



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Macerata, Iacã; Neves Soares, José Guilherme; Carvalho Ramos, Julia Florêncio
Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 1, diciembre, 2014, pp. 919-930
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135772011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Apoio como cuidado de territórios existenciais:

Atenção Básica e a rua

Iacã Macerata^(a)José Guilherme Neves Soares^(b)Julia Florêncio Carvalho Ramos^(c)

Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:919-30.

This paper aims to show a connecting line between the following: support, primary care teams and care for the homeless population within the Brazilian Health System (SUS). From what we understand to be the purpose of each of these practices, the territories of life, we use Felix Guattari's concept of "existential territory" to seek to affirm a certain logic in the relationship with this purpose. This logic permeates not only the supporter's practice but also the work of primary care services. In order to demonstrate this connecting line, we analyze some issues posed in providing healthcare for the homeless population.

Keywords: Support. Primary care. Homeless population. Territory. Care.

Este artigo pretende evidenciar uma linha de conexão entre as seguintes práticas: do apoio, das equipes de Atenção Básica e do cuidado com a população em situação de rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do que entendemos ser o objeto de cada uma dessas práticas, os territórios de vida, faremos uso do conceito de "território existencial" de Felix Guattari, buscando afirmar certa lógica de relação com esse objeto. Essa lógica permeia tanto a prática do apoiador quanto o trabalho dos serviços de Atenção Básica. Para evidenciar essa linha de conexão, tomamos como analisador algumas questões colocadas no cuidado em saúde com a população em situação de rua.

Palavras-chave: Apoio. Atenção Básica. Moradores de rua. Território. Cuidado.

^(a) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense (ICHF/UFF), Campus do Gragoatá. Rua Prof. Marcos Waldemar de Freitas Reis, s/n, bloco O, sala 214, Gragoatá. Niterói, RJ, Brasil. 24210-201. imacerata17@gmail.com

^(b) Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ICHF/UFF, Niterói, RJ, Brasil. ppgpsicologia@hotmail.com

^(c) Psicóloga. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. bebolia@gmail.com

Introdução

Este artigo é construído a partir de nossas experiências de pesquisa, apoio, gestão na Atenção Básica (AB) e cuidado em saúde da população em situação de rua^(d). Ao aproximarmos essas diferentes experiências, extraímos a seguinte questão: quando analisamos e intervimos em determinado campo da saúde, qual seria nosso foco se não a vida em suas formações e seus processos? Diante disso, somos convocados a pensar uma certa postura e uma metodologia para nosso objeto de intervenção, o que implica um certo modo de entender o que é esse objeto. Nossas experiências apontam que o apoio, na maneira como queremos afirmá-lo, como prática e metodologia de análise e intervenção, tem menos como objeto o estabelecimento de determinados processos de trabalho, a adequação de determinada realidade a certas normas, e mais a oferta de suporte e cuidado ao que entendemos serem territórios existenciais. O que é apoiado na prática do apoio é um território existencial.

No âmbito nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em um momento de mudanças. Mudanças no foco e na metodologia de intervenção do Ministério da Saúde (MS) vêm ganhando institucionalidade e buscando produzir outras lógicas de gestão no funcionamento das redes e nas relações interfederativas. Estamos nos referindo ao foco nos territórios e nas redes, por meio da Atenção Básica (AB)^(e), das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^(f) e ao destaque que vem sendo conferido à metodologia do apoio nos mais variados âmbito de gestão. Observa-se um movimento que visa à produção de redes de saúde que se tecem a partir dos territórios, tendo a AB como o grande ponto de articulação das redes.

A AB vem recebendo importantes investimentos^(g) nos últimos anos, em uma aposta nos efeitos que seu fortalecimento pode gerar para todo o sistema. Esses investimentos visam principalmente à ampliação do acesso, da qualidade, resolutividade e integralidade da atenção, a diminuição na fragmentação entre os níveis de atenção, assim como mudanças nos modelos de gestão e atenção. Essa aposta ressalta a importância do funcionamento em rede do sistema e da centralidade da AB no SUS.

Além do foco na AB e nas RAS, nota-se, no âmbito do MS, uma intenção de mudar sua metodologia de intervenção junto aos territórios e nas relações interfederativas. O método do apoio vem ganhando espaço no âmbito do MS, deixando de ser uma prática executada em algumas intervenções pontuais, e passando a ser um norte metodológico para as ações do MS junto aos territórios Estaduais e municipais^(h).

O MS tem função régia de formulação e indução dos sistemas, o que historicamente era feito por meio de análises centralizadas, com modelos a serem implantados nos territórios unicamente por intermédio de financiamentos e portarias¹. Assim, ficava a cargo dos estados e municípios se adequarem ao que era formulado e induzido pelo MS, que intervinha basicamente na lógica da indução financeira e da supervisão.

Há muito tempo vem se construindo um entendimento de que essa metodologia de intervenção – indução financeira e técnica – era, em parte, responsável por um distanciamento entre o que era entendido e pretendido no âmbito do MS e o que de fato acontecia nos territórios^{1,2}. Nesse distanciamento, não se conjugava o que era formulado no âmbito do MS e a realidade específica e concreta da diversidade de territórios Brasil afora. Também pudera, em um país continental com realidades extremamente diversas, como construir a equidade que o sistema preconiza? Tal equidade parece pressupor uma outra relação entre as normas técnicas e políticas nacionais e a realidade de cada território específico.

^(d) Iacã Macerata foi gerente técnico do ESF POP RUA, primeiro serviço nos moldes do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro, e também consultor e apoiador da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde para o Estado do Rio de Janeiro, apoiando diretamente a Superintendência de Atenção Básica, tendo participado da composição do Apoio Integrado do MS. Atualmente realiza sua pesquisa de doutorado em psicologia pela Universidade Federal Fluminense, por onde chegam os outros dois autores, junto a uma equipe de Consultório na Rua.

^(e) Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab).

^(f) Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

^(g) Como, por exemplo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.

^(h) A partir do ano de 2008, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) instituiu a estratégia do Apoio Integrado à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

A simples indução financeira e técnica pelas portarias, aproximando-se dos territórios por meio da lógica da supervisão, configuraram-se como intervenções verticalizadas e centralizadas no âmbito do MS em relação às demais instâncias do sistema, gerando, entre outras coisas: dificuldades para a consolidação do processo de descentralização; estratégias de municipalização e regionalização com um caráter mais autárquico e indutor de concorrência intergovernamental; indefinições quanto a responsabilidades, atribuições e prerrogativas para a direção única do sistema de saúde por esfera de governo; burocratização dos fluxos regulatórios do sistema de saúde; a persistência de condições inadequadas para governança e condução técnica e administrativa do sistema de serviços de saúde, com a consequente desigualdade de acesso e qualidade da atenção no âmbito nacional¹. A proposta de um SUS equânime, universal, efetivo e democrático, torna-se vulnerável ao funcionar por lógicas verticalizadas e centrípetas.

Entende-se que o investimento na metodologia do apoio visa alterar a relação que o MS estabelece com o território, e principalmente o seu modo de intervir. Essa mudança tem como foco poder de fato chegar à dimensão fundamental, que dá sentido ao SUS: a vida das pessoas nos territórios onde vivem. Alterar essa forma de intervenção junto ao território é também poder dar mais realidade à maneira como são construídas as análises que produzem as portarias e programas.

Percebemos, então, uma linha de sentido que liga a AB ao apoio como metodologia. Essa linha podemos dizer que consiste na construção da política e no direcionamento do sistema a partir da vida de trabalhadores e usuários, suas características locais, seus saberes, suas experiências singulares. Entretanto, se por um lado observamos que vem crescendo nacionalmente o debate acerca da temática do apoio e sua interface com a AB, por outro, notamos a importância de qualificar esse debate para que não se limite apenas a uma mudança de terminologia para designar o trabalho anteriormente realizado por supervisores.

Neste artigo, gostaríamos de discutir a temática do apoio, pensando o que estaria no cerne da AB, a partir do problema colocado no cuidado em saúde com a população em situação de rua, temática que ganha materialidade na instituição das Equipes de Consultório na Rua⁽¹⁾. Entendemos que a AB e o apoio lidam com um tema comum: o tensionamento entre o que os programas e portarias de saúde oferecem em formatos preestabelecidos e a concretude das necessidades e configurações da vida nos territórios. Tensionamento que entendemos ser também o ponto central no cuidado em saúde para população em situação de rua: como cuidar/apoiar territórios singulares com ofertas que contemplem essas singularidades? É na aproximação e na fundamentação das políticas no/para/com/por meio dos territórios de vida singulares que se faz o cuidado com os usuários e também o fortalecimento das redes no sistema. Cuidar e apoiar se tornam análogos.

Território existencial

Articulamos AB e apoio a partir do entendimento de que a primeira oferece uma matéria-prima que lhe é intrínseca, e o segundo nos fornece um modo de intervir que é pertinente à matéria-prima com a qual lida a primeira. A matéria-prima são os territórios vivos, e a metodologia de intervenção é a da aproximação, habitação, composição e cuidado com os territórios. Contudo, na relação com os territórios, é necessário, antes de tudo, considerar a maneira como estamos entendendo o território que a saúde intervém.

⁽¹⁾ As portarias 122 e 123, de janeiro de 2012, instituem as Equipes de Consultório na Rua.

Esses territórios aos quais nos referimos não se reduzem a uma região administrativa, região geográfica na qual uma equipe de Estratégia de Saúde da Família se situa, ou um conjunto populacional adscrito a uma determinada equipe. Não apenas. O que entendemos ser esse território, que afirmamos como o objeto por excelência da AB e do apoio, diz mais respeito a um ambiente vivo, que tem por um lado uma localização geográfica, um perfil populacional, que diz respeito a um sujeito, a determinadas identidades socioculturais, mas que está para além e além disso. Um território se define como vivo por ter uma dimensão não objetiva, não já formada, uma dimensão que é puro processo de expressão.

Com Guattari³, vemos que um território existencial não se refere a um território como um ponto em um mapa, estático e já delimitado em si. Mais que uma delimitação espacial, um território existencial é uma localização espaço-temporal. Ele se define a partir de uma localização espacial que é configurada no tempo, ou seja, ele é um território em processo, em constante processo feita. Alvarez e Passos⁴ falam que o território teria uma dimensão territorializada que dá sua forma como um estado de coisas a nossos olhos, mas ele também teria um sentido e uma expressividade, que define a dimensão processual e qualitativa do território – o que precisamente faz dele um território existencial.

Contudo, tendemos a tomar os territórios como uma realidade dada e preexistente. E, mesmo que consideremos certa dinamicidade, ainda o explicamos mediante seus personagens formados. Essa maneira de entender o território considera que os personagens e os estados de coisas dos territórios seriam prévios a sua formação, o que acaba por conferir ao território uma identidade anterior imutável.

Entendemos que um território existencial é um ambiente vivo que está sempre sujeito a modificações, desvios e recriações de si mesmo, já que sempre se constitui na relação com outros territórios em movimento. Guattari³ (p. 44) afirma que no território existencial “uma instância expressiva se funda sobre uma relação matéria-forma, que extrai formas complexas a partir de uma matéria caótica”. A expressividade do território, que é anterior a formação de seus personagens, dá forma e consistência a uma matéria informe e heterogênea – matéria que podemos entender como um plano relacional. Isso quer dizer que o território existe efetivamente em um espaço relacional, que é uma dimensão não identitária, pois é a dimensão das relações, onde não existem identidades, mas dinâmicas relacionais. Onde não se pode definir um sujeito isolado do outro, um objeto isolado do outro.

As formações no território – seus sujeitos, seus grupos – se formam por meio de um agenciamento coletivo e impessoal de componentes que constituem formas-estados complexos. Esse agenciamento faz emergir formas individuais e/ou coletivas como territórios existenciais autorreferenciais, que constituem um corpo individual e/ou coletivo o qual pode ser observado, pode ganhar nome: um sujeito, um grupo, uma cultura. Entretanto, esses corpos estarão sempre em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade também subjetiva, também em movimento³: tudo aquilo que margeia o território e suas formações, aquilo que não diz respeito a identidades, mas a relações dinâmicas.

Os sujeitos e populações com as quais intervimos são produzidos em um contexto, uma paisagem subjetiva que é composta de diversos fatores que podemos identificar e nomear objetivamente – condições sociais, econômicas, sanitárias, culturais – mas também, colada e misturada a eles, há sempre essa dimensão processual. Assim, os territórios existenciais são movimentos, expressividades que não pertencem a seus agentes, a quem protagoniza o ato de expressar. Pelo contrário, a expressividade que marca e forma esses territórios se constitui em relações, em dinâmicas de movimento sem sujeito. Não é o sujeito morador de rua que define seu ambiente de vida, por exemplo, mas é exatamente dessa expressividade que emergem os personagens e a cena, a partir dos seus movimentos, suas relações. O plano da expressividade faz surgir esses sujeitos e objetos da expressão, ligando a expressão ao plano do coletivo⁴, ao plano da relação, o que nos faz entender os personagens desse território como constituídos em certos modos de relação. Isso quer dizer que a expressão nasce em um plano de relações, e não da identidade de um sujeito ou território. A expressão é sempre um agenciamento de elementos diversos, sem sujeito.

A ideia de território existencial nos é cara, primeiramente, para pensar a intervenção, pois, entender sujeitos, populações e regiões como territórios existenciais nos traz a necessidade de considerar que não estamos somente intervindo junto a figuras determinadas. Estamos intervindo também junto a um processo de formação, uma dimensão não objetiva da realidade, o que torna mais complexa suas

figuras, já que estas estão existindo em uma certa relação entre elementos objetivos e elementos não objetivos, não identificáveis, e que, toda essa complexidade está em constante mutação.

Os sujeitos, os objetos e seus comportamentos deixam de ser o foco da intervenção. Se buscarmos deslocar o olhar de nossa intervenção, ao considerar os territórios existenciais, o que temos como foco são, antes dos sujeitos, paisagens subjetivas – todo um clima, um ambiente, que não são passíveis de serem reduzidos a sujeitos já determinados⁴.

Uma segunda contribuição que a ideia de território existencial nos traz é a de que o interventor não pode mais se constituir como um observador que pressupõe estar externo à realidade observada, uma posição exterior que descreveria as condutas no território. Esta pressuporia a separação entre aquele que intervém e o campo intervisto. O apoio nesse sentido seria menos a ação sobre um estado de coisas e mais um acompanhar e se engajar em processos, mapear, cartografar, habitar, contaminar-se de um território existencial ao mesmo tempo que intervém. Não se trata de dominar nada, colocar-se de modo hierárquico sobre o território intervisto, seja na clínica, seja no apoio a uma equipe.

Ao intervir com/em/por meio de um território existencial, levamos em conta a legitimidade e a realidade de sua formação, bem como sabemos da possibilidade de transformação desses territórios, pois eles se constituem por modos de relação. E ainda, nossa intervenção altera não só o território existencial e a maneira como dele vão advir sujeitos e territórios, assim como transforma o agente da intervenção, já que este passa a compor tal território. Entrar em um território existencial já é modificá-lo fazendo parte dele, pois ele é esta expressividade sempre provisória que a tudo capta, sensível e determinante na constituição de seus personagens.

Definimos, então, três fatores a serem considerados na intervenção tendo como campo os territórios existenciais: sua legitimidade, sua condição de forma em constante mutação e a transformação que ele nos provoca e que nele provocamos ao intervir. Fatores que o trabalho com a rua leva ao extremo, como veremos, e que, por essa razão, apostamos que pode oferecer subsídios importantes às discussões na AB e ao trabalho de apoio.

Cuidado com/pela/na rua como analisador

Tomamos o cuidado em saúde junto a população em situação de rua como um analisador que nos permite visualizar o objeto principal de intervenção da AB, e também da metodologia do apoio. Um analisador é um ponto crítico que permite a análise de configurações de linhas institucionais em determinada localização espaço/temporal. Lourau⁶ (p. 35) afirma que um analisador é um acontecimento que irrompe, fazendo surgir uma análise, evidenciando “a instituição invisível”. Desse modo, a partir das relações de serviços de saúde com o território existencial da rua, queremos evidenciar o objeto de trabalho da AB e do apoio, bem como um *ethos* na relação com esse objeto. Modos de relação que viabilizarão ou não sua tarefa primordial: o cuidado e a produção de saúde.

O acesso à saúde da população de rua vem ganhando espaço no SUS por intermédio da instituição das Equipes de Consultório na Rua. A conformação dessas equipes visa dar subsídios para que elas se efetivem como uma equipe de AB, atendendo a integralidade das necessidades de saúde e produzindo acesso. Os atendimentos e acompanhamentos são feitos tanto na rua – como forma de acompanhar o usuário em seu território de vida e ainda conseguir alcançar aqueles que não chegavam a nenhum posto de atendimento – quanto em unidade fixa, como forma de criar uma referência “porta aberta” no território, onde toda e qualquer demanda possa ser acolhida. A ideia básica é, com essas Equipes de Consultório na Rua, que o SUS possa assistir, prevenir e promover saúde a partir das características do território, de constituir-se como um serviço referência na rua, com a rua, pela rua e por meio da rua.

A população em situação de rua é um dos grupos populacionais que menos tem acesso aos serviços de saúde. Vários fatores movimentam a dinâmica de moradia na cidade, e fazem da rua um lugar de conversão, um depósito daqueles que vão sendo expulsos dos lugares constituídos na cidade: especulação imobiliária, Unidades de Polícia Pacificadora e ocupações militares nas comunidades, a violência no que envolve a questão do tráfico de drogas, bem como violências mais cotidianas e sutis. A rua vai sendo o lugar de tudo que não tem mais lugar nas comunidades e até

mesmo nos bairros mais abastados, “depositário” daquelas existências que perderam seu lugar de legitimação: seja por fatores financeiros, sociais e/ou afetivos/subjetivos.

A rua se configura como um “fora/dentro” da cidade, um espaço existencial envolvido pela cidade, mas que, todavia, escapa às suas leis e dinâmicas oficiais⁷. É o lado de fora das formas oficiais dentro da cidade. Zona escura, zona estrangeira, estranha íntima na cidade: escura, porque nebulosa; estranha, porque diferente em suas temporalidades, leis e dinâmicas. A rua como fora-dentro da cidade marca distâncias entre cidades em uma mesma cidade. O arquiteto Fernando Fuão⁸, em seu texto “Canyons”, propõe que o *canyon* e a rua são para a alma da natureza e da cidade a mesma coisa. O *canyon* e a rua são um corte vivo pelo qual se pode observar a vida, a “carne” do morro e de uma metrópole. Um corte que cria os abismos, “as descontinuidades espaciais, o distanciamento, a diferença nos corpos, as linguagens”⁸ (p. 2). O corte tem a virtude de criar um princípio, um precipício, de inaugurar. Ele é o contorno das formas, o que as delineia. Corte que deixa em evidência a composição, os modos de funcionamento da cidade, os processos, espaço onde as dinâmicas sociais são explicitadas, e justamente por essa explicitação, talvez, a rua seja um espaço tanto evitado e temido quanto fascinante.

O território existencial rua traz um paradoxo para as metrópoles: um território de vida, que vem se instalar geralmente no coração, nos centros das grandes cidades, mas que ao mesmo tempo está tão distante dos padrões “centrais” das metrópoles: distante de suas formas oficiais de morar, comer, trabalhar, de viver o tempo, a família, o amor. É um mundo totalmente diferente do mundo “oficial”, e que tem o poder de mostrar nossas dinâmicas de exclusão, a violência de nossos padrões, aquilo que nosso bom senso, nossos costumes não suportam.

Ao pensarmos a relação entre políticas públicas praticadas no âmbito do Estado e o território existencial da rua, vemos que as lógicas hegemônicas e mais instituídas da cidade conseguem manter poucos pontos de comunicação com a rua. Vemos modos de intervenção que, na sua grande maioria, tentam lidar com a rua de duas formas: a primeira é a de simples inclusão das pessoas em situação de rua, com o objetivo de moldar e adaptar seus modos de vida aos modos considerados normais, ou “saúdáveis”. O outro é de uma relação de isolamento ou extermínio. Atualmente, vemos aumentar assustadoramente o número de práticas muito antigas de higienização da cidade. De qualquer forma, todos esses modos de intervenção estabelecem uma forma de relação: a de pouca ou nenhuma troca, um modo de relação onde se pressupõe a eliminação do outro diferente. Um modo de relação que busca se aproximar o menos possível do que na rua existe e insiste. As intervenções geralmente visam controlar e normalizar o sujeito que vive na rua, para com ele evitar o contágio. Nossa experiência de trabalho com a rua no âmbito das políticas públicas de saúde e assistência social aponta para outro sentido: para cuidar da pessoa em situação de rua é preciso se aproximar, contaminar-se de seu território e seus modos de vida, primeiramente habitar esse território existencial.

No SUS, vemos que as demandas da rua – onde questões de saúde como ferimentos, enfermidades como tuberculose, hanseníase, HIV estão associadas a transtornos psicóticos graves e vulnerabilidades sociais extremas – trazem uma extrema dificuldade aos serviços de saúde. Essa dificuldade pode ser definida em dois sentidos: (i) dificuldade em considerar a integralidade das dimensões da saúde, a complexidade das formas de vida, a inseparabilidade entre saúde biológica, subjetiva e social; (ii) dificuldade em atender uma realidade com modos de vida variados, diferindo muito dos padrões “normais” na cidade: de outra relação com o tempo, com o trabalho e outras dinâmicas nos seus laços afetivos.

Entendemos que essas dificuldades dizem respeito à maneira em considerar os sujeitos e territórios alvo de cuidado: considerar as singularidades de cada território existencial, e dificuldade em se engajar nesse território para conhecê-lo efetivamente. Como cuidar de uma realidade tão estranha aos padrões de saúde na cidade? Como se abrir ao fato de que o encontro com essa realidade necessariamente coloca em cheque nossa capacidade de cuidado, pois exige que ela seja revista para além daquilo que consideramos aceitável ou normal?

Na prática, observamos que muitos dos dispositivos da AB não conseguem operar assentados nas especificidades de seu território. A população em situação de rua nos grandes centros urbanos indica tal problemática. Por não residir em domicílios, por usar substâncias psicoativas, por sofrer transtornos

mentais, ou por suas dinâmicas próprias, a população de rua dificilmente acessa os serviços de saúde que seriam de seu direito. Quando esse acesso se dá, ele acontece de forma pontual, nos prontos atendimentos, serviços de urgência e emergência⁹, sem nenhuma produção de continuidade do cuidado – tarefa primordial da AB.

A rua, com sua capacidade de visibilizar as dinâmicas da *pólis*, também indica sentidos importantes no trabalho em saúde: (i) mostra que para atender a população de rua é necessário construir um saber que ao menos considere a complexidade das questões de saúde dessa população: o quanto o uso de alguma substância psicoativa (SPA) pode estar associada a um manejo, criado pelo próprio paciente, de um processo delirante; ou como será possível construir um tratamento para hipertensão com uma pessoa que se alimenta a partir de sobras; como é possível articular um tratamento de tuberculose junto a um albergue da assistência social, ou mesmo criar parceiros para o tratamento junto aos companheiros de rua do paciente. (ii) Mostra também que o que permite criar essas estratégias singulares para cada caso depende de um engajamento com o território, de um envolvimento afetivo que permita que o profissional de saúde possa ter um entendimento do caso para além dos protocolos, da nosografia das enfermidades. Essa capacidade de ampliar o olhar e de engajamento na especificidade do território não seriam também justamente o que deve exercer a AB e o apoio?

Atenção Básica e apoio

Em termos macroinstitucionais, a saúde historicamente sempre se envolveu muito pouco com a população de rua, não considerando a rua como um território de vida existente, e delegando o trato com o morador de rua unicamente a assistência social e a polícia.

O direcionamento do SUS à lógica das regiões de saúde e à AB convoca-nos a repensar o que é território de vida e a importância da sua consideração para um sistema que visa cuidar da diversidade de vidas. E o que estamos querendo sustentar aqui é que esse território de vida é a linha condutora que une AB e apoio, nisso que estamos entendendo ser um sutil e importante redirecionamento nas práticas de atenção e gestão no SUS.

Atenção Básica

A Organização Mundial de Saúde determina a Atenção Básica de um sistema público de saúde como:

[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde [...].¹⁰ (p. 1)

A AB pode ser entendida como o nível de atenção em saúde que está em uma relação mais direta com o cotidiano da vida das pessoas, garantindo maior amplitude de acesso por se aproximar dos territórios e das questões de saúde locais. Ao garantir acesso ela não deve simplesmente ser uma via de encaminhamento, mas deve garantir a resolução das questões de saúde de maior prevalência do território onde se faz presente.

O cuidado da AB junto a seus usuários tem como características: ser um cuidado geral, não sendo restritiva a faixas etárias, tipos de problemas ou condições; ser acessível em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura; ser integrada no sentido curativo, reabilitador, promotor de saúde e preventivo de enfermidades; ser continuado; cuidado que opera por trabalho em equipe; ter uma perspectiva de cuidado centrado na pessoa e não na enfermidade; ser orientado para coletividades (famílias, grupos e comunidades); ser coordenado; confidencial; ser político, defensor dos direitos dos usuários em questões de saúde, em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde¹¹.

Cunha¹¹ afirma a AB como análoga a um filme: ao pensarmos o cinema como uma arte que envolve várias artes (fotografia, música, literatura, teatro, etc.), a AB visa acompanhar a vida das

pessoas, que está necessariamente em movimento, não sendo imagem cristalizada em diagnósticos ou padrões epidemiológicos.

Por isso ela não pode ser uma simples carteira de serviços já definidos. Ela deve se adaptar a cada território, a cada população com o fim de prover saúde e atender as demandas da população em forma de serviços, “produzir interferências nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, alterando-os, modificando as cadeias produtivas das doenças e dos agravos”¹² (p. 12).

Pasche¹² traz apontamentos acerca da complexidade da AB. Geralmente, o serviço de complexidade básica é entendido como um serviço mais simples, ou mais fácil, simplório. Essa concepção parte de um entendimento ainda fundado no especialismo e no modelo biomédico. O nível básico de complexidade não quer dizer de forma alguma menos complexo. Dito de outro modo: é um simples, mas o simples que é o mais difícil de se fazer. A complexidade da AB é poder produzir um entendimento singular sobre cada processo de vida de determinado sujeito e coletivo. Em uma palavra: integralidade. Poder produzir um entendimento integral de saúde, que conjugue diversos fatores, variações, e ainda, poder vislumbrar saídas singulares para os problemas de saúde, saídas nunca antes experimentadas, pois se tratam de sujeitos diferentes e diferentes ao longo do tempo, sujeitos dinâmicos. Sobre isso Campos¹³ afirma também uma grande complexidade na AB:

O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo, nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre estas três diferentes dimensões. Cada sujeito característica singular de cada caso – “cada caso é um caso”.¹³ (p. 2)

Essa é a complexidade da AB: o olhar integral acerca das mais variadas dimensões da vida, e ao mesmo tempo datado e localizado acerca de cada sujeito e coletivo singular – os territórios de vida. Complexidade básica ganha outro sentido então: a complexidade basal, primeira a ser considerada, a complexidade de cada território e cada sujeito. Um trabalho e tanto.

A resolutividade da AB consiste em poder dar respostas aos agravos mais prevalentes de seu território. Certamente haverá muitas coisas que os serviços de AB não poderão resolver. Mas resolver é diferente de responder. Nesse sentido o acolhimento, a autoconstituição como serviço de referência é outra tarefa primordial da AB. As equipes de AB devem responder a todo tipo de situações de seu território. Mesmo quando nada pode fazer no sentido de uma “resolução”, o serviço da AB responde com acolhimento e acompanhamento, um “estar junto”, que também vemos ser a principal chave de cuidado com a população em situação de rua. Um paciente, seja qual necessidade de saúde possua, nunca deixa de ser um paciente de um serviço da AB. Acompanhar, estar junto, dividir a responsabilidade, o problema, deveria ser sempre uma função da AB. Não se responde à doença, mas se responde aos sujeitos, acompanhando seu processo de vida, nos e a partir de seus territórios.

Por essa capacidade de acompanhamento, de “conhecimento de causa”, por esse saber local a ser construído junto ao território é que se preconiza que a AB deve ser a ordenadora do sistema. Ela deve pautar os fluxos tanto da rede quanto a gestão. Deve induzir fluxos, levantar demandas para os outros níveis de atenção, “induzindo gradualmente um sentido organizativo no fluxo assistencial”¹² (p.12). Podemos entender que a AB é o ponto de contato entre a gestão, rede e o território. Ela poderá observar a efetividade das ações. Por isso ela tem uma função na rede de coordenação da clínica¹⁴: ela é ao mesmo tempo fundada na singularidade dos sujeitos e territórios, na integralidade do olhar sobre os mesmos, e na universalidade do acesso.

Essa é uma tarefa básica para a constituição do sistema, mas nada fácil. Tarefa difícil, pois exige mudanças epistemológicas nos saberes que compõem a saúde como campo de conhecimento; porque exige a construção de um acesso universal que consiga ter um olhar singular. A tarefa de coordenação da clínica e filtro para o SUS faz da AB um campo que necessita de uma mudança epistemológica e política acerca dos saberes em saúde, e da concepção de saúde¹⁴. Pasche¹² fala que “a efetividade da

Atenção Básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações" (p. 12).

Apoio

Embora a construção do SUS ainda enfrente desafios importantes para que tenhamos um sistema de saúde com cobertura e acesso considerados satisfatórios, é inegável que, em pouco mais de vinte anos, o SUS logrou alguns avanços importantes. Em relação à AB, por exemplo, podemos afirmar que hoje a Estratégia Saúde da Família está presente em cerca de 94% dos municípios brasileiros, cobrindo uma população de mais de 115 milhões de brasileiros¹⁵. Entretanto, os desafios colocados à consolidação do SUS como política pública de saúde brasileira não se limitam apenas à ampliação da cobertura. Primeiramente porque o acesso não depende somente da cobertura, como vemos no caso das populações de rua, onde a presença de um serviço em sua região não garante acesso⁹. E segundo porque a presença dos equipamentos estatais não garantem práticas qualificadas de atendimento.

A temática do apoio ganha relevância no SUS e há tempos vem sendo discutida por importantes sanitaristas no país, dentre eles, podemos destacar o grupo coordenado por Gastão Wagner Campos, da Unicamp. Esse grupo vem se destacando pela formulação da noção de "apoio Paideia"¹⁶. Método que incide sobre as relações de poder, de saber e afetivas, presentes em todas as instituições, visando à produção de um coletivo crítico que possa produzir análises sobre essas relações e assumir compromissos conjuntos. O autor descreve o método Paideia como sendo um modo de intervenção entre as relações sociais que permite aos atores envolvidos ampliarem suas capacidades de compreensão crítica de si mesmos, dos outros e a dinâmica histórica e social que atravessa as instituições nas quais se inserem.

Para o exercício desse método, é preciso construir junto aos grupos condições para que estes, coletivamente, possam lidar com os aspectos organizacionais do trabalho, que envolvem, entre outras coisas, condições materiais, metas e objetivos institucionais, e também com os aspectos subjetivos do trabalho, os quais envolvem interesses e desejos dos trabalhadores, podemos dizer, a dimensão relacional na maneira como ela se estabelece no campo. Campos¹⁶ enfatiza que se trata de um lidar com. Ou seja, para a metodologia Paideia, o que importa não é organizar ou gerenciar conjuntamente esses aspectos organizacionais e subjetivos do trabalho. A ênfase principal do apoio Paideia consiste em uma inseparabilidade entre os processos de trabalho e a produção de subjetividade. Desenvolver qualquer tipo de atividade significa tomar parte de um processo, formar compromisso com ele. Esse método supõe que a subjetividade se encontra em processo de contínua produção, não havendo uma essência transcendente e imutável que a determine. Assim, a tarefa do apoiador consiste em acompanhar os grupos e auxiliá-los a criar condições para instaurar processos de cogestão que permitam transformar as condições de trabalho e os territórios existenciais envolvidos.

Gustavo Nunes Oliveira¹⁷ propõe uma convenção para diferenciação das terminologias do apoio: apoio institucional, apoio a gestão, apoio matricial. Neste texto nos importa pensar o sentido da função de apoio de forma mais geral, que abarque suas modalidades, na maneira como Oliveira¹⁷ nos auxilia.

O apoio é uma função e uma metodologia. Como função, diz respeito à função exercida por um agente (o apoiador) em relação com uma instituição, que tem a finalidade de produzir análises e intervenções que visem à transformação dos processos de trabalho, mudanças nos modos de gestão, qualificação dos modos de produção e produtos dessa instituição.

O apoiador realiza sua finalidade por meio: (1) da ativação de espaços coletivos, da produção de dispositivos que propiciem a interação e a construção conjunta entre os sujeitos; (2) do reconhecimento e manejo com os afetos envolvidos, as relações de poder e a multiplicidade de saberes, que podem contribuir para a construção de um arranjo coletivo de trabalho mediante essas matérias-primas – os afetos, os poderes, os saberes; (3) manejo e mediação para construção de objetivos comuns, pactuações e contratos para realização desses objetivos; (4) promoção da capacidade de análise e crítica dos coletivos^{16,17}.

A metodologia do apoio se faz por meio da construção de mapeamentos que produzam um:

[...] mapa dinâmico de saberes e de práticas mais ou menos articulados que demarcam balizas e contornos para o fomento de processos de democratização institucional e ampliação da capacidade de sujeitos e de coletivos para análise, para intervenção e para a invenção de si e do mundo [...].¹⁷ (p. 39)

O mapa não tem um sentido em si. Ele serve para construir uma visão coletiva do processo de trabalho, e ao mesmo tempo ir sendo construído, de forma que busque articular os vários elementos que compõem o mundo de determinado trabalho. O apoio é uma aproximação do “mundo do trabalho” com o “mundo da vida”. É que o apoiador vai considerar que o mundo do trabalho e o mundo da vida não são dimensões separadas, mas que comparecem se coproduzindo no âmbito do trabalho. Por “mundo da vida” podemos entender a dimensão extracampo, aquilo que compõe as instituições, mas que não faz parte do que seria seus elementos e estruturas oficiais, a dimensão do trabalho que não é a formal ou protocolar, mas diz respeito a dimensão processual do trabalho, onde estão em jogo os afetos, poderes e saberes produzidos na interação das pessoas. Mas também diz respeito à dimensão política, aos jogos de força, às disputas de poder. Toda instituição tem seu dentro e seu fora, seu visível e invisível, aquilo que está incluído e excluído. E todos esses fatores a compõem, fazem parte de seus processos.

Nesse sentido, apontamos o método de apoio da Política Nacional de Humanização¹⁸: tríplice inclusão. São três dimensões dessa inclusão, ou três dimensões incluídas: (i) os diferentes sujeitos que participam de alguma forma dos processos da instituição; (ii) os analisadores sociais, que são fenômenos do corpo social que evidenciam modos de fazer na sociedade, modos de produzir e construir o mundo, que diz respeito a construção de um olhar crítico; (iii) a inclusão do coletivo, como dimensão do trabalho que é maior do que a soma das partes, que diz respeito a dimensão relacional, aos modos de relação no trabalho, a inclusão da dimensão sensível do trabalho.

Essa inclusão e seu manejo se faz por intermédio da constituição de rodas, análise coletiva dos conflitos, fomento e constituição de redes, aumento do grau comunicacional intrainstituição, entre instituições, com os usuários e territórios¹⁸. Podemos dizer que a constituição de rodas, de espaços coletivos pela tríplice inclusão que o apoiador visa operar, diz respeito a criar condições para habitar um território existencial de determinada equipe de trabalho.

A execução de tal método se faz, segundo Pasche e Passos¹⁹, por um modo de fazer que congrega ação intensivista, ação por contágio, fazendo uma função de referência. Este na verdade é um *ethos* metodológico. Ação intensivista é fazer-se presente e se aproximar da experiência concreta dos coletivos de trabalho, para além dos parâmetros extensivos e gerais da política. Isso quer dizer estar atento e tomar como matéria-prima o modo singular como os coletivos vão implementar, apropriar-se dos parâmetros extensivos da política – os que têm a função de dar conta dos parâmetros gerais dos territórios. O que seria o extensivo da política, aquilo que está nas portarias e cartilhas deve ser assimilado não por imposição, mas por contágio, pela apropriação singular que os coletivos fazem delas. Isso diz respeito à postura do apoiador: lateralidade. O apoiador deve então ter uma postura de estar ao lado dos sujeitos que compõem o arranjo de trabalho o qual apoia. Nesse sentido o apoio seria outro método de produção de políticas estatais, pois ajuda a instituir, a partir da tensão entre o que já está instituído e aquilo que ainda é processo não formado, o que está em vias de se instituir.

O apoio opera na região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, onde esses domínios se interferem mutuamente¹⁸. Por isso tomamos a clínica operada junto à população de rua como um exemplo que se aproxima do apoio, no sentido da postura na relação apoiador e campo apoiado.

Considerações finais

A mudança nos sentidos das práticas no SUS diz respeito ao estabelecimento de outra relação com os territórios que intervêm: isso tanto no que toca à atenção quanto à gestão. Essa mudança na relação passa por considerar os territórios como dinamicidades vivas, constituídas de uma

diversidade de fatores e passíveis de serem transformadas. Isso implica uma postura de acolhimento, acompanhamento e produção da política a partir de cada território.

A rua é o território nas grandes cidades onde essa necessidade de mudança de modelo é levada ao limite. O problema colocado ao agente de uma clínica de rua é similar ao problema da construção da AB e do apoio: como intervir em uma realidade diversa, sem cair no risco de produzir normalizações, adaptações a modelos preestabelecidos?

O que a rua nos aponta nos serviços de saúde e políticas públicas em geral, que visam ao cuidado, é que não basta saber dos protocolos, não basta ter a técnica e os insumos necessários: o que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários⁷. A capacidade de articulação e conexão com os diversos elementos que compõem um território existencial singular, que estão para além do olhar ou objeto de trabalho mais protocolar da saúde.

Nossa proposição vai justamente atentar ao espaço relacional: como se portar nessa relação? Que ética nos conduz nessa prática? Podemos dizer uma ética de acolhimento e acompanhamento da diferença e da produção de diferença a partir de cada realidade é o objetivo geral tanto da AB, quanto do apoio. Em última instância reconhecemos ser esta a ética que permeia as intervenções que se fazem presentes a partir do uso de uma metodologia de apoio. O cuidado com a população de rua nos faz entender, portanto, que a ética necessária ao trabalho na AB não difere da ética do apoio.

Colaboradores

Iacã Macerata responsabilizou-se pela proposição da ideia do artigo, pela discussão e articulação entre a teoria e a experiência. José Guilherme Soares e Julia Florêncio Carvalho Ramos se responsabilizaram pela discussão com as questões colocadas e revisão do texto.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília (DF): MS; 2004.
2. Ministério da Saúde. Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção No SUS. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Guattari F. Caosmose. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
4. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método cartográfico. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 131-49.
5. Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina; 2007.
6. Lourau R. Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
7. Macerata I. Como bruxos maneando ferozes: relações de cuidado e controle no fio da navalha: análise de um dispositivo da política pública para crianças e adolescentes em situação de rua [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2010.
8. Fuão F. Canyons: Av. Borges de Medeiros e o Itaimbezinho. Porto Alegre: Fumproarte; 2001.
9. Rosa AS, Caviccholi MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13(4):576-82.

10. World Health Organization. Alma-Ata Declaration [Internet]. Alma-Ata; 1978 [acesso 2012 Jul 30]. Disponível em: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1
11. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
12. Pasche D. Contribuições da Humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humanizassus Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2010. p. 11-28.
13. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes: documento preliminar. Rio de Janeiro: Abem; 2005.
14. Cunha G. Atenção Básica e o desafio do SUS. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humanizassus Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2010. p. 29-46.
15. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Expansão do Saúde da Família [Internet] [acesso 2013 Mar 22]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/PROESF/expansao_sf.php
16. Campos G. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
17. Oliveira G. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.
18. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2008.
19. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. Cienc Saude Colet [Internet]. 2011 [acesso 2012 Jul 15]; 16(11):4541-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>

Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. El apoyo como cuidado de territorios existenciales: la Atención Básica y la calle. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:919-30.

El objetivo de este artículo es mostrar una línea de conexión entre las siguientes prácticas: del apoyo, de los equipos de atención básica y del cuidado de la población que vive en la calle dentro del ámbito del Sistema Brasileño de Salud (SUS). A partir de lo que entendemos como el objeto de cada una de esas prácticas, los territorios de la vida, utilizaremos el concepto de "territorio existencial" de Felix Guattari, buscando afirmar una cierta lógica de relación con ese objeto. Tal lógica está presente tanto en la práctica del apoyador como en el trabajo de los servicios de Atención Básica. Para mostrar esa línea de conexión, utilizaremos para el análisis algunas cuestiones planteadas en el cuidado de la salud de la población que vive en la calle.

Palabras clave: Apoyo. Atención básica. Personas sin hogar. Territorio. Cuidado.

Recebido em 24/04/13. Aprovado em 22/08/13.