, 2009).

implementação do Acolhimento na AB e do acompanhamento das ISABs fazia sentido ao trabalhador que trabalha na ponta com excesso de agenda e demanda? Como o Acolhimento poderia ser indutor de mudança do processo de trabalho, e não algo burocrático a se responder para se ter recursos? Como trabalharia o apoiador do estado para isso? Como 'apoiador avaliador'? Ou como apoiador de coletivos? Qual seria esfera de atuação desse coletivo estadual? É o município, a região ou o território? É possível fazer isso pelo espaço regional? Essas foram algumas das questões levantadas e um dos motivos de angústia dos apoiadores. Como transformar o programa vertical do PAHI em algo transversal?

Viu-se depois dessa primeira experiência, a necessidade de repactuar o uso do espaço dos encontros do curso com os apoiadores, avaliou-se que o 'caso do PAHI' era uma agenda de trabalho da gestão da SES. O risco seria de usar aquele espaço como extensivo as reuniões de equipes para deliberações, quando a proposta era então outra, de que se vivesse ali um espaço como sendo de formação e de deslocamento do 'tempo e espaço' do 'imediatismo' da gestão no qual estavam todos implicados. As discussões de casos seriam justamente dispositivo para uma análise 'de fora', podendo-se refletir sobre o processo de trabalho daquela equipe, suas questões e enfrentamentos. Foi relançada a proposta de apresentação dos casos, podendo ser esse um 'caso questão', ou um 'caso reflexão', um 'caso acontecimento', um 'caso problema' ou mesmo um 'caso aprendizagem' da experiência do apoio no grupo⁴⁸.

A riqueza dos casos e seus debates a partir daí trariam um outro colorido ao trabalho com a equipe, fazendo falar as percepções e as sensibilidades que costumam

⁴⁸ O Grupo Balint-Paideia propõe um trabalho gerencial e pedagógico menos atravessado pelo caráter emergencial dos instrumentos de gestão da clínica. Segundo Cunha (2009), as discussões de caso não almejam, na maior parte das vezes, uma transformação imediata e uma resolução urgente (embora não se tenha nada contra esta possibilidade). Quando se discute um caso clínico ou um problema em um espaço gerencial, ele demanda uma solução ou ao menos uma decisão imediata, saindo da pauta quando a situação se acalma. Nos grupos existe a possibilidade de observar casos por um tempo mais longo. O grupo não tem como proposta ser uma instância deliberativa, e sim um espaço de troca e de aprendizado. É um raro espaço onde é onde é estimulada a verbalização de dificuldades, fragilidades e desconhecimentos. A diferença do Balint propriamente é que nesse propõe discutir não só os casos clínicos como os casos gerenciais, institucionais, casos de saúde coletiva e da dinâmica da equipe. Esse grupo precisa oferecer ainda o suporte teórico em sintonia com as questões discutidas no grupo, disponibilizando conteúdos adequados a cada momento vivido pelo grupo.

calar no dia a dia do serviço. Apoiadores antigos puderam trazer suas trajetórias, pessoas que não costumavam falar nas reuniões de equipes se sentiram à vontade para falar de si. O clima que se produziu desses encontros revelou surpresas, afetos e deslocamentos, e o desejo de prosseguir com essa experiência de troca nos espaços cotidianos da SES no trabalho das reuniões das equipes, e nas relações com os municípios e regionais. Os casos foram apresentados por grupos de apoiadores de referência por macrorregião. O processo e o momento de cada um desses grupos que passam a falar por si, trazem diferenças na compreensão da função do apoio, o que se apresenta ainda como uma grande questão, principalmente no que poderia aquele grupo ou aquele corpo nas relações com os municípios e regiões.

Segue o relato de alguns casos, entre eles o relato do trabalho de acompanhamento de um dos grupos de apoiadores de um município que depois da mudança do secretário municipal de saúde e depois de anos de abandono da atenção básica, se propõe a expandir a ESF em 100% no seu território. Entusiasmados os apoiadores foram visitar o município, e ao fazê-lo constataram a insuficiência de qualificação da equipe, as unidades esvaziadas sem usuários, e a existência de um hospital municipal com um grande ambulatório de especialidades onde se concentram todo o atendimento da população. Os apoiadores deram algumas sugestões que foram recebidas pelo grupo gestor local, e quando perguntado ao coordenador da atenção básica sobre o projeto que escreveram sobre o uso do recurso do 'PAHI-AB', o mesmo não tinha conhecimento, mais tarde descobriu-se que quem havia realizado o projeto era o hospital. Algumas questões suscitadas pela apresentação do caso eram: diante do problema ou do desafio de organização da rede de atenção básica, o que poderia o apoio? Até que ponto o apoio poderia ou não entrar naquele cenário? Como legitimar aquela atenção básica? Qual é a função do apoio do estado? Como apoiar a confecção de propostas? Foi apontado a importância de trazer a 'bagagem' ou a 'caixa de ferramentas' dos grupos de apoiadores de modo a poder se aproximar do município e das equipes, se apropriar daquela realidade, para construir maneiras. E ao mesmo tempo apontava-se sobre a importância de momentos como aquele de compartilhamento de experiências, de exposição das angústias, assim como da criação de propostas com o apoio de outros apoiadores.

Um dos grupos de apoiadores apresentaram ainda o desafio da abordagem regional do apoio institucional. Esses vinham acompanhando os vários grupos de trabalho da região: Rede Cegonha, oficinas PAHI AB regional, oficina de saúde do idoso, participação na câmara técnica de atenção básica da CIR da região, etc., a questão era como trabalhar todas essas informações na região? Como operacionalizar as demandas de apoio trazidas pela região? As oficinas ou a CT eram espaço de trocas de experiências entre os municípios, algo potente, mas um espaço que vinha se esvaziando. Um dos papéis do estado, afirmava o grupo, era o fortalecimento dos municípios em região, mas como trabalhar os processos dos municípios também? Mesmo havendo coletivos regionais, apoio por região, como lidar com o território? Como lidar com a região e as particularidades de cada município? Quem demanda à região: estado ou municípios? O estado oferta os grupos temáticos e as oficinas à câmara técnica de atenção básica na região. A oferta do apoiador aos municípios é muitas vezes de ‘passagem’ das ofertas das áreas técnicas e programas do estado. O grupo de coordenadores de atenção básica dos municípios por sua vez vão para o espaço e se queixam ou reclamam de suas dificuldades e limitações, por exemplo, sobre a falta de médicos, ou sobre a rotatividade das equipes. Essas são questões de enfrentamento importante. Mas como não ficar só nisso? Como a equipe da SES pode contribuir com a capacidade de reflexão do gestor e de suas equipes e operar saídas, possibilidades? Como o estado operacionaliza um planejamento em que possa apoiar o coordenador de atenção básica na confecção desse planejamento junto as equipes de saúde da família?

Em movimento inverso, um caso de acompanhamento de um município que em momento de mudança do secretário de saúde, solicita ajuda ao estado, onde é oferecido então apoio a gestão da atenção básica com a proposta de construção em conjunto de projetos, planejamento municipal de saúde e plano de atenção básica. Este município não trabalhava com o modelo da ESF, tendo mais de 60 unidades básicas de saúde ‘tradicionais’. Cada posto tem um clínico, pediatra e cardiologista em horários diferentes, sem diálogo ou reunião de equipe, funcionando como ambulatório. Com muitos especialistas na cidade, desenvolve-se um projeto-piloto de implantação de Núcleos de Atenção à Saúde da Família de matriciamento com especialistas em dois distritos, com proposta de realização de adscrição de clientela e territorialização com implantação aos poucos de ESF. Essa experiência demandou muito tempo do trabalho da assessoria daquele grupo, em um apoio intensivo e extensivo ao município, mas

tendo-se que realizar ao mesmo tempo o apoio a uma região complexa como a metropolitana, como fazer? Como fazer a parte sem perder o todo, como fazer o todo sem perde a parte?

Quanto ao grupo das áreas técnicas da SES composto pelas áreas de alimentação e nutrição, idoso, saúde mental, práticas integrativas, ‘populações vulneráveis’ (campo e floresta, LGBT, população privada de liberdade), saúde bucal, saúde da mulher, hipertensão e diabetes, a dinâmica de apresentação de casos também foi proposta. Esse também foi um espaço de trocas entre grupos de trabalho e pessoas que não se conheciam, e que passaram a conhecer o trabalho desenvolvido por todos, suas questões e enfrentamentos. Esse grupo contava ainda com a presença dos assessores da Superintendência de Atenção Básica e da humanização. Os debates sempre ricos criavam um clima de acolhimento e parceria, mesmo com tamanha heterogeneidade do grupo. A partir das apresentações dos casos e dos debates sobre os desafios de fazê-lo, inúmeras foram as vezes em que apareceram naturalmente propostas de trabalho em conjunto e de agendas compartilhadas, desejo de estarem e de trabalharem junto. Alguns casos apresentados eram experiências recentes, realizadas nos últimos meses de ida as regiões através de oficinas de trabalho e as questões suscitadas por estas. Outras áreas trouxeram ainda a dureza de enfrentamento com os municípios na construção ou proposição das políticas pelas quais são responsáveis por acompanhar.

Um caso trazido pela área técnica de saúde da população vulnerável de acompanhamento da saúde da população do campo e da floresta do estado (acampados, assentados, quilombos, indígenas, pescadores, etc.). Apontam o histórico de constituição dessa área e do acompanhamento do “Fórum de Voz aos Povos”⁴⁹, ouvindo as demandas diretas pela população por saúde desde 2007, da participação dos movimentos do ‘Território da Cidadania’ em 2009 com a realização de dois seminários na região Norte. Com a criação da Política Nacional de Saúde da População do Campo e da Floresta em 2011, cria-se o GT de Saúde da População do Campo e da Floresta do estado em 2012 com a realização de oficinas sob essa temática nos territórios a começar

⁴⁹ O Fórum Estadual Intersetorial de Voz aos povos está ligado a Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos na Subsecretaria de Defesa e Promoção dos Direitos Humanos. Tem como objetivo promover a visibilidade, valorização e reconhecimento dessas populações, assim como promover a o acesso às políticas públicas.

pela região Norte e Noroeste, ouvindo os gestores e comunidades sobre as dificuldades e possíveis soluções. Além disso são realizadas visitas às comunidades por conta de um projeto de levantamento de plantas medicinais e práticas integrativas junto a essas populações. Em um caso de uma visita a 2 assentamentos de um dado município, o gestor apresentou resistência a visita da área técnica, que assim mesmo resolveu fazê-lo. Ao irem, viram a população sem acesso à saúde, em situação bastante precária, sem saneamento. Entre as questões postas, como lidar com uma situação como essa e com esse gestor? Como colocar em pauta o que não é pauta do gestor? Enquanto o apoio se preocupa com a organização da atenção básica dos municípios, alguns programas e áreas técnicas se voltam para o acompanhamento de doenças específicas ou por políticas de saúde específicas: bucal, mental, idoso. Esse grupo está olhando para essa população, em especial da área rural. Como colocar isso como pauta para os municípios e para o próprio estado? Como o estado se organiza internamente para negociar com mais força e de forma integrada com os municípios? Articulação com o apoio? Como entender a demanda do município? Ainda sobre os espaços abertos junto às comunidades e gestores nas oficinas, como garantir a continuidade frente às demandas que surgem nesses espaços, como responder às demandas que dizem respeito a acesso à saúde e às questões intersetoriais, e como articular a partir disso?

Um caso da área de saúde bucal apresentado foi sobre um município que havia enviado para aprovação um projeto de implantação de um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), e que após a sua abertura passou a não cumprir com as diretrizes de funcionamento desse nível de especialidade, passando a realizar procedimentos básicos nesse lugar. A equipe de saúde bucal repassou o fato ao Ministério da Saúde e o mesmo não cortou o recurso. Seria possível outro percurso além da solicitação do corte do repasse? Entendendo que este também é um instrumento de gestão, como é possível realizar apoio a partir dessa situação? É possível ampliar o coletivo? Visitar o município, ouvir os dentistas que ali estão, como criar um espaço técnico político de trabalho? O apoio enquanto apoio matricial e institucional, não são em si práticas de total horizontalidade, tem relação de poder, como incluir a diferença, o conflito e deslocar os instituídos? Como fazer vínculo com dada região ou território? Como nos relacionamos matricialmente com as áreas técnicas dos municípios?

Ainda sobre o processo de trabalho das áreas técnicas, narram alguns gestores:

“Eu entendo esta, como qualquer outra área técnica, meninas de recado. (...) E o recado que o ministério passa é, você tem que fazer isso (...), a regra é essa, o manual é esse, tem um sistema de informação pra você mostrar o que tá fazendo, tem indicador, e a gente vai acompanhar isso e aquilo, e o que acontecer a culpa é sua. Então, a área técnica ela opera muito dessa forma. E aí os municípios odeiam área técnica, porque a área técnica no município é um produto dessa historinha, é um menino de recado das coisas do ministério que produz uma capacitação, e que a área técnica do estado tem que dar uma capacitação, e que aí tem que aparecer alguém no município para reproduzir aquele troço, e chega alguém do município que vai ter que reproduzir a capacitação no município”. (Gestor Estadual E)

Apesar desse ser o registro do processo de trabalho histórico das áreas técnicas e programas, muitos dos debates a partir dos casos, ao colocar-se de frente com as limitações dos lugares que estão, ao não conseguir por meio da cobrança aos municípios que os mesmos respondam dentro das diretrizes e normas estipuladas por suas políticas, como pensar um outro modo, uma outra forma de fazer e de construir em conjunto? Entre a lógica da relação do corte ou não corte do recurso, das brigas incessantes com os coordenadores das áreas técnicas dos municípios, como que esse trabalho pode ser chamado a compor e construir estradas possíveis nesse caminho, o que pode ser criado, como que pode-se apoiá-los?

É importante dizer ainda que cada área técnica no decorrer desses anos e em composição maior ou menor entre si, entre alguns assessores e apoiadores, e em parceria com outros setores da SES se transversalizaram, alguns mais, outros menos, pra dentro da secretaria, e junto aos municípios e regionais do estado. Muitos constituíram GTs por dentro da SES de modo a articular outros setores como a Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa e da Política de Humanização para debates e ações conjuntas, assim como outras áreas e até outras secretarias, em alguns desses grupos participa ainda representantes de movimentos sociais. Esses foram o caso do Grupo de Trabalho de Saúde da População do Campo e da Floresta, Câmara Técnica de Saúde LGBT, Comitê de Saúde da População Negra, Grupo de trabalho de Saúde da População Privada de Liberdade envolvendo a Secretaria de Segurança, Grupo de Trabalho de Saúde da População de Rua, Grupo de Trabalho de Ações de Combate a Violência.

As oficinas regionais foram ações recentes de muitas dessas áreas como as da Saúde do Idoso, da Saúde da população LGBT e saúde da População do Campo e da Floresta que aconteceram durante todo o ano de 2012 e que deram continuidade no ano seguinte. Então para além dos processos habituais das áreas técnicas de avaliação dos projetos dos municípios e acompanhamento das políticas referente a sua área, criou-se

alguns caminhos possíveis de experimentação e aproximação dos municípios. Ainda são oficinas que levam as temáticas e debates, envolvendo gestores, profissionais e em alguns momentos movimentos sociais, mas têm tentado operar na co-construção do cuidado junto aos municípios.

Ao decorrer dos encontros apesar dos vários questionamentos sobre o momento de gerar o encontro do agrupamento dos apoiadores e do grupo das áreas técnicas, isso acabou não acontecendo no tempo do curso, ficando a cabo da equipe da Superintendência de Atenção Básica a realização desse espaço de encontro. Apesar de que os encontros nunca deixaram de se dar nas interseções e articulações entre essas áreas. O curso produziu encontros e a força destes produziram tantos outros agenciamentos para dentro da secretaria em acontecimentos que escaparam as pretensões do curso ou da gestão de dar conta.

Foi proposto ainda, ao final da formação a construção nos moldes de um Planejamento Estratégico Situacional, diferente ao modo como historicamente são construídos planejamentos na secretaria, um “Plano de Análise e Intervenção do Apoio Institucional e do Apoio Matricial” para debater os limites e desafios postos ao grupos dos apoiadores e áreas técnicas. Foram realizadas para isso três perguntas disparadoras: *Como é minha relação com a minha própria equipe (área técnica e apoiadores)? Como é minha relação com as/os áreas técnicas/ apoiadores? E como é minha relação com as regiões/municípios?*

Por parte do grupo de apoiadores e assessores entre tantas questões afirmavam dificuldades de compreensão quanto a metodologia de trabalho do apoio, a falta de uma agenda que fosse prioritária de trabalho em meio a tantas demandas e maior planejamento. Em relação ao trabalho com as áreas técnicas pelo formato mais fechado de programa, tem-se dificuldade de compartilhar e construir agendas comuns, fora do escopo dos eventos pontuais já ‘pré-programados’. Em relação as regionais, os apoiadores afirmam necessidade de criar câmaras técnicas ou grupos de trabalho de atenção básica, e de realizar apoio institucional que reverbere no trabalho das equipes dos municípios e nas mudanças. Sobre as áreas técnicas as mesmas dizem ter dificuldade de envolver sua própria equipe, e de entender o trabalho possível de ser desenvolvido junto as regiões e municípios fora do escopo por elas trabalhados, sentem dificuldades de ‘aplicação’ das demandas do MS por conta da falta de conhecimento da

ponta. Reconhecem as limitações do trabalho por meio de eventos, mas sentem dificuldade de se firmarem como grupo de trabalho e em parceria com os municípios. Sobre a relação com os apoiadores e assessores sentem dificuldade de integrar as ações e mesmo de entender como seria possível essa composição. (PEREIRA, 2013).

“A gente percebeu que tinha profissionais com uma fala dura em relação aos municípios, muito protocolar em cima de processo, está devendo isso, está devendo aquilo, até o dia tal... De repente começam a ser provocados para olhar esse seu trabalho e esse seu lugar de uma outra forma... E respondem positivo... Isso durante o curso da Unicamp...” (Gestor Estadual E)

“O curso da Unicamp traz uma coesão um pouco maior para o grupo. É claro que pra maneira como que a gente vai para os municípios, com certeza, né. Mas eu acho que o principal é que passa a se formar um grupo, do apoio. Eu acho que antes ficava muito aquela coisa, uns que tão fazendo de um jeito, uns que tão fazendo de um outro... Eu acho que as pessoas puderam se olhar um pouco mais, e trazer a maneira como encaravam o trabalho... Eu acho que muda um pouco o clima, não sei como explicar isso... Eu acho que não foi a partir de uma perspectiva teórica não, foi a partir do encontro mesmo. É claro que não deve ser isso, mas as vezes me dá uma sensação que eles poderiam falar sobre qualquer coisa, porque na verdade o que fez a diferença era a maneira como se dava aquele encontro, que não era uma reunião de equipe para discutir alguma coisa específica. Era pra discutir o trabalho, era pra se colocar a forma como se tá no trabalho e aí que as pessoas puderam falar disso... Eu senti o grupo diferente, não sei explicar muito bem, mas sentia o grupo diferente, acho que teve uma mudança realmente...” (Gestor Estadual F)

...

Foram realizados nesse interim quatro Fóruns de Atenção Básica, combinou-se que esses espaços de trabalho junto aos coordenadores de atenção básica e suas equipes dos municípios e regiões seriam de debate sobre Gestão e a proposta do Apoio. A ideia seria mesmo suscitar o debate sobre as maneiras de democratização dos espaços de gestão e de debater as formas com que têm trabalhado com suas equipes, seus desafios, enfrentamentos e possibilidades. Os fóruns foram então constituídos de espaços pela manhã de mesa e debate, e discussão a tarde nos grupos por regionais ou macrorregionais com abertura para discussão nas plenárias.

As temáticas dos Fóruns foram sobre: ‘A Formação do Apoio Institucional e Matricial na Atenção Básica: Perspectivas em Construção’, ‘Redes e Apoio Institucional’, ‘Gestão e Subjetividade na Atenção Básica’ e ‘Gestão Participativa e Cogestão na Atenção Básica’.

Fez-se sentir a repercussão de cada um dos fóruns nas falas compartilhadas dos municípios nos grupos e plenária. Os fóruns iniciaram-se com debates sobre a proposta

do apoio institucional e matricial no âmbito da atenção básica e sobre o desafio da construção de redes integradas de saúde, apresentando um campo da gestão e coordenação do cuidado a se fazer junto as equipes, nos territórios, municípios e regiões. Durante o processo de discussão dos fóruns a temática do ‘apoio’ parecia para muitos ser algo ‘externo’ ou não fazer parte da realidade de muitos deles, ao mesmo tempo o apontamento de um apoio da SES mais presente na região se apresentava como possibilidade de fortalecimento e construção coletiva das coordenações de atenção básica, frágeis muitas vezes as intempéries políticas – que ficam mais forte ainda em ano em que pesa o processo eleitoral. Esse debate conduziu à proposição de ‘espaços coletivos permanentes regionais’ de discussão da atenção básica. Um espaço coletivo ‘fora’ do município, mas que poderia garantir a continuidade das ações e planos da atenção básica nas regiões, independente das mudanças políticas. Nesse sentido, essa proposta foi apresentada em vários momentos durante os fóruns à Superintendência de Atenção Básica, que vinha já internamente vendo como viabilizar esse espaço regional. Esse é um movimento de aposta num ‘fora-município’ através da região enquanto via, mas com pouca clareza ainda do que poderia significar esse espaço no apoio as mudanças ‘internas’ aos municípios, visto as grandes dificuldades e enfrentamentos frente a fragmentação e fragilidades dessas gestões.

De maneira geral os municípios que estavam sobre as tensões daquele ano eleitoral com perspectivas de mudanças políticas relataram o quanto esse contexto político interferem na sustentabilidade da rede, devido a mudança de governo significar mudança também dos gestores e profissionais da ponta. Seria ainda um desafio a apropriação dos conceitos apresentados e de como colocá-los em prática perante a situação de ‘instabilidade’. Sobre o apoio, a dificuldade de capilarização deste para com as equipes, em alguns lugares sendo o ‘supervisor’ que fica no papel de ‘apoio’ para as equipes, ou então as próprias áreas programáticas. Aponta-se a necessidade da criação de espaços de educação permanente como lugar de apoio seja no âmbito municipal, regional e estadual.

Como proposta apresentam a necessidade de fortalecimento e definição das atribuições da gestão da Atenção Básica nos municípios e na região através da criação de espaços coletivos de gestão, em que possam fazer laços e contratos. Apontam a importância de espaços regionais com a participação do estado para discussão e

fortalecimento da AB. Afirmam ainda o PMAQ como um dispositivo importante para identificar as necessidades dos municípios e das regiões.

Afirmam ser necessário ainda articulação da atenção básica com o hospital, vigilância, saúde bucal, saúde mental e outras áreas técnicas, regulação e especialidades, a exemplo do PAHI, enquanto disparador disso, assim como os debates do próprio funcionamento do sistema de regulação (ex. SISREG). Apontam ainda o desafio de articular rede a partir de espaços que envolvam as equipes e de forma constante compreendendo que os desenhos dessa rede não são fixo. A regionalização seria uma estratégia de fortalecimento das redes, mas apresenta dificuldade de articulação desta na prática (CESAR, 2013).

Em alguns fóruns, como o que abordou o tema das 'Redes de Apoio' os grupos se reuniram por macrorregionais e fizeram algumas proposições:

Serrana e BIG - Valorização dos espaços existentes de diálogo e pactuação (CIR, CIES). A criação de espaços de educação permanente e apoio institucional em âmbito municipal, regional e estadual, e a construção de redes, envolvendo as equipes, coordenações e equipamentos estabelecendo fluxos entre os setores.

Baixada Litorânea e Metropolitana II – Fortalecimento Regional da Atenção Básica, sobre a necessidade de se trabalhar com o apoio institucional nos municípios e de formação de equipes para isso, implantar Fóruns regionais de Atenção Básica com o apoio do estado.

Centro Sul e Médio Paraíba – Como organizar a porta de entrada pela atenção básica, quando são muitas as portas de entrada na rede assistencial, como organizar essa rede pela atenção básica? A proposta de entendimento do fluxo (percurso) do usuário como ponto de partida para construção da rede assistencial. Alguns municípios da região já possuem esse espaço compartilhado entre gestores, coordenadores e profissionais, considerando essa experiência exitosa como uma via.

Norte e Noroeste - Como a gestão pode cotidianamente ampliar o contato entre os serviços na construção das redes? Que espaços podem ser utilizados para essa pactuação e repactuação a respeito da rede? Como garantir a participação do usuário na construção das redes do território? Como trabalhar a conscientização/mudança de

cultura junto as equipes, gestão, profissionais, usuários, e demais atores envolvidos na construção da rede?

Metropolitana I - Como dar legitimidade a Atenção Básica, fortalecer as equipes e o território para articulação de redes? Necessidade de espaços de qualificação, fóruns de interlocução, capacitação dos profissionais. Sobre a importância do papel do apoiador para construção de redes. E a regionalização como elemento importante. (KNOBLOCH, 2013)

É interessante constatar a diferença de falas e proposições entre as regiões, algumas se apresentando de forma mais protagonista e proativa, ofertando dispositivos mais práticos, como de avaliação do fluxo do usuário no município como forma de diagnosticar e colocar em análise o cuidado efetivado e poder debater os fluxos entre as equipes, outras regionais reafirmavam a importância dos espaços colegiados institucionais como a CIES e a CIR, e apontavam a via do apoio institucional e da educação permanente para fortalecer a atenção básica, porém de maneira abstrata e pouco concreta. Outras regionais se inspiravam na experiência ainda do apoio do estado dos fóruns para propô-los em âmbito regional atrelados a espaço colegiado de fortalecimento da atenção básica e da formação do apoio institucional dos municípios; Ainda se encontra no discurso de regiões, mesmo com todo o debate sobre o apoio, a importância da mudança de ‘cultura’ das equipes e da ‘conscientização’ dos profissionais sobre o lugar de coordenação do cuidado pela via da ‘capacitação’ como forma. Essas diferenças marcam diferentes formas de compreensão pelos próprios coordenadores sobre o trabalho a ser desenvolvido para que se fortaleça a atenção básica nas regiões/municípios.

É válido trazer ainda a perspectiva do último fórum com os debates sobre ‘Cogestão e Gestão Compartilhada’ e as propostas de modelos de gestão e atenção na AB, que de alguma forma ‘conectou’ os coordenadores ao colocar em questão a organização interna da gestão municipal, assim como o seu próprio modo de gestão da atenção básica junto as equipes de saúde, seus enfrentamentos, desafios e potencialidades. Ao contrário dos outros fóruns em que os debates criavam expectativa sobre a criação de um espaço colegiado regional sustentado pelo estado, ou seja, um ‘fora’ que pudesse apoiar os municípios dos enfrentamentos de se fazer a gestão em saúde, os debates nesse fórum puderam trazer e colocar em análise o próprio processo

de trabalho no âmbito da gestão municipal. Esse debate ‘os enganchou’ em um processo de problematização e de colocar em questão a governabilidade dos que ali estavam para mudanças no modo de fazer a coordenação das equipes de saúde. Esse foi um fórum ainda que se propôs a misturar os coordenadores de atenção básica das regiões nos grupos, os separando dos espaços regionais acostumados nos outros fóruns, o que enriqueceu as trocas de experiências e deslocamentos.

De maneira geral a fala nesse fórum foi de apontamento de processo de trabalho fragmentado, gestão por vezes centralizada em um único ou poucos profissionais, trabalho de forma ‘tarefeira’ sem tempo ou espaço para integração das equipes, seja dentro da equipe, seja entre elas. Pouca interlocução com os programas, a depender das relações pessoais com quem se está como coordenação, ausência de espaços colegiados, em especial os de encontro com o secretário municipal de saúde, de articulação entre os diferentes níveis de gestão (secretário, coordenação, equipes). Dificuldade de conciliar reuniões de equipe e os horários de atendimento, descontinuidade dos processos iniciados. Ausência ainda de comunicação entre os níveis de atenção. Divisão da gestão em coordenação da ESF e AB tradicional, dicotomização entre esses dois modelos como gerador de dificuldades da gestão da Atenção Básica. Processo de transição de modelo assistencial. Atendimento nas unidades focado em grupos ‘prioritários’. Foco na produção por categoria profissional. Dificuldade de organização do apoio matricial que não contempla ‘todas as especialidades’ e nem cobre todo o território. Divisão da supervisão por especialidade. Problema quanto ao acesso aos recursos financeiros com suporte precário da estrutura municipal. Pouca resolutividade na atenção básica, e não reconhecimento deste nível de atenção pela população (KNOBLOCH, 2013)

Entre as propostas apresentadas a necessidade de discutir nas reuniões não só as tarefas, mas os modelos de saúde que se quer, sua estrutura e os processos de trabalho. Integração dos modelos de Atenção Básica a partir do modelo de gestão e atenção, fortalecendo a Gestão da AB. Criação de comitês de discussão de casos e projetos terapêuticos, encontros que incluam, responsabilizem e compartilhem os problemas. Proposta de reuniões semanais com os profissionais da Saúde da Família e coordenações com criação de objetivos comuns, organização das equipes e do processo de trabalho. Supervisão que supere a lógica ‘burocrática e administrativa’, que exerça função de apoio efetivo. Superação da lógica fragmentada dos programas.

Compartilhamento da gestão reduzindo a verticalização dos processos de trabalho. Aproximação da vigilância epidemiológica com a Atenção Básica. Uso de indicadores para o planejamento das equipes de forma ‘racional’ e participativa. Processos avaliativos como estímulo para as equipes (ex. AMAQ), e produtor de mudanças reais nos processos de trabalho. Discussão sobre acolhimento na AB enquanto dispositivo de cogestão; Acolhimento à demanda espontânea também para os municípios ‘não PAHI’. Avaliação do PMAQ como dispositivo de repercussão positiva, por potencializar maior sistematização dos processos de trabalho e ampliar o compartilhamento entre as equipes e a gestão (exemplo: divisão dos recursos financeiros entre a equipe e recursos para o trabalho) (KNOBLOCH, 2013).

A importância da gestão participativa regionalizada por distritos e regiões de saúde. Quando necessário, reunião com as redes setoriais que extrapolam o setor saúde, trabalhando intersetorialmente. Atividades com a participação da comunidade e outros setores para além da saúde. Necessidade para isso de maior conhecimento e apropriação da história e rotina das comunidades onde as equipes estão inseridas. Criação de conselhos gestores locais com representantes das comunidades. Espaços de Fóruns para fortalecer o modelo ‘contra hegemônico’ da Atenção Básica. Fomentar a utilização de recursos da Educação Permanente via CIES (Comissão de Integração Ensino e Serviço, ligada a CIR - Comissão Intergestora Regional) (KNOBLOCH, 2013).

Na perspectiva desse último fórum foi encerrado o curso de formação junto ao coletivo do Apoio Paideia da Unicamp no final do ano de 2012. Muito era o trabalho a se fazer a partir deste momento, o espaço dos fóruns apresentaram alguns caminhos pela via da região como a instituição de um espaço colegiado ou grupo de trabalho de atenção básica, assim como um tracejo das possibilidades de construção do apoio aos municípios/regiões. Mudanças políticas aconteceriam nos próximos meses apresentando ao grupo dos apoiadores os novos coordenadores de atenção básica dos municípios. Em maio de 2013 é instituído o Grupo de Trabalho de Atenção Básica nas regiões de saúde do estado.

...

Foram ações ainda desenvolvidas durante o ano de 2012 as oficinas regionais do Programa dos Hospitais do Interior (PAHI), componente AB. Foram realizadas oficinas

centralizadas no Rio de Janeiro apresentando o recurso e a proposta do seu edital de estimular os planos de Acolhimento como dispositivo de organização do processo de trabalho das equipes de saúde, e a realização de discussão de casos através das investigações das internações sensíveis a atenção básica. Essas oficinas de forma diferente das outras, tiveram dois momentos, em um primeiro envolveu nas regionais representantes das equipes de saúde, da vigilância e dos hospitais para debater os fluxos das informações das internações sensíveis e a importância da integração com a atenção básica. E em um outro momento as oficinas priorizaram o trabalho direto com as equipes de saúde dos municípios, utilizando ‘casos analisadores’ ou ‘casos traçadores’ da escolha delas para ser debatido o fluxo de atendimento nessas unidades e com a rede, construindo ‘fluxogramas analisadores’. Os debates junto aos profissionais, sempre muito ricos, traziam a expectativa de continuidade desse trabalho de construção, grande parte sentia falta de um espaço de pertencimento, todos sempre muito cheios de demanda, e pouca reflexão sobre o trabalho das equipes e o cuidado produzido. O debate sobre os fluxos a partir do caso pelas equipes apresentaram um diagnóstico mais aprofundado dos ‘nós’ da rede em cada município e região, e a possibilidade de disparar ações e mudanças, apresentou ainda situações graves de desassistência em alguns municípios, assim como a necessidade de atuação em conjunto no campo do apoio. Essa última experiência de oficina pelos ‘casos analisadores’ abria possibilidades de caminho pelos grupos de trabalho de atenção básica. O modo como isso se operaria através destes nas regiões, ainda seria uma descoberta a se fazer por parte dos apoiadores envolvidos.

...

Segue ainda, algumas falas dos gestores estaduais sobre as mudanças percebidas a partir da proposta do trabalho do apoio no âmbito da Atenção Básica da SES:

“Acho que o primeiro momento foi de incompreensão né, era um momento que já tinha essa divisão por região, já tinha esse nome de apoio, mas era tudo muito incipiente. O trabalho era na verdade de resposta as demandas dos municípios. Então era basicamente responder ofício que chegava do município, pedido do ministério, ou de ministério público, essa parte de denúncia, e isso já existia bastante. E isso ficava muito mais evidente, é como se isso fosse uma parte muito maior do trabalho, porque na verdade não existia o resto. Aparecia mais... Acho que agora a gente continua recebendo a mesma quantidade, mas isso se dilui, isso faz parte do trabalho do apoio, inclusive quando a gente responde, já responde falando da perspectiva do apoio, da perspectiva de quem acompanha, e não só de quem foi lá visitar e foi lá ver as unidades.” (Gestor Estadual F)

“E Acho que quando a gente se coloca mais, isso também cria outro tipo de demanda da parte deles (dos municípios). Então isso intensifica, esses momentos no qual eles também nos pedem apoio são também mais intensificados, e tem uma coisa da gente colocar o nosso corpo, da gente se colocar pro trabalho, de querer que haja continuidade, o acompanhamento do projeto de cada município e ir atrás e ligar praquela que não aparece, pra saber o que tá acontecendo e chamar, e chamar para as reuniões, porque isso é uma coisa que não tinha. Até na questão de adesão ao programa, em termos de tudo que tá acontecendo em termos de atenção básica, a gente vai levar pra eles.”

“Eu acho que uma segunda coisa que muda é que a relação inicial era muito assim: ‘Ah, isso a gente não vai conseguir porque o município não quer, porque o município não tá a fim, esse município é uma porcaria’. E hoje a gente tem uma coisa de um estado como um todo eu acho que isso na região fica mais evidente, de quando as coisas não funcionam no município, isso tem a ver com a gente também. Essa é uma perspectiva que eu acho que muda, até então era um estado que olhava muito de fora o que acontecia ou não no município. Então, o que não se dava no município, não podemos fazer nada né. Então eu acho que isso muda né, vamos olhar praquela município que não tá legal, o que que a gente pode fazer junto...” (Gestor Estadual F)

“Acho que a grande diferença não é estar ou não lá, é reunir ou não a região... mas a forma como se encara isso, sair desse lugar duro do estado... Era pra construir junto, pra discutir projeto, mas era sempre (...) uma fala assim: ‘mas a gente vai pra fazer a reunião, mas a gente não sabe direito, a gente vai ficar vendido na frente dos municípios!’ Um certo medo de estar na região e estar junto dos municípios, de que o estado tinha que saber tudo, acho que essa perspectiva dessa construção junto mesmo, está indo aos poucos. É claro que isso tá sempre ali né, mas as vezes a gente consegue escapar um pouco do que é ser estado e o que é ser município, em algumas vezes a gente está ali simplesmente discutindo o processo, e não porque eu tô falando do estado, e o cara do município. Acho que aí a gente consegue fazer um pouco de apoio, mas eu acho que são momentos... E não acho que a gente consegue fazer apoio o tempo inteiro, mas tem momentos que volta muito forte esse lugar do estado, então eu acho que isso se mistura... Mas acho que essa foi a construção que foi se modificando...” (Gestor Estadual F)

Na fala do ‘gestor estadual’ a percepção da mudança sobre a perspectiva do trabalho do apoio, antes sendo mais burocrático de resposta as demandas do ministério público e da saúde em relação a atenção básica dos municípios, agora pela maior proximidade e parceria com os coordenadores e profissionais dos municípios, essas demandas tomam menos importância, diante da perspectiva do trabalho conjunto e do movimento nas regiões. Aumenta-se o grau de compartilhamento de informações sobre as políticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde, os modos de conseguir recursos, assim como a troca de experiências de como cada município está desenvolvendo seus projetos e organizando sua atenção básica. O grupo de apoiadores se tornam referência para os municípios nas regiões, sanando dúvidas, resolvendo problemas sobre os projetos, programas e políticas. Já se fala sobre a busca dos municípios que por vezes estão mais distantes, entrando em contato, compartilhando os acontecimentos, os chamando para participarem do espaço das reuniões e fóruns.

Há a percepção do deslocamento de um lugar passivo do estado perante a ‘autonomia’ municipal, de desaposta em qualquer possibilidade de trabalho e investimento nos municípios, em especial nos tidos como historicamente ‘irresponsáveis’ pela péssima ou inexistente saúde pública. No entanto, esse olhar muda, ao se entender um lugar ativo e de coprodução de saúde do estado com os municípios nas regiões pelas equipes técnicas. A responsabilidade sobre a saúde no município é deste então, mas passa a ser compreendida como sendo do estado também. Isso resulta das experiências de mergulho junto aos municípios e regiões, de contato com os problemas – que não são poucos, e dos movimentos de criação de saídas e possibilidades em conjunto. Muda-se, então, a perspectiva de culpabilização do município, a questão atual é o que pode-se fazer para apoiar e mudar? O que podemos fazer? Já não se receia tanto a ‘inexperiência’ com o campo da gestão municipal, ou o lugar de ‘suposto saber do estado’, os encontros com os municípios, as parcerias e as discussões dos ‘processos’ no coletivo tem desconstruído esses lugares e relações de poder históricas entre estado e município. *“É claro que isso tá sempre ali né, mas as vezes a gente consegue escapar um pouco do que é ser estado e o que é ser município, em algumas vezes a gente está ali simplesmente discutindo o processo”*.

Ainda sobre a experiência inicial dos Grupos de Trabalho de Atenção Básica Regionais:

“E com relação ao GT, poxa, como que a gente nunca pensou nisso antes? (...)Acho que isso só foi possível por causa de uma construção desde 2009, mas tem uma hora que: ‘perai, dá pra gente fazer, tem um jeito da gente fazer, vamos lá!’ Acho que é fundamental a gente poder tá com toda a equipe com essa regulamentaridade, e aí de fato conhecer, poder perceber até melhor do que antes as singularidades da região, dentro da região e dentro de cada município. A gente tá podendo entrar mais na questão política regional mesmo. Vivenciando um cotidiano... a gente não vivencia um cotidiano de equipe, mas a gente tá conseguindo se aproximar um pouco do cotidiano da gestão... Enquanto região...” (Gestor Estadual F)

“Acho que é uma decisão, talvez seja o que é possível trabalhar enquanto região, mas eu acho que um apoio que seria mais efetivo mesmo teria que ser no município... com cada município, estar em cada município todo mês. E aí não dá, vamos pra região, já muito mais do que a gente conseguia fazer antes, mas ainda acho que é difícil, porque as vezes se reúne situações que ainda são muito diferentes, mesmo em municípios que são parecidos, a realidade de cada território sempre vai ser diferente porque são outras pessoas, outras relações... Então acaba que a gente tem que sempre abordar de uma maneira mais geral, porque quando entra pra falar muito: ‘porque o meu problema é esse, esse e esse’, então a gente não consegue atingir. A gente tem que atingir questões da gestão que sejam mais gerais, então eu acho sempre falta um pouco, sempre perde um pouco...” (Gestor Estadual F)

“...mas acho que o papel do estado ali seria nesse momento pra puxar que esse coletivo existisse, mas que ele pudesse ganhar corpo a ponto de não precisar mais da gente. A ideia não é a gente ir para levar coisas, ou para... mas assim, é claro que quando você está construindo num certo vazio ali, de um grupo que não é grupo, que não... Então o nosso trabalho ali é um pouco que formar grupo, é fazer com que aquela região se reconheça como um grupo que tenha cooperação técnica, que possa se reunir e discutir a atenção básica sem precisar do lugar do estado. Acho que a perspectiva seria um pouco essa... Que a gente acompanhasse, mas que algumas reuniões pudessem acontecer sem a gente, é ativador de coletivo mesmo... Mas é difícil de pensar nisso acontecer...” (Gestor Estadual F)

Aponta-se a importância da criação do grupo de trabalho como forma de maior aproximação da realidade da região de saúde, do conhecimento do cotidiano da gestão dos municípios. Se coloca, no entanto, ainda em questão o apoio sobre seu campo de atuação regional e/ou municipal. Reconhece-se que um apoio mais ‘efetivo’ deveria ser realizado no município, para além da região, devido as singularidades das pessoas e relações de cada território. No entanto, mesmo reconhecendo a conquista do espaço de encontro periódico do GT, apontam a dificuldade de sustentar esse trabalho município a município. O que não deixa de colocar em questão mais uma vez, mas agora em outro momento, o objetivo do apoio institucional no âmbito do estado. Corre-se o risco de ao criar os espaços colegiados tão esperados nas regiões, de ‘encarcerar’ ou ‘limitar’ o apoio ao acompanhamento desses agrupamentos. É importante ainda colocar em questão sobre a que serve, ou a que veio esse agrupamento. Para o repasse das informações e capilarizações das políticas de atenção básica? Para trocas de experiências? Sobre o que? Esses grupos são capazes de refletir o processo de trabalho de suas gestões, os enfrentamentos e construção coletiva de propostas de organização da atenção básica nos seus municípios? Sobre que estratégias? Onde se quer chegar com o trabalho do apoio do estado? Fortalecimento e mudança da atenção básica nesses territórios? Quais e para quê? Mudança do modo de produção do cuidado pelas equipes? Como fazer sem que se tenha que mergulhar junto aos municípios e as equipes?

São válidas ainda as reflexões de um gestor estadual sobre o ‘apoio’:

“Tomando tudo isso como apontamento do apoio institucional, e quando falo que isso não é sem consequências, ou seja, o apoio institucional é contra hegemônico, ele terá sempre seu fim..., mas ele sempre ressurgirá. Enfim, ele não é uma forma de governo...” (Gestor Estadual C)

“Uma forma de governo institucional? As forças estabelecidas lhe incomodam, e haverá sempre um momento em que as forças estabelecidas criarão as possibilidades pra que ele sucumba”. (Gestor Estadual C)

“Não interessa se você é do estado, ou de município... a ida ao campo é o campo ‘b’, porque o campo ‘a’ é a própria secretaria... já estamos criando abalos... isso é um trabalho de criar abalos... tem que criar os abalos...” (Gestor Estadual C)

“Como todo processo ele tem seu tempo de efetividade, e de duração... Ele se fragiliza, ele se desconstrói, e como é uma questão de verve... essa direção de trabalho, ele com certeza, na frente, ele renasce de novo... E que morre de novo... Ou seja, ele nunca será uma política de estado... por isso, como você mesmo falou, é lamentável apoiadores institucionais do ministério”. (Gestor Estadual C)

“Acho que a gente não pode tomar o processo do apoio institucional como algo diferente de qualquer outro processo político, porque ele é político, das políticas públicas de saúde... tem seu fim... Esse fim, não é um fim... Mas você mesmo tem dito que se isso cessa em alguns espaços, da continuidade em outros... Sabe essas coisas dos COCUNS?? Que morreu aqui, mas que vai pipocando lá em outro lugar... Se a gente toma apoio institucional como algo instituído ele não é apoio institucional ele é outra coisa... Agora se toma ele como algo instituinte, ele tem momento onde a hegemonia vai e faz um corte. Esse corte, que me veio a imagem do COCUN, esse corte ele não decepa nunca tudo... Sempre algo que pinga desse corte e vai pra frente, que vaza, e que continua instituinte... eu hoje eu vejo...” (Gestor Estadual C)

“Acho que isso faz parte do apoio institucional, você tá sempre se resignificando pra que você possa, decepar a cabeça e sobreviver e nascer uma outra cabeça. Quando eu falei do COCUN, eu pensei nisso. É interessante né, isso é no trabalho como na vida. Do contrário é a gente querer, como dizia Freud, igreja, governo e..., tem um terceiro. Não existe instituição que fica pra sempre... Se o apoio institucional não é pego como instituído ele acaba sendo pra sempre. Ou seja, sabendo que nasceu pra morrer. É que nem bicho humano, nós somos únicos que sabemos que nascemos pra morrer. Vamos dizer assim, o apoio institucional se fortalece aí, ele nasce, se fortalece, se revigora, e aí ‘tchum’, morre”. (Gestor Estadual C)

“Essa é uma questão que levo enquanto estatutário: ‘olha, isso vai continuar, pode cortar agora, mas isso vai continuar daqui a pouco’. Eu sou um estatutário desse SUS. Mas não precisa ser estatutário também não, não é regra”. (Gestor Estadual C)

O ‘apoio’ aqui descrito não é então um lugar, ou uma ‘função’ posta pelo estado, ou pela ‘política governamental’, ele é abertura e ação, é articulação, ele é efeito e contágio, tem implicação e desejo de transformação, apoiando a construção do cuidado pelas equipes, sendo mudança na vida das pessoas – seja gestores, profissionais ou usuários do SUS. De fato, é ativador de coletivos sim, talvez não como finalidade, mas como meio, é movimento instituinte, sem lugar, não está em pessoas ou cargos, ou mesmo governos, é a própria construção e movimento, não tem limite, é infinito. E sim, ao ‘abalar’ as estruturas incomoda, e pode ser cortado, extirpado, mas em efeito “COCUN”, “decepa-se a cabeça e nasce outra no lugar”.

4º PARTE – NA RODA COM OS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: PERSPECTIVAS SOBRE O ESTADO – TRILHAS, ARMADILHAS E DOBRAS

Pegando carona nas ‘caravanas’ para os encontros mensais dos GTs de Atenção de Básica nas regiões, essa quarta parte dessa dissertação, foi resultado da escuta mais de perto dos gestores e coordenadores de saúde da Região Norte e Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Esta é a ponta norte do estado que encontra por um lado com o Espírito Santo e por outro com Minas Gerais, e que faz conhecer dentro do Rio de Janeiro o sotaque misturado dessas regiões meio ‘mineirinho’, meio ‘capixaba’. A escolha destas regiões foi por um lado por conta da distância delas em relação ao resto das outras regionais e da capital, e também por ter sido essas duas regiões mais acompanhadas por mim no trabalho em conjunto com os apoiadores da atenção básica nos últimos anos.

A princípio pensou-se em entrevistar também gestores de outras regiões para uma escuta mais ampliada do estado, mas o tempo da produção do mestrado não permitiu. Então escutaremos reverberações dos ‘ventos nórdicos’ como uma amostra da perspectiva e percepção dos gestores sobre esse lugar do estado enquanto ‘apoio’, suas reverberações e desafios. Um dado curioso ainda, por serem estas regiões as mais distantes do estado⁵⁰ e por serem fronteiriças a outros estados, elas vivem as influências dessas fronteiras. A região Noroeste em especial, pela distância, sem a presença concreta do estado do Rio de Janeiro, em algumas de nossas viagens, nos surpreendeu ao encontrar placas nas Secretarias Municipais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, o que conta um pouco da história dessas regiões.

Essa é uma grande macrorregião do estado, pegando 34% da área territorial do estado, região essa rural. A região Norte Fluminense tem 8 municípios, teve seu desenvolvimento baseada na indústria açucareira e de álcool que, embora atravessasse grave crise, ainda se constitui em importante suporte da economia regional. Em consequência disso, verifica-se um processo de redução da população mantida pela agricultura e pela lavoura de subsistência, fazendo crescer o setor informal e a migração. Nos últimos anos a atividade de produção de petróleo e gás natural na Baía de

⁵⁰ Para ir para a Região Noroeste precisamos entrar e sair de Minas Gerais, podendo-se levar até 7hs de viagem até o município de Varre-e-Sai, última cidade do mapa do estado do Rio.

Campos tem se destacado, tendo como base de apoio o município de Macaé que vive um processo acelerado de crescimento da malha urbana. Já a região Noroeste, com 14 municípios, apresenta baixo grau de urbanização – não chegando a 2% da área total dos municípios. Possui economia de base primária e uma agroindústria incipiente, vem apresentando esvaziamento econômico causado por limitação no processo de comercialização da sua produção, pela má utilização das suas terras e pela pecuária extensiva que são responsáveis pelo êxodo rural, provocando diminuição dos efetivos populacionais destas áreas. Os municípios dessa região estão localizados às maiores distâncias da capital do Estado, tornando praticamente inviáveis as chamadas ‘migrações pendulares’ (casa/trabalho/escola/casa) e dificultando também os contatos com o nível central de Atenção à Saúde (SESDEC, 2009).

As entrevistas realizadas após os encontros mensais dos GTs deu preferência a escolha por coordenadores de atenção básica, entre outras coordenações, – gestores e ex-gestores municipais mais antigos nessas regiões que pudessem relatar, sob seus pontos de vistas, a relação histórica de suas regiões e destas com a gestão estadual, trazendo momentos diferentes desta e sua percepção política sobre o processo vivido nos últimos anos. Foram entrevistadas sete pessoas destas duas regiões, um coordenador de atenção básica e um subsecretário de saúde região Norte e dois coordenadores de atenção básica, uma coordenadora da área de planejamento, controle e avaliação, um subsecretário de saúde e um ex-gestor municipal da região Noroeste.

Apesar dos cargos ocupados, cada um dos entrevistados tinham históricos e percepções de lugares diferentes do campo da gestão, podendo-se separar o grupo em dois: de subsecretários e coordenadores de atenção básica que falam do lugar de ex-secretários municipais de saúde, então contam o histórico da constituição de sua região e das relações com a secretaria estadual de saúde ao decorrer dos anos e suas percepções sobre essa relação e suas mudanças. O outro agrupamento, no entanto, debate a partir do lugar do campo técnico da gestão, de coordenadores de programas e/ou atenção básica dessa relação com a SES e suas áreas técnicas. Essas duas perspectivas apresentam pontos de vista diferentes sobre o histórico da saúde na região, uns trazendo mais fortemente o percurso da regionalização e a relação até então mais pontual com o estado até o processo de abertura dos colegiados gestores conduzida pela gestão estadual e as

mudanças de relação percebidas, e outros sobre a relação à princípio de distanciamento e depois de proximidade com as áreas técnicas da SES e seus efeitos.

É interessante perceber, que ambos os grupos irão se encontrar mais a frente nos espaços colegiados enquanto grupos técnicos nos debates dos projetos de atenção básica para a região, apresentando as potencialidades e limites desse espaço colegiado.

Entre eles, o apontamento sobre a não participação dos secretários municipais de saúde nos espaços colegiados constituídos, e por isso o pouco suporte político para implementação dos projetos pactuados. Em especial, a fala guardada para o final, da análise de um ex-gestor dessas regiões que afastado do campo da saúde, retorna 4 anos depois e se depara com as mudanças instauradas nos últimos anos na região, após a regionalização com a criação do CGR e da construção do apoio pela SAB, sua perspectiva e crítica, que nesse sentido fez abrir janelas e outras compreensões sobre essa gestão estadual, suas apostas e contradições.

As entrevistas foram organizadas ainda por eixos a partir dos debates e discussões apresentados pelos gestores municipais quando perguntados sobre suas percepções sobre a relação com o estado nesses últimos anos de gestão.

- Sobre a história dessas regiões de saúde, a junção dos municípios e o trabalho em Consórcio. A relação com a SES e o processo de Regionalização iniciado na Gestão Cantarino. A questão dos royalties como um dos acontecimentos para o enfraquecimento do funcionamento cooperado entre os municípios da região Norte.

“Bem antes de 80 sou funcionário de Campos, em 88 começou o SUS, mas participo como gestor mesmo desde 2000 como coordenador de odontologia e depois como secretário. (...) Nós enquanto região fizemos um consórcio em 2000, ou um pouquinho antes, pra poder ter participação. Quando a gente se reunia pra conversar, nós não tínhamos participação nem do estado nem do ministério. Então, nós ficávamos sozinhos discutindo, nós combinávamos a pauta e fazíamos a reunião.” (Gestor Municipal A)

“Antes da gestão de Sérgio Cabral, eles inventaram o Estado da Saúde, que era um recurso que ia gastar naquele momento, qual era a necessidade cada um, da atenção básica e da média complexidade”. (Gestor Municipal A)

“Discutiu-se PDR na região, discutiu-se PPI na região... E isso foi legal, no momento todos participaram dos municípios. A ‘emenda parlamentar’ não fica na cabeça do político por conta própria, então ele teria que consultar o plano de investimento onde ele via que naquela região precisava disso... Depois fizemos em Macaé o plano regional de saúde. O que que a região pensou... o Estado também

teve aqui presente há uns 6 anos atrás, também o Estado participou com a gente”. (Gestor Municipal A)

“Em 2000 nós já tínhamos o consórcio. Na época nós montamos a UTI Neonatal dos Plantadores de Cana, fomos nós que montamos. Nós compramos aparelho de mamografia e colocamos em Conceição de Macabu. Foi um movimento forte dos secretários, no ano 2000 até mais ou menos 2008. Depois, enfraqueceu... Num primeiro momento tinha eleição de quem seria o presidente do consórcio, e era o prefeito e depois era o secretário que continuava uma vez por mês essas reuniões”. (Gestor Municipal A)

“Depois entrou o royalty pra região nossa. Foi uma coisa que dividiu. O royalty tem 20 anos, mas num primeiro momento tinha pouco recurso. De 10 anos pra cá é que começou... Eu brincava muito e dizia que ia pros santos. Mas São João da Barra a partir de 2008 começou a receber muito mais recurso do royalty. Aí também abandonou a luta nossa junto, porque ele podia comprar o serviço. Aí começou a dividir, então a região ficou com esse royalty, Campos por conta própria, como faz: ‘Ah, o médico não quer trabalhar? Então, paga duas vezes mais, paga não sei quanto, paga não sei quanto mais!’ Então ele começou a dar solução por si, Macaé, Quissamã também, e aí enfraqueceu o consórcio. Antes quando tava todo mundo juntinho... Por isso eles perguntaram outro dia, qual a dificuldade: a dificuldade é recurso pra trabalhar em 8 municípios... 5 ricos e 3 pobres, então o de cá não acompanha... Fica um discurso, mas, na prática, fica difícil pros outros. Você paga mais, e o pequeno...? Pensou-se num valor médio de salário pra uma categoria... Mas se o outro precisa mais, ele paga mais.” (Gestor Municipal A)

- Sobre a relação com a SES, a criação da instância colegiada na região (CGR) e a falta de retaguarda nos debates técnicos políticos pela SES nas regionais. O esvaziamento da participação dos secretários de saúde nesse espaço e a dificuldade de efetivação dos planos de saúde nos municípios e na região.

“A gente estava pedindo alguém do estado, mesmo sendo alguém aqui da região que estava representando o Estado, mas era o intermediário pra convidar algumas pessoas e pra responder algumas questões da gente... Então foi isso que a gente estava sentindo, entendeu? Mas o grande problema que eu acho é a união nossa que ainda não é, não tira proveito disso. As redes temáticas nossas, demoram muito a sair, não temos nada da rede de urgência e emergência, nada da rede cegonha...(...) É que pelo grupo somente, eu acho que não acontece. Há dificuldade técnica”. (Gestor Municipal A)

“Mas o Estado, eu tô satisfeito porque tá dando muita informação a gente, o problema é a gente levar a equipe... (...) a gente vai lá pra CIR, e eu nem quero ir mais pra CIR, porque entende-se que a gente vai lá e participa, o secretário pede porque a gente tem mais noção das coisas, do geral, da saúde, a gente já foi secretário, e quando a gente volta pro município fica com a tarefa pra gente. A gente repassa pros setores, mas fica pra gente a tarefa. Então a gente não entra, porque não vai dar pra você fazer tudo. Então é isso que o gestor tem que ir lá e entender. Então a gente vai lá e tem que convencer o gestor..., se for secretário novo então é uma desgraça, porque não conhece a área, como eu tô lá sofrendo... E eu tenho que convencer o prefeito sobre o que é atenção básica, é complicado, entendeu? Então, quando o estado chega e diz que tem que ser assim, é diferente. Essa semana desabafei lá, porque nós estamos investindo muito em urgência e emergência. Sendo que na emergência são 6 médicos agora. Abriu mais outro 24hs, foi abrindo... quer dizer, está indo na contramão do que nós estamos aqui trabalhando”. (Gestor Municipal A)

Após a criação dos CGRs, mesmo com os diagnósticos das redes de atenção em cada região e o apontamento sobre a necessidade do desenvolvimento dos planos regionais, pouco se caminhou, os espaços colegiados ficaram esvaziados da presença dos secretários municipais de saúde, sendo ocupados pelas representações técnicas, que acabam tendo pouco poder, ou nenhum, de contratualização e deliberação. Ao mesmo tempo, esses agrupamentos solicitam o suporte do Estado no que se refere a construção, por exemplo, das redes temáticas nas regionais, atualmente com coordenações ligadas a SAS, não sendo a proposta do ‘apoio’ o modo de construção de todos os setores da SES.

- Ainda sobre o histórico da participação do estado junto aos municípios frente a estruturação da saúde – o reconhecimento do espaço de conquista da equipe técnica da Saúde Mental no Rio de Janeiro:

“A saúde mental foi um avanço, o estado participou muito nos municípios, essas intenações... o estado teve muito mérito, por conta dos fóruns de saúde mental e também da exigência de que não pode internar! As portarias, não pode! Isso que eu questiono, o gestor tem que ser mais cobrado. Porque se só for deixar as decisões pra ele. A Saúde Mental foi um avanço no estado em relação ao que era a uns anos atrás. Hoje não pode, não pode, não pode. As pessoas tiveram que abrir suas redes de saúde mental”. (Gestor Municipal de Saúde A)

- Sobre a Relação com o Estado e a proposta de trabalho da Vigilância em Saúde pelos ‘Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde’ (NDVS) de acompanhamento dos municípios e regiões – da proximidade com as Ações Programáticas e depois com a Atenção Básica:

“Na época era complicado porque o Estado também ficava mais longe da gente. A gente ia as reuniões, participava, mas era mais longe. A gente sempre questionava a participação aqui com a gente, então quando saiu o núcleo descentralizado de vigilância em saúde, nós achávamos que também seria alguma coisa que ia ajudar a gente a fazer a gestão”.⁵¹ (Gestor municipal A)

⁵¹ Os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS) foram instituídos pela Resolução SES nº 2.736 de 31 de março de 2005, que lhes atribuiu competências técnicas de: Estruturação Regional da Vigilância da Saúde – promover ações de estruturação dos sistemas municipais de vigilância em saúde; Programação de Ações Prioritárias em Vigilância da Saúde (PAP/VS) – Participação e supervisão das pactuações da PPI/VS; Análise da situação de saúde – Avaliar os planos e programações de Vigilância da Saúde Municipal; Comunicação e Informação em Saúde – Produzir relatórios trimestrais sobre a situação de saúde da região e municípios; e Educação em Saúde – Participar dos processos de capacitação desenvolvidos pelo nível central da SES. Esta foi uma proposta de organização da Vigilância em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, ligada a proposta do VIGISUS (1999). Os NDVS estão então presentes nas

“Mas teve um impacto de repercussão de medo, porque o pessoal não entendia o que era o NDVS. Que era só cobrança... O NDVS fazia fiscalização pra ver se atingiu metas ou aquele objetivo, não com a ideia de ser parceiro”. (Gestor municipal B)

“Eu quando entrei não tinha relação praticamente nenhuma. Tinha lá, o estado, e a gente no município sozinho sem ter muito respaldo, conversa, era mais normativo e sem ter conversa. E hoje a gente vê que vem acontecendo essa conversa e essa aproximação é importante pra gente estar resolvendo nossos anseios e dificuldades, desafios. E acho que o caminho é esse, de não deixar a gente sozinho. Nós técnicos, a gente quer o melhor”. (Gestor municipal C)

“A parte da vigilância no passado na nossa região sempre foi mais intensa, mais participativa. Acho que por conta dos agravos, da meningite... Por conta de umas coisas assim que tá lá... as enchentes que aconteceram, as epidemias... então eles veem..., sempre vieram...” (Gestor Municipal C)

“Hoje eu percebo o inverso... Que a vigilância se afastou, e que a atenção básica apareceu como um ator principal. E a vigilância tá coadjuvante, completamente coadjuvante”. (Gestor Municipal D)

“Criou um núcleo aqui. Mas nunca foi atuante. Ainda mais depois da CIR perdeu o espaço. Existe lá ‘pró-forme’. Não criou o elo”. (Gestor Municipal F)

“Mas no começo a gente se envolvia mais pelos programas da vigilância, ou seja, quando houve o grande ‘bum’ da DST/AIDS é quando teve a aproximação maior do estado com os municípios. Isso foi logo no início do grande ‘bum’ no início da Aids. Então, aproveitando-se o gancho da Aids pra ver as DSTs. Juntou-se também a dengue. Então, acho que por conta disso que foi observado que não haveria possibilidade de trabalhar na vigilância se não se trabalhasse na atenção básica. Algumas ações da vigilância estavam diretamente ligadas a da atenção básica, e acho que foi aí que começou a haver essa aproximação...” (Gestor Municipal D)

É interessante observar o quanto das estratégias de modelo gestão e atenção propostas pelo Estado reverberaram na vida dos gestores e profissionais de saúde e no modo de produção de saúde nos municípios. O foco maior dado a Vigilância por esse estado no passado através dos núcleos refletiram ações nestes municípios voltados para a Vigilância e as Ações Programáticas. As relações do estado, mesmo com uma primeira presença nas regionais, ainda eram verticais e fiscalizadoras.

regiões Noroeste, Norte, Serrana, Centro Sul, Médio Paraíba, Baixada Litorânea, Metropolitana I-A, Metropolitana I-B e Metropolitana II, e ficam subordinados tecnicamente à Unidade de Apoio Técnico (UAT) e administrativamente ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), pertencente a Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES (ABREU, 2008).

- Haverá ainda por partes dos gestores municipais a compreensão de um deslocamento do foco das ações centradas na Vigilância para as ações voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica. A visão destes ainda sobre o PSF enquanto equipamento que ‘abre’ o campo da Atenção Básica nos seus municípios. E o entendimento atual do campo da Atenção Básica ‘para além da ESF’, assim como seus desafios:

“Eu acho que o próprio PSF fez perceber a necessidade maior da atenção básica... quando se falava em atenção básica pensava-se só no PSF, hoje não, quando você fala em atenção básica você já generaliza, horizontaliza logo o negócio. Mas antes a atenção básica era o PSF. Hoje não, já se vê que a atenção básica é isso tudo...” (Gestor Municipal D)

“Em relação a atenção básica, essa aproximação maior, acho que ela aconteceu quando veio esses projetos, esses planos, fora recurso fundo a fundo. Quando veio todos e algum recurso estadual, aí eu acho que isso acabou tendo que vir, tendo que conversar para as coisas acontecerem. (Gestor Municipal C)

“Teve um momento que não sei se você pegou que foi logo quando foram montar a estratégia de saúde da família, na verdade o programa... Tinha uma coordenadora da atenção básica, na época não era atenção básica, era de PSF, acho que era ‘Juracy’, naquele momento de PSF ainda era muito bom, que ela queria muito que o PSF funcionasse... E foi muito envolvente tudo, mas aí depois já foi pra atenção básica... E aí ampliou tudo pra atenção básica, claro, não faz sentido ficar separado né? Mas aí também é muita coisa, atenção básica é muito ampla...” (Gestor Municipal E)

A percepção por parte dos gestores sobre a passagem da ação da Vigilância e dos Programas para a Atenção Básica quando se propõe pelo governo o incentivo e estímulo a ampliação da cobertura do PSF, estimulada na época por uma Coordenação de PSF da SES. Anos mais tarde o fortalecimento da Atenção Básica é enfatizada pela soma dos recursos do cofinanciamento e a proposta do Apoio pelo estado. Mais recente pelos recursos a mais dos programas e políticas oferecidos pelo MS.

- Sobre a limitação do modelo de saúde. O desafio de fazer na prática o campo teórico da atenção básica enquanto ‘coordenação do cuidado’, de acompanhamento da vida das pessoas, articuladora da rede, vigilância e trabalho no território. A dificuldade de se trabalhar com equipes tão pequenas, sobrecarregadas e que precisam dar conta de tanta coisa. A dificuldade dos gestores de conseguirem envolver suas equipes com o trabalho – o desestímulo, descomprometimento destas. Os limites apresentados pela gestão de reversão dos modelos instituídos.

“Eu sempre defendo minha fala que ampliasse a todo momento os cargos, os encargos, de que você tem que fazer isso, tem que fazer mais aquilo, fazer isso de

uma forma, de outra forma, e você continua com uma equipe em forma de PSF, uma equipe muito pequena pra dar conta disso tudo..., e acaba cada vez mais se perdendo...” (Gestor Municipal B)

“Até brinquei, a atenção básica é de alta complexidade, porque tem tanta coisa que a atenção básica tem que fazer, tem que dar conta, e as pessoas que estão na ponta não entendem, ou não querem entender. A gente motivar esse pessoal, é complicado”. (Gestor Municipal B)

“Hoje a dificuldade da atenção básica que eu vejo é gestão dessas pessoas de coordenação. De comprometimento. A atenção básica chega e fala assim: ‘Ah! Mande lá pro CACOM, tô livre do cara!’ Da impressão que é isso. Mas na atenção básica você vai ficar com o cara a vida toda... (...)As pessoas não têm essa ideia, acham que a atenção básica é o comum, só passar exame, pedir o médico pra trocar a receita, pra pedir o exame. Algumas pessoas que querem passar pelo sistema pra conseguir tais exames, tais recursos de cirurgia, as pessoas não entendem que tem a logística, o ciclo, e tem que ter o gerenciamento da coisa”. (Gestor Municipal B)

“Você vê a dificuldade minha com a equipe ali. Não é financeiro, não é nada, eu tenho até serviço envolta da equipe... Você vê que a própria equipe não tá entendendo o que é tarefa delas... Então quando vê aquele instrumento do PMAQ, AMAQ, eu vi que, olha, vocês estão aqui falhando, e nós aqui também. Vamos juntos? Mas é difícil até pra reunir equipe.” (Gestor Municipal A)

- Sobre a maior aproximação da Atenção Básica do estado pela via do Apoio e da criação do espaço do GT:

“Eu saí em 2008 até por questões políticas e retornei em 2011... Eu senti uma diferença, eu pensei: ‘Gente, dois anos..., dois anos e o negócio sabe?!’ Porque tinha o CGR, eu ainda peguei o restinho do CGR, e eu fiz assim: ‘O que que é isso?’ Porque eu não vi a criação disso, eu não vi isso se fazendo... aí quando eu voltei: ‘Gente, mas hoje tem um apoio enorme!’. Porque a gente não tinha..., não tinha mesmo... era uma coisa muito pontual, eram reuniões que aconteciam, mas assim... Mas quando você precisava...” (Gestor Municipal E)

“Então quando você vê que ali é um canal com o estado. Acho que a mudança maior ainda depois, com a aproximação também da atenção básica, e também com o estado e com a secretaria em geral, com os CGRs. Antes era uma coisa muito programática e muito pontual, o coordenador era visto quando tinha que fazer uma campanha, quando ele tinha um programa de saúde pra realizar e ponto”. (Gestor Municipal E)

“Hoje não, hoje os municípios, através dos seus técnicos participam da construção de saúde. Eles falam assim(...), tem mudança, empoderamento, você não via isso, você via aquela receita de bolo e que você tinha que fazer aquilo ali. Não dava certo, não acontecia. Então os técnicos dos municípios debatem, participam, eles formulam as suas políticas de saúde.”. (Gestor Municipal D)

“Eles formulam não... Eles têm que cumprir o que o ministério determina... Não adianta, essa questão que você tá falando ainda tá muito longe, porque são questões impostas pela troca do recurso, porque são normativas. A diferença é que agora a gente participa do entendimento disso, e que antes não”. (Gestor Municipal C)

“Quando falo que a gente ‘formula’ é que a gente tem o poder de debater, a gente entende e pode dizer: ‘isso hoje é inviável pra região’. A gente tem hoje isso de certa forma. Tudo bem que tem esses programas e projetos do ministério, mas você pode dizer eu não tenho hoje condições... Aí um município quando vê que eu falo, aí pode dizer, pô, eu também não tenho. Aí se fortalece mais”. (Gestor Municipal D)

“Só o fato da gente conseguir esse espaço tão importante do GT, da gente não ser punido pelo que a gente fala, porque antes poderia ser punido, e hoje o colega entende a ânsia, entendeu? Meu desabafo hoje aqui, pô, se fosse num outro tempo, amanhã eu estava na rua. É um desabafo que eu quero o melhor, se o estado chegar e se o ministério chegar, eu sei que a gente pode melhorar”. (Gestor Municipal C)

A sensação pelos coordenadores de que há a abertura de espaço de compartilhamento não só das políticas de saúde, mas dos anseios e angústias da gestão da atenção básica dos municípios e de como operacionalizá-las, podendo contar com o suporte do grupos, do apoio do estado e do ministério da saúde para a reversão dos problemas enfrentados.

- No entanto, afirmam também a dificuldade de estarem nos espaços colegiados podendo estar pensando as políticas no município e na região, quando todos estão assoberbados envolvidos com a escrita dos projetos para conseguir recursos das novas políticas e programas propostos pelo Ministério da Saúde, assim como sua implementação. O que não é diferente das propostas realizadas pela SES de projetos como do PAHI para o recebimento de recursos. Dificuldade, não à toa, não só de responder, como de ter tempo para refletir e avaliar as ações como um todo no campo da saúde no município/região.

“Eu acho também que não estamos muito num momento propício pra gente avaliar muita coisa, porque tá chegando muita novidade, tá muito assim, então a gente pode até fazer uma avaliação equivocada, a gente não tem tempo de nada, porque o ministério tá distribuindo, jogando um monte de coisa, e a gente não quer perder também, porque a gente sabe que a gente precisa, só que tá tudo assim meio que nas ‘coxas’, porque tem que fazer assim, igual o ano passado, a gente aderiu ao PMAQ, aderiu com um, aderiu com 2, mas tudo meio que assim, ‘vamos fazer porque se não a gente vai perder também’”. (Gestor Municipal E)

“Quanto tempo o ministério sem ajudar nada? E o estado tb... E aí depois começa, e aí vem o PAHI também... e aí a gente pensa, ‘não, eu quero esse dinheirinho’, mas a gente tem tanto de contrapartida pra fazer, pra pensar, pra sentar, pra discutir, então assim... eu acho que a gente tá num momento muito difícil de avaliar porque a gente não tem tempo pra poder querer mais da CIR hoje... Porque a gente pouco dá conta de atender a todos esses GTs e a tudo...” (Gestor Municipal E)

- Quando perguntados sobre o impacto do trabalho do Apoio da Atenção Básica da SES no cotidiano deles:

“Você não percebe uma melhora generalizada no município por conta de que o gestor ainda está muito afastado dessa questão da atenção básica, e a vezes o gestor ainda tem muito cunho político no lugar onde ele está, e até desconhecimento e despreparo dele, ele não tem esse olhar, as vezes ele não sabe nem o que é atenção básica, pra ele atenção básica é mais uma sigla como PSF, como PAB, então ele olha ‘ah tá, atenção básica’, mas não sabe especificamente o que é, falta ainda a atenção básica chegar ainda no terreno da gestão mesmo dos municípios. Fala assim, ‘olha, seus técnicos tão trabalhando, tão formulando, mas eles não vão conseguir se vocês não abraçarem a causa com eles.’” (Gestor Municipal C)

Afirmam com isso ainda o desafio da participação e envolvimento dos secretários de saúde com as propostas da saúde, em especial no campo da atenção básica para os municípios.

- Segue-se ainda fala analítica da relação das regiões e destas com o Estado pelo ‘Gestor Municipal G’:

“Fui gestor de 2000 até 2008. E nesses últimos 4 anos eu fiquei um pouco afastado porque eu fui subprefeito, então não acompanhei a saúde mais pari passo. Então eu senti que nesses últimos quatro anos houve uma mudança muito grande em relação a esse período anterior todo, na metodologia, na forma de relacionamento, até tô assim, meio que me reambientando, e eu fui convidado pra essa função, por conta da minha função anterior. Da minha relação com o COSEMS, da minha relação com os municípios e tal”.

“Então, o que eu tô sentindo de uma forma muito forte, meio o que caracteriza essa mudança de forma mais clara é que essa descentralização que a gente sempre reivindicou, ela de certa forma aproximou por um lado, porque a secretaria institucionalmente está muito mais presente nos municípios através dos técnicos, das diversas áreas, mas, por outro lado, houve um... talvez eu não consiga te esclarecer, porque eu também tô tentando entender ainda, mas é uma percepção só. É que houve um esvaziamento das regiões na relação com a secretaria no âmbito central, mas como instituição de gestão estadual. Você tem os técnicos muito presentes, tem grupos de atenção, a estrutura melhorou, a CIR... A gente não tinha nenhuma estrutura, a gente reunia os secretários dos municípios e a organicidade era dada pelo consórcio”.

“O consórcio foi muito esvaziado também, e eu acho que esse esvaziamento até na relação interna entre os municípios se deu porque esse espaço foi de alguma maneira ocupado por essa forma de institucionalidade, em que ela não tem favorecido, ou estimulado a relação mais interna da própria gestão. Falo isso na perspectiva de secretário mesmo. Talvez se você conversar com o técnico, você vai ter outra percepção, porque pro técnico nunca teve esse espaço dessa relação com o estado. Porque com as áreas técnicas era muito distante, era raríssimo você receber uma visita, você pedia pelo amor de Deus pra alguém vir pro município pra fazer alguma supervisão ou dar alguma orientação, e era muito rara, era muito distante, mas como não tinha com os técnicos, com as áreas técnicas, a relação era direta com o nível central. Então você tinha uma relação direta com o secretário principalmente na época do Gilson. Era muito presente o Gilson, o subsecretário que era o Wilson de Maio, eles estavam sempre muito próximo dos municípios”.

“Tô tentando resgatar como apoiador do COSEMS essa coisa tanto na região Norte como na região Noroeste, e já começamos a ter alguns frutos desse momento, que é um momento dos municípios. Porque o processo foi organizado de uma forma que esvaziou a discussão política na região, da política de saúde, né? Por que?”

Você tem a câmara técnica, ela discute a pauta, os técnicos se reúnem, fazem todo o debate, e vai prontinho pros secretários, eles não têm momento nenhum de se encontrar”.

“Tem hoje um fenômeno da rotatividade muito grande, eu fui secretário 8 anos, a quantidade de pessoas da minha época que foi secretário 4 anos, 8 anos, 12 anos... Hoje isso é raridade! Né? Eu estava contando ali informalmente, tem secretário com 6 meses se sentindo veterano, porque todo dia muda, toda reunião que a gente faz tem uma cara nova”.

“Acho que tem várias questões, primeiro tem a questão do risco jurídico mesmo, né? O risco de ter os patrimônios bloqueados, porque as infraestruturas das secretarias ainda não são o ideal, mas os órgãos de fiscalização e controle evoluíram numa rapidez monstruosa. Então hoje, a judicialização, a questão não só dos medicamentos, mas de outros procedimentos, cada dia mais..., a incorporação tecnológica, toda essa mudança..., o aprofundamento da especialização, isso gera milhões de métodos diagnósticos. Então a judicialização é uma realidade cada dia maior. E as pessoas não tem instrumento nem de conhecimento pra enfrentamento dessas situações, e nem muito menos de infraestrutura, de pessoal, de técnicos que possam dar um suporte no sentido de organizar as secretarias. Então a gente tá falando de judicialização de medicamento... Já a algum tempo, desde a época em que eu era secretário municipal, começava a ganhar corpo, mas já era importante, e até hoje as secretarias não têm um corpo jurídico ainda próprio, a maioria delas. Quer dizer, como que você enfrenta isso? Isso é uma questão. A outra eu acho que é porque como tá cada dia mais difícil de encontrar técnicos, bons técnicos para ser secretários, as pessoas que entram, entram meio desavisadas, quando percebem onde entraram, caem fora. Outra coisa que também pode ser, é que qualquer reclamação maior sobre a saúde, muda o secretário, que é mais fácil, porque dá uma sensação de que tá mudando, tá tentando buscar uma saída. Mas a realidade é essa. O movimento dos secretários está um pouco esvaziado por essa rotatividade muito grande. E por conta dessa perda desse convívio na região. Isso pra mim que cheguei depois do período de 4 anos fora, ficou muito claro. Então, tô batendo muito pra resgatar esse espaço”.

“Mas hoje, nessa discussão do resgate dos fóruns dos secretários da norte, nossa primeira reunião, a grande conclusão que os municípios chegaram é que o consórcio precisa ser revitalizado. Porque ele foi perdido, e os problemas regionais não foram resolvidos. Alguns municípios isoladamente resolveram seus problemas, mas acabaram não resolvendo, porque eles não dão conta das demandas dos outros, estão próximo, então acabam sofrendo essa demanda. E não tem condição de resolver, então o consórcio, tá sendo... Na reunião nossa anterior foi tirado a decisão de criar um grupo de trabalho das secretarias constituindo por um técnico de cada secretaria com o objetivo de estudar a situação atual e apontar as alternativas para a revitalização do consórcio, seja criar um outro consórcio, seja retomar o consórcio anterior, e mudar ou se adequar a legislação e tal. Aqui na Noroeste o consórcio teve um papel muito claro que foi, talvez como os outros também, mas aqui eu acompanhei mais de perto né, que foi de facilitar o acesso à média complexidade. E hoje, já há algum tempo, a média complexidade, que o consórcio oferecia, ela foi conseguida por outros meios. Não tinha acesso a um eletrocardiograma, a uma ultrassonografia, um raio-x de melhor padrão, enfim, não tinha nada. Então o consórcio surgiu com esse objetivo, mas os municípios começaram a conseguir isso de outras maneiras. E foi perdendo um pouco a razão de ser, e não se reinventou, ele ficou sem saber o que fazer, e aqui na região andou pra trás. A gente tinha 14 municípios da região mais três de outras regiões, até do espírito santo tinha um município que fazia parte, hoje tá tentando retomar, tentando entender também que precisa revitalizar”.

“Acho que o objetivo das reuniões dos secretários é essa, é buscar solução regional pro que pode ser regionalizado, e fazer uma discussão mais qualificada com a secretaria. Quer dizer, onde que nós precisamos do apoio da secretaria, de

que que é necessário que nós não damos conta sozinho. (...) Então eu acho que se a secretaria entende isso, ela pode ajudar a fomentar isso, porque não tem objetivo nenhum de confrontar com a secretaria, muito pelo contrário”.

“Talvez por esses outros fatores que a gente tenha conversado também, mas eu sinto o próprio COSEMS um pouco mais esvaziado do que foi no passado, entendeu? Obviamente se essas discussões estão enfraquecidas nas regiões, muito maior reflexo vai ter no nível central. Então eu também sinto isso, voltando pro COSEMS agora numa outra realidade, num outro momento. Eu sinto também isso... O COSEMS tá bem mais estruturado, tem mais equipe, tem mais suporte técnico, mas tem menos adesão, né? Estamos vivendo um momento mais morno. Menos quente, menos combativo. Discussões menos...”

“Tenho questionado muito isso, a pauta política foi tomada pra área técnica, e ela não tem nem a competência legal, e muito menos a legitimidade pra falar isso. Ela não dá conta de fazer acontecer. E aí o que faz o secretário? O que eu tô vendo acontecer? O secretario fica dentro do município incumbido de apagar incêndio, de fazer o dia a dia ali da secretaria, e seus técnicos vão para aqui, vão para ali, vão pra acolá. Tanto que as reuniões que hoje nós articulamos com os secretários, não veio ninguém. Então, é um trabalho que tem que ser feito. Nós convidamos todos os secretários, dissemos da importância da discussão, exatamente porque tem uma questão aqui que é de gestão, que não é técnica, que é como é que nós vamos fazer com esse dinheiro pra ele chegar as equipes. Tem lei, tem que envolver a câmara, se os secretários não tiverem envolvidos nisso, não vai acontecer, entendeu?”

“Tem uma série de pautas que se não for tocada pelos secretários, não vai ser puxada pelo estado, muito menos pelos técnicos. Não vai, porque isso exige um envolvimento do gestor. O secretário tá tão envolvido com esse dia a dia que não constrói, que é atender o juiz, conversar com o promotor, que é ver o carro, ... que eu posso afirmar sem grande problema, que 90% dos técnicos que compõem a câmara técnica não conversam com eles entre uma reunião da câmara técnica e a CIR. Então o cara vai lá, o técnico sabe de tudo, o gestor não sabe de nada. Entendeu? Então, em que momento que esse gestor vai dar conta desse sistema tão maior, tão complexo? Aí o cara vai pra CIR, com a pauta pronta, balançar a cabeça e aprovar o que já tá decidido. E aí com essa rotatividade, não tem capacidade de formulação, nem de crítica. Então ele vai lá, aprende um pouquinho com as apresentações que são feitas, e...?”

“Tem intenção por trás de não ter um fortalecimento dos gestores municipais, desse enfraquecimento... porque faço política de entrega de UPA, Clínicas da Família, tomógrafo móvel..., de ter ganhos com isso em termos políticos de manutenção do status quo...”

A crítica aguçada desse gestor traz à tona o processo paradoxal vivenciado por essa secretaria estadual de saúde que ao mesmo tempo propôs o trabalho com o ‘apoio institucional’ no campo da atenção básica no início dessa gestão, e teve essa proposta desenvolvida pela composição de atores vindos da experiência de gestão municipal com mais a soma de uma equipe de profissionais da SAB, possibilitando aproximação dos municípios e revertendo um processo histórico de distanciamento das áreas técnicas da SES junto aos municípios. Por outro, o processo de Regionalização da Saúde foi desenvolvido com a formação dos colegiados gestores nas regionais, porém sem a força

política que se requereria da equipe gestora dessa secretaria para o desdobramento dos planos regionais com as pactuações das redes necessárias.

Por esse motivo a percepção desse gestor, após quatro anos afastado do campo da saúde, sobre as transformações ocorridas, entre elas a aproximação maior das áreas técnicas da SES envolvidas de várias maneiras com os técnicos nas regionais – a partir do movimento realizado por dentro da secretaria estadual –, mas por outro lado, a despolitização dos espaços regionais, já vivenciados como potentes pelos secretários de saúde na época dos consórcios, a partir do surgimento do espaço institucional dos CGRs. A proposta do ‘Apoio’ não foi um modo de gestão adotado pela SES como um todo na relação de co-construção com os CGR/ CIR, quem desenvolveu essa iniciativa foi a SAB com seus apoiadores e áreas técnicas na relação com os coordenadores de atenção básica municipais nas regiões, mas que encontra limites diante do quadro de fragilização e despolitização das gestões municipais.

Por outro lado, as políticas da SES pouco se concentraram no desenvolvimento dos planos regionais de saúde através do espaço dos colegiados e comissões. As políticas fortemente produzidas por essa gestão foram de construção e oferecimento de ‘equipamentos’ de saúde como foram as UPAs em grande escala, algumas Maternidades, Hospitais, Clínicas da Família, Ambulâncias, Salas de Estabilização, Tomógrafo Móvel, assim como recursos para os hospitais, de acordo com as demandas ‘políticas’ locais, em relação direta entre prefeitos/ secretários municipais de saúde com o secretário estadual de saúde e governador, sem passar pelas instâncias colegiadas que pudessem levar em conta a necessidade regional de saúde e as composições de redes locais.

Segundo ‘Gestor Municipal G’ os espaços dos consórcios quando criados em uma primeira composição regional eram iniciativas dos próprios secretários desejosos de uma organização do acesso a saúde no seu município e no entorno. Sendo assim, mesmo com os royalties na região Norte e o enriquecimento de alguns municípios que passam a se voltar para si, comprando equipamentos e etc., estes não conseguem dar conta da saúde da sua população com a demanda vinda dos municípios vizinhos, sendo esse diálogo necessário de ser enfrentado. Retira-se, para isso, nesse momento a perspectiva de que essa ‘inteligência’ será oferecida pelo estado, sendo necessário uma nova conformação desses secretários nas suas regiões para que haja melhor uso do

espaço institucional junto ao estado, assim como fortalecimento desses gestores, atualmente fragilizados pelas demandas judiciais, pela inexistência de estrutura jurídica de retaguarda, pouco anteparo de suas equipes técnicas e a inevitável rotatividade dos seus cargos no meio político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses últimos anos trabalhando em meio a gestão estadual, pude viver a angústia desse lugar produzido ‘apoio institucional’, instituído como função e modo de trabalho de uma equipe que passa a ser intitulada de ‘apoiadores’. Essa que parecia ser uma piada interna – ‘vai um apoio aí?’ –, passa com o tempo a ser uma experimentação desse corpo de profissionais de aproximação das realidades municipais e do seu poder de agir, intervir e construir, criando outros sentidos para a palavra ‘apoio’. Essa dissertação carrega em si, então, o desejo de trazer esse processo vivido por esse agrupamento, seus questionamentos e tensionamentos por dentro da máquina do estado, numa certa construção orgânica da proposta do apoio por esse coletivo. Alguns passos anteriores, porém, foram dados de modo a compreender melhor esse percurso.

Em um primeiro momento era importante poder entender no âmbito do SUS o movimento sanitarista e suas proposições, assim como os tensionamentos internos sobre os modelos de saúde em disputa no início dos anos 90, quando começava-se a estruturar o sistema de saúde. Em especial, o protagonismo de alguns autores que colocam em questão o modelo vertical da Vigilância em Saúde criticado por poder ser uso de um braço neoliberal da compreensão minimizada do cuidado em saúde da população, ao reduzi-la a ações programáticas de promoção e prevenção. O desafio era então de inclusão da ‘clínica’, da ‘assistência’ ou ‘recuperação’ da saúde da população que procurasse as unidades, e que pudesse competir com a redução desta a ações meramente médico centradas, biologicista, mercadológica e restrita ao dualismo saúde/doença.

Ao mesmo tempo, foi questão posta nessa época a importância da radicalização dos espaços democráticos, da criação dos espaços colegiados junto as unidades e equipes, da necessidade da escuta ativa da demanda da população – desejosa de acesso e cuidado, enfrentando o modelo hospitalocêntrico e ambulatorial de se fazer a ‘clínica’, operacionalizando o cuidado pelas equipes. Alguns autores em meio as experiências municipais apostaram na criação de ferramentas de gestão e da atenção, assim como no desenvolvimento de métodos de coletivização e democratização dos espaços institucionais, fazendo surgir para isso propostas como a do ‘apoio institucional’ galgado em campos como da análise institucional. Esse movimento se alimentou do processo da Reforma Psiquiátrica e das questões e críticas feitas por esta ao Movimento Sanitário no Brasil. Estava dado o desafio – que ainda é bastante atual, sobre o modo de

se produzir Políticas Públicas de Saúde, que sustentem a transformação dos espaços e do cuidado às pessoas – na época dada pela luta contra o lugar de exclusão destinado ao ‘louco’, desconstruindo o binômio saúde/doença. Esses desafios seguem atuais no campo da Saúde Pública: como não reduzir pessoas a números, estatísticas e doenças? Como transformar o cuidado realizado pelas equipes de saúde levando em consideração as próprias pessoas e suas histórias? Como fazer esse movimento sem ser por meio só de políticas verticais, mas de modo a essas serem efetivamente públicas, ou seja, de todos?

Como dito no início, essa dissertação brotou pelo meio, ela começa a ser escrita pela segunda parte contando a história da SES/RJ, terceira trazendo o próprio processo de constituição do apoio compartilhando algumas das ‘experiências dobradas’ desse percurso, a quarta de escuta sobre a percepção dos gestores municipais, depois retorno a primeira com a contextualização teórica, voltando as outras partes sobre essas lentes construídas.

Foi importante na segunda parte desse trabalho o levantamento sobre o histórico da SES e o momento em que se propõe o apoio institucional na Atenção Básica Estadual. Além disso, trazer a história da saúde no Estado do Rio de Janeiro explica o porquê de sua organização interna dos setores por áreas técnicas e programas e as separações entre assistência e vigilância, e do quanto estas acabam não se voltando para a realidade no território.

Alguns movimentos passados dessa secretaria demonstraram iniciativas importantes para a construção do SUS, como foi o caso da ‘primeira’ regionalização realizada pela gestão anterior e que cria movimento reconhecido pelos municípios em todo o estado de pactuação e construção dos planos regionais de saúde. Fora isso, a experiência protagonista de áreas como da Saúde Mental que abrem, muito antes dessa gestão, os espaços dos fóruns regionais de Saúde Mental e as referências técnicas por região de saúde junto as coordenações no apoio as ações de fechamento dos hospitais psiquiátricos e do respaldo a criação de redes alternativas e substitutivas de cuidado. Não à toa em 2007, é proposto a então equipe de Atenção Básica, antiga ‘Coordenação de PSF’, que se trabalhe também com referências regionais – apoiadores –, para a mobilização e estruturação da Atenção Básica junto aos municípios/regiões. Esse trabalho se estruturaria ainda em consonância com o processo de Regionalização pelo

Pacto que estaria para ocorrer nos anos seguintes, e que culminaria não só com a criação dos Colegiados Gestores Regionais, assim como com a proposta das Câmaras Técnicas de Atenção Básica Regionais apresentadas como caminho.

A terceira parte do trabalho teve como desafio apresentar o processo desencadeado por essa Superintendência de Atenção Básica na construção do apoio. Alguns marcos desse percurso foram: a proposta da abertura do Fórum de Atenção Básica com encontros com os coordenadores municipais e a compreensão partilhada sobre os desafios de se fazer a atenção básica (o desinvestimento político, a não compreensão por parte dos gestores sobre a importância dessa atenção – seja pelas dificuldades quanto aos recursos humanos e financeiros, e a proposta de um modelo mínimo, como sendo também uma atenção mínima nos municípios).

Um outro momento trazido nesse trabalho foi do curso de Redes baseado nas propostas da Política de Humanização e que trouxeram questionamentos e estranhamentos quanto a proposta do apoio institucional enquanto ‘método’ de trabalho, porque distante da prática daquele agrupamento tão heterogêneo, mas importante momento de troca, iniciando conversa entre os setores sobre suas ações dentro e fora da SES, junto aos municípios. O início da experimentação do ‘apoio’ mais ativo pela abertura de espaços de discussão junto aos municípios a partir da inauguração das UPAs. Essas rodas puderam provocar os debates com as equipes gestoras sobre a importância da atenção básica enquanto coordenação do cuidado ao sustentar o debate das redes de acesso no território com o surgimento desse equipamento.

Os movimentos seguintes de criação dos ‘espaços oficinas’ nas regionais a princípio foram formas de dar conta das políticas de incentivo propostas pelo Estado e Ministério da Saúde. Enquanto o Cofinanciamento incentiva projetos que repercutissem sobre alguns indicadores de saúde, tanto o PMAQ, quanto o PAHI de forma mais focal, induziriam modelos de atenção. No entanto, foram essas ‘políticas oficiais’ que permitiram contato maior com as coordenações de atenção básica nas regiões, da criação através das oficinas de espaços de troca sobre o modo como cada coordenador estava compreendendo e organizando a atenção básica no seu município. As oficinas do PMAQ, em especial, permitiram trocas de experiência sobre a construção do trabalho com as equipes das unidades, da confecção das autoavaliações e dos planos de intervenção junto a elas, as coordenações de atenção básica e as secretarias municipais.

Esse momento foi rico por entender a mobilização de todos e por abrir esse espaço em âmbito regional, inclusive pretendendo que os diagnósticos e planos pudessem virar partes dos planos regionais e de trabalho conjunto.

As oficinas do PAHI fecham essa etapa do trabalho ao mergulharem junto as equipes de saúde dos municípios e trazerem não só os casos para serem debatidos a partir da proposta de Acolhimento, como os encontros com os hospitais nos debates sobre as internações sensíveis a atenção básica. Esse momento rico de transformação dos ‘componentes’ do PAHI-AB em dispositivo para debater o processo de trabalho das equipes e o cuidado realizado, fecha esse ciclo de oficinas e abre, junto com os debates do curso da Unicamp em 2012, o apontamento da importância dos espaços colegiados de atenção básica nas regionais.

Os encontros dessa equipe com o curso da Unicamp sobre o apoio permitiu, através da discussão de casos institucionais, clarear melhor os limites e potências de suas ações junto aos municípios e entre as áreas técnicas da SES. O que foi motivo de muitos questionamentos sobre o lugar dessa equipe e o que essa podia. Os fóruns com as coordenações de atenção básica apresentaram a necessidade de abertura dos espaços de debates regionais e de um maior apoio local do estado. O ano de 2012 terminava com a perspectiva desses espaços serem abertos e do sustento do apoio e das ‘viradas’ das gestões junto aos municípios se darem através das regionais.

Por fim, as entrevistas com os gestores estaduais sobre o momento em que se cria os espaços colegiados regionais de atenção básica trouxeram ainda alguns questionamentos sobre possíveis armadilhas da proposta do ‘apoio’. No perigo de se enclausurar o ‘apoio’ em uma função, lugar ou mesmo nome ‘apoiador’, ou entender que o objeto fim do apoio seria a criação dos grupos enquanto espaços por si próprios democráticos. Pode-se cair aqui – como vem se produzindo pelas políticas de incentivo a implementação de modelos de saúde mais horizontais e inclusivos –, a produção do trabalhador não só funcional, como do ‘trabalhador moral’, que tem em seu discurso os ideais democráticos de gestão, mas que acaba realizando pouco disso na sua prática cotidiana. É válido ainda o resgate que alguns autores fazem sobre o foco no usuário e no seu cuidado. Qual seria a finalidade então do apoio em âmbito estadual? Provavelmente não diferente do apoio em âmbito municipal, de através da abertura dos espaços colegiados e coletivos (que são meio importantes para esse processo), a

mudança no modo como realiza-se o cuidado às pessoas nos municípios junto as equipes de saúde. E essa direção parece estar para além da aporia do campo de ação do apoio estadual – se regional ou municipal, não tendo limites para este, dependendo da composição desse corpo e de para onde este aponta.

O apoio então como movimento, ‘ação contágio’, está para além de um agrupamento nomeado de ‘apoiadores’, estaria no próprio movimento de construção coletiva criando novos e mais agrupamentos voltados para a produção do cuidado. Esse que é o próprio ‘efeito-cocun’ apresentado por um dos gestores estaduais como gerador de força, encontros, desejos, afetos e abertura de sempre novas trilhas e dobras, que parecem desviar e se fazer para além das políticas governamentais e de captura, é fuga e criação infinita.

Até aqui essa dissertação já teria apresentado o movimento de transversalização aberto na SES a partir do apoio, sua construção e desconstrução. Mas ela quis ouvir também os municípios e suas percepções sobre esse percurso. E não tem como falar disso, sem tocar nas contradições do processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro. Como que abrir os espaços colegiados regionais de gestão não necessariamente significa enchê-los de potência de transformação, dependendo das intenções e apostas nesse espaço. A proposta do apoio não foi vivência partilhada por todos, em especial esta foi experimentada por um agrupamento menor das áreas técnicas e apoiadores da Atenção Básica. A fala dos coordenadores reconhecem o protagonismo e o quanto essas áreas estão mais próximas, mas, mesmo assim, reclamam o esvaziamento por parte do estado das construções das políticas de saúde nas regionais junto aos secretários de saúde. Ou seja, reconhece-se o quanto as equipes técnicas da Atenção Básica da SES mudaram a direção do trabalho, ampliando o desafio de estruturação desta, mas apontam a não inclusão dos gestores municipais, e não reconhecimento por estes dessa direção de trabalho, como uma impossibilidade.

A fala de um dos gestores municipais abre uma análise aguçada sobre o processo de regionalização nos últimos anos no Estado do Rio de Janeiro – o que foi apontado como um processo de ‘despolitização’ dos espaços de construção regionais, vivenciados com alguma força na época dos consórcios intermunicipais. Um dos efeitos foi a fragilização dos secretários municipais de saúde, que ao não fortalecerem a produção de saúde nos seus territórios, ao não garantirem o acesso, passam a estar mais vulneráveis e

expostos ao processo de judicialização, assim como a rotatividade política de seus cargos. Essa constatação não vem dissociada da direção desta Gestão Estadual de priorizar as relações políticas verticais e diretas junto aos prefeitos e secretários quanto ao recebimento de equipamentos de saúde, em detrimento das construções e deliberações coletivas regionais.

Como pode-se ver, são várias as forças em disputa na SES, algumas destas ainda apontam a existência de protagonismos importantes na direção da construção do SUS no Rio de Janeiro, seus movimentos de torção e tensionamentos por dentro da máquina de governo. De alguma forma esse percurso pela via do ‘apoio’ nesse estado, a partir da composição de determinados atores, demonstra alguns dos caminhos possíveis, em especial ao âmbito estadual, que possam servir como cartas náuticas a outros e novos viajantes que queiram se aventurar na produção de mundos e no desafio de se fazer o SUS.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. F. *Avaliação de Implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II*, Estado do Rio de Janeiro. Dissertação, ENSP/FIOCRUZ, 2008.
- AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. São Paulo: Ed. Boitempo, 2004.
- ALMEIDA, M. H. T. *A política social no Governo Lula*. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo, 70:7-17, 2004.
- AMARANTE, P. *O ovo da serpente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ARCHANJO, J.V.L. & BARROS, M.E.B. *Política nacional de humanização: desafios de se construir uma “política dispositivo”*. Vitória: UFES: 2009.
- AROUCA, A.S. Democracia é saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde, 8.*, 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BAREMBLIT, G. *Compêndio de Análise Institucional*. São Paulo: Rosa do Ventos, 1992.
- BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia (Org). *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BERTUSSI, D. *O Apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal de saúde*. Tese de Doutorado, Clínicas Médicas, UFRJ, 2010.
- BERTUSSI, D.; BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.306-324.
- BENEVIDES, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(3): 561-571, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. 17 a 21 de março de 1986.
- _____. *Lei nº 8.080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, 1990.

_____. *Lei 10.836*. Dispõe sobre a gestão do Programa Bolsa Família. Ministério de Desenvolvimento Social, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e da outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Coordenação Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas. Supervisão Clínico-Institucional - O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Volume 01. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão*. Volume 02. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 648 de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o s Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. *Cadernos HumanizaSUS; v. 1. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. PMAQ 2011, (BRASIL, 2011 – *Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011* - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável).

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011* - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.

BRAVO, M. I. S. & MENZES, J. S. B. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. Em BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, D. S.; MENEZES, J. S.B.; OLIVEIRA, M. M. N. (Orgs). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. UERJ/ Faculdade de Serviço Social - Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2007.

BRAVO, M. I. S. Breve Histórico da política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as Diversas Crises Vivenciadas no Setor. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Regional – Reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CARNOY, Martin. *Estado e Teoria Política*. Campinas, São Paulo: Papirus, 1986.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Pública e defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. *Reforma da reforma – repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, p. 229-266. In MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. Hucitec/Lugar, São Paulo, Buenos Aires, 1998.

_____. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez., p. 51-74, 2000.

_____. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São. Paulo: Editora Hucitec, 2000.

_____. *O método Paideia (da roda) aplicado à saúde coletiva*. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP, 2001.

_____. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

_____. Prefácio. In: SANTOS-FILHO, S.B. & BARROS, M.E.B., (org.) *Trabalhador da saúde: muito prazer – Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007.

CAMPOS, G. W. S & GUERRERO, A.V.P. (Orgs) *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

CARVALHO, A. Ivo. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, S. R. & CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2):507-515, abr-jun, 2000.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência Saúde Coletiva*. 2001;6(2):435-44.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, S. R., FERIGATO, S. & BARROS, M. E. (Orgs) *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009.

CARVALHO, S. R., FERIGATO, S. & BARROS, M. E. (Orgs) *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009.

CASTRO, E. B. V. O perspectivismo é a retomada da antropofagia oswaldiana em novos termos. In: VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. *Encontros*. Entrevistas organizadas por Renato Sztutman. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2008. p. 122. Entrevista concedida a Luísa Elvira Belaunde.

CECÍLIO, L. C. de O. *A constituição de uma cultura institucional de planejamento: a contribuição do município*. Campinas, DMPS/Unicamp, 1990.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

_____. O Trabalhador moral na saúde: Reflexões Sobre um conceito. *Interface*: Botucatu, 2007, vol.11, n.22, pp. 345-351.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. jan-mar, 2009 supl, Vol. 13, p 545-555.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 15, p. 589-99, 2011.

_____. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CESAR, C. F. *Produto do Apoio Institucional à Superintendência de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro*, 2013.

CLASTRES, P. *A Sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

CUNHA, E. M. *Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 144 p.

CUNHA, G. T. *Grupos Balint Paideia: uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na atenção básica*. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unicamp. SP: Campinas, 2009.

DAL POZ, M. R. 1996. *Entre o Prescrito e o Realizado: Estudo Sobre a Implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e Sua Repercussão na Política de Recursos Humanos em Nível Municipal*. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ

DELEUZE, G. *Spinoza - Cours Vincennes - 24/01/1978*. Tradução: Francisco Traverso Fuchs.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990.

DELEUZE, G. *Conversações, 1972-1990*. Gilles Deleuze; Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. & GUATARRI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, vol. 3. São Paulo: Ed. 34, 1996.

DELEUZE, G. & GUATARRI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, vol. 5. São Paulo: Ed. 34, 1996.

DELGADO, P. G. G.; GOMES, M. P. C. & COUTINHO, E. S. F., 2001. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:452-453.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil – a década de setenta. In: ABRASCO. *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*, v. 2, p. 17-36, 1976.

ESPINOSA, B. *Ética demonstrada à maneira dos geômetras*. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores)

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Caderno de informações em saúde - Saúde na área – Regionalização*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil – SESDEC, 2009. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/Saude_area.shtml.

_____. *Resolução SES 268 de 12 de março de 2012*. Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior – PAHI – competência 2012 e fixa suas diretrizes. SES.

FERLA, A. A. & MARTINS JUNIOR, F. *Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual de SUS no Rio Grande do Sul*. Saúde Debate: (23):8-20, dez. 2001.

FERLA, A. A., LEAL, M. B. E PINHEIRO, R. Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em

rede. Em PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 35-60). Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

FERREIRA, V. S. C. & FRANCO, T. B. F. Sobre o uso de instrumentos cartográficos na pesquisa em saúde coletiva. In: FRANCO, T. B., ANDRADE, C. S. & FERREIRA, V. S. C. (Ogs) *A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. *Campo, núcleo e residência multiprofissional em saúde: desafios para a construção de processos inovadores de formação e de produção do cuidado em saúde*. Texto produzido para a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e que foi discutido no III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional. Brasília, 2008.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. *Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado*, 2009.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: MACHADO, R. (org.). *Microfísica do poder*. São Paulo: Ed. Graal, 1979.

_____. *Vigiar e punir: história das violências nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1998.

_____. *A história da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

_____. *A arqueologia do saber*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. *A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade*. In: FOUCAULT, M. *Ética, Sexualidade, Política*. Org. e seleção de textos Manoel B. da Motta. Trad. Elisa Monteiro, Inês Autran D. Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ditos & Escritos; V)

_____. *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GOULART, F.A.A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciências Saúde Coletiva*. 2001;6(2):292–8.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1986.

GUTIERREZ, A. C. *A coprodução da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro. Dissertação de metrado*. Campinas: Unicamp, 2008.

KNOBLOCH, F. *Produto do Apoio Institucional à Superintendência de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro*, 2013.

LAPASSADE, G. *Grupos, Organizações e Instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2001;6(2):269-91

LIMA, L. D. As Comissões Intergestores Bipartite: a CIB do Rio de Janeiro. In: *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, v.11, n.1, 2001. p. 199 – 252.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos de 1990 e 2000: na contramão da história? In. *Na Corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Ponte, C. F & Falleiros, I. (orgs). Rio de Janeiro, Coc/EPSJV, 2010.

LOURAU, R. *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Em: RODRIGUES, H.B.C. (org) René Lourau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1974.

MATUS, C. *Adeus, senhor Presidente: planejamento, anti-planejamento e governo*. Recife, Litteris, 1989.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E.E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997b.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.de A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZI, M.(org.) *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, G. G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. Campinas: Ed Hucitec, 2006.

_____. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde*. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrado nas atuais profissões. 2007.

MS/FNS (Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde). *Programa da Saúde da Família: Saúde dentro de Casa*. Brasília: MS/FNS, 1994.

OLIVEIRA, G. N. *O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização*. Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, 2012.

PAIM, J. S. Direito à saúde, cidadania e estado. In. *Conferência Nacional de Saúde, 8*. Brasília: Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S & ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998.

PARADA, R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e forma de inserção. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Volume 11, n. 1. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRUS/PROTAT, 2001.

PARADA, R. *Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1997.

PASCHE, D. F., RIGHI, L. B., THOMÉ, H. I. & STOLZ, E. D. *Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil*. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 20(6), 2006.

PEREIRA FURTADO, J & ONOCKO CAMPOS, R. *A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços*. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, vol. VIII, núm. 1, marzo, 2005.

PEREIRA JÚNIOR, N. *Produto do Apoio Institucional à Superintendência de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro*, 2013.

PESTANA, M. & MENDES, E. V. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2004.

PIMENTA, A. L. *Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão*. Tese de Doutorado. Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2006.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006.

RIGHI, L. B. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de Redes de Atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul*. Tese de Doutorado: Campina, 2002.

RIGHI, L. B. *Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica*. In: *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RODRIGEZ NETO, E. Reordenamento do sistema nacional de saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde, 8*, Brasília, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Ed. Sulina, 2006.

SANTOS, M. Por uma geografia das redes. In: *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SERRA, C. G. *Garantia de Acesso à Atenção Básica e continuidade de Cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de Sistemas de Referência e Regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. IMS/UERJ, Rio de Janeiro: 2003.

SESDEC (Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil). *Relatório interno Macro Diretrizes do Planejamento da SESDEC*, RJ, 2007a.

_____. *Relatório interno consolidado do Planejamento da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado - SAS*. RJ, agosto de 2007b.

_____. *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*, Rio de Janeiro: 2008.

SES (Secretaria de Estado de Saúde). *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*, Rio de Janeiro: 2012.

SCHRAIBER, L. B. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, M. B. B. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental*. Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental, vol. VIII, núm. 2, junho, 2005.

SZTUTMAN, R. *Encontros: Eduardo Viveiro de Castro*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2008.

TEIXEIRA, S. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: *Conferência Nacional de Saúde, 8*. Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

TESTA, M. Planejamento em saúde e as determinações sociais. In: NUNES, E. D. (Orgs). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, OPAS, 1985.

TREVISAN, L. N. & JUNQUEIRA, L. A. *Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):893-902, 2007.

SALUM, B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: B. Sallum (Org) *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: Edusc., 2004.

VIANA, A. L. A., LEVCOVITZ, E & DAL POZ (Orgs). *O Sus no Estado do Rio de Janeiro*. *Physis, Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(1):11-17, 2001.

VIANA, A. L.A. & LIMA, D. L. (Orgs) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2011.