

# A EXPERIÊNCIA NO LUGAR DA (CO)GESTÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sharyel Barbosa Toebe  
Itauane de Oliveira

## RESUMO

Este trabalho é escrito com o objetivo de processo de reflexão sobre o lugar do psicólogo na gestão das políticas do SUS e a importância da experiência neste espaço na formação em Psicologia. Trata-se de uma reflexão realizada a partir do lugar de estagiárias, tendo em vista que o mesmo nos proporciona a liberdade do questionamento, mas também, algumas limitações referentes às nossas ações e práticas. O ponto de partida de nossa reflexão é o ingresso no segundo ano do estágio curricular em Psicologia da UNISC, sendo a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde o campo ao qual nos inserimos, mais especificamente o Núcleo de Ações em Saúde. Neste campo, acompanhamos as ações realizadas por duas profissionais da psicologia, que trabalham com a práxis do apoio institucional, o que nos levou a indagar as possíveis construções que este saber psicológico pode realizar neste importante espaço do SUS. A partir destas indagações, nos propusemos a problematizar a intersecção da psicologia com o SUS, sendo que para isso realizamos uma busca teórica acerca da regionalização em saúde, procurando compreender de que modo a gestão do SUS está organizada, bem como a compreensão da práxis do apoio institucional em si. A metodologia do apoio institucional é uma valiosa ferramenta no sentido de democratizar os processos de gestão, auxiliando no aumento da autonomia dos sujeitos, propiciando espaços onde seja possível planejar ações e intervenções coletivamente. Assim, há uma ruptura com as tradicionais formas de fazer gestão, buscando a criação e a construção de uma gestão coletiva, participativa e menos hierárquica, onde não há uma supremacia de saber, mas sim, uma complementariedade de ideias, práticas e conhecimentos. Desse modo, os gestores do SUS, tanto a nível federal, estadual ou municipal, desempenham um papel fundamental no modo como é desenhado às práticas de atenção à saúde por meio da gestão das políticas públicas, porém, contudo, não governam sozinhos. É imprescindível compreender que assim como os gestores, os trabalhadores e usuários do SUS também são responsáveis pelo governo das políticas de saúde, e sabendo fazer uso das estratégias corretas, podem ampliar essa capacidade de governabilidade, contribuindo para que haja uma transformação nas práticas de saúde. Dessa forma, os serviços de saúde são espaços onde há a intervenção de diferentes atores, que a partir de sua capacidade de autogoverno, tencionam a polaridade existente entre autonomia e poder. Por conseguinte, levando em conta tais considerações, nos lançamos no desafio de delinear possíveis caminhos onde seja possível construir espaços onde o saber e a escuta própria da psicologia possa contribuir de maneira valiosa na construção de uma gestão do SUS democrática, coletiva e equânime. Concluimos que pensar e praticar a (co)gestão em saúde no SUS é um posicionamento ético-político desse fazer e não somente uma forma de trabalho, cabendo a nós profissionais e futuros profissionais de psicologia, escolher ao que nos aliamos, e quais são os movimentos e intercessões que fazemos entre a Psicologia e o SUS, compactuado, assim como se espera dos gestores, compromissos coletivos.

**Palavras chaves:** Apoio institucional. Co-gestão. Psicologia. Políticas Públicas em Saúde.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é escrito com o objetivo de processo de reflexão sobre o lugar do psicólogo na gestão das políticas do SUS e a importância da experiência neste espaço na formação em Psicologia. Trata-se de uma reflexão realizada a partir do lugar de estagiárias, tendo em vista que o mesmo nos proporciona a liberdade do questionamento, mas também, algumas limitações referentes às nossas ações e práticas. Assim, é importante sinalizar que é deste lugar que falamos, sendo que as questões que nos atravessam podem ser diferentes das que atravessam aqueles que ocupam outros lugares neste espaço da gestão.

Para iniciar, faz-se necessário o delineamento deste lugar. Desse modo, tomamos como ponto de partida de nossa reflexão, o ingresso no segundo ano do estágio curricular em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, sendo a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde o campo ao qual nos inserimos, mais especificamente o Núcleo de Ações em Saúde. A sede da 13ª CRS está alocada no município de Santa Cruz do Sul, em um prédio alugado no centro da cidade. Cabe a 13ª CRS dar apoio e respaldo técnico a treze municípios da região central do Rio Grande do Sul, sendo eles: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. Segundo informações disponíveis na página virtual da Secretária Estadual de Saúde, há uma população de 327.158 habitantes na área, sendo que o território abrangido pela 13ª CRS corresponde à 28ª região de saúde do estado.

Consideramos necessária a compreensão sobre o que é uma região de saúde, para compreender o processo histórico da constituição dessa forma de organização regional da saúde. Segundo Weigelt (2016), a regionalização propõe ações em rede entre municípios próximos a fim de tornar mais resolutiva as necessidades de saúde de cada usuário do SUS. Ela prevê estratégias para orientar a organização dos serviços de saúde, integrando as capacidades dos municípios, organizando de forma hierárquica (em níveis de atenção) a rede de serviços de atenção à saúde da população de uma área delimitada.

Desse modo, primeiramente realizaremos uma breve explanação sobre o conceito de regionalização em saúde, tendo em vista compreender as mudanças ocorridas na gestão do SUS ao longo dos últimos anos. Tais mudanças culminaram na introdução de novas metodologias de gestão, sendo uma delas o apoio institucional, o qual abordaremos ao longo do presente trabalho. A inserção de tal metodologia no SUS tornou possível a construção de um espaço de cogestão no SUS, onde trabalhadores, apoiadores institucionais e gestores construam coletivamente as ações e intervenções necessárias em cada contexto. Assim,

partindo da nossa experiência de estágio, onde acompanhamos duas psicólogas exercendo a práxis de apoiadoras institucionais do SUS, nos lançamos no desafio de delinear possíveis caminhos onde seja possível construir espaços onde o saber e a escuta própria da psicologia possa contribuir de maneira valiosa na construção de uma gestão do SUS democrática, coletiva e equânime.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### A regionalização em saúde

O processo de regionalização na saúde surge na Constituição Federal de 1988, com a definição do Sistema Único de Saúde como uma rede “regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde” (p.10), sendo constituído a partir das ideias de descentralização, participação comunitária e atendimento integral, tendo como prioridade as ações preventivas, sem prejuízo aos serviços de caráter assistencial. (BRASIL, 2013). Embora nos primeiros anos de implantação do SUS, os gestores da saúde tenham mantido como preocupação prioritária a municipalização e o financiamento, em meados dos anos 2000, com a reconfiguração do modelo de atenção a saúde, os gestores municipais e estaduais perceberam a urgência e necessidade de se apropriarem dos processos referentes à regionalização da saúde, buscando desse modo, aprimorar as ferramentas de gestão compartilhada.

A regionalização tem como base, a descentralização do poder, e pode ser compreendida, conforme definição de Paim (2009) citado por Guimarães *et al.* (2013, p. 4), como:

“[...] a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento”.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2002, que tem em seu cerne, o objetivo de ampliar o processo de descentralização e organização do SUS, bem como a responsabilização dos municípios e “estabelecer a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços do SUS” (s/p), serviu como base para a estruturação da Secretária Estadual do RS. Desse modo, o território do RS foi recortado em 172 módulos assistenciais, 93 microrregiões e 07 macrorregiões de saúde, sendo que para tal, foi tomado como ponto de partida o território das regiões administrativas, que são as responsáveis pela gerência de um conjunto de municípios em um determinado território.

Essas regiões administrativas são compostas pelas coordenadorias regionais, que antes eram classificadas como delegacias regionais, e são os órgãos da SES que mais se aproximam do território, sendo fundamentais para a gestão do SUS a nível locorregional, visto que elas possuem uma maior proximidade e um maior diálogo com os gestores municipais, configurando-se desse modo, como importantes espaços de disputas políticas. Dessa forma, levando em consideração tais apontamentos, o que compreendemos desse processo, é que as coordenadorias respondem por uma gestão mais a nível administrativo, enquanto a regionalização é uma organização a nível prático e territorial, que visa dar conta de atender as necessidades da população na sua própria região de saúde, organizando e estruturando serviços de saúde que possam dar conta.

A nível de Brasil essas questões precisaram ser retificadas no decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispendo sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento e assistência em saúde e articulação interfederativa. Segundo o inciso I do artigo 2º deste decreto, uma região de saúde é

[...] o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011, s/p).

Weigelt (2016 p. 7) realizou um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na 28ª região, onde pondera que “descentralização refere-se ao processo de implementação da regionalização da saúde, deixando de ser apenas administrativa, ou técnica e fiscal, e adquirindo uma natureza política, com a participação dos entes federados (União, Estado e Municípios) e da sociedade”. Ainda segundo esta autora, a regionalização propõe ações em rede entre municípios próximos a fim de tornar mais resolutiva as necessidades de saúde de cada usuário do SUS. Ela prevê estratégias para orientar a organização dos serviços de saúde, integrando as capacidades dos municípios, organizando de forma hierárquica (em níveis de atenção) a rede de serviços de atenção à saúde da população de uma área delimitada. É por esse processo que humanização e qualidade devem transversalizar a lógica de acesso universal e equânime.

Desse modo, a regionalização da saúde enquanto conceito é uma grande conquista. Contudo, ainda é um grande desafio em termos de efetivação no cotidiano dos principais atores deste processo: os gestores e os trabalhadores da saúde. Para que este processo seja viável de fato, é necessário ampliar a visão dos gestores municipais, que de modo geral, ficam restritas às questões territoriais de cada município, fragmentando e individualizando questões

que são do âmbito coletivo e social. Faz-se urgente compactuar compromissos coletivos, pois conforme Guimarães (2005), “qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos” (GUIMARÃES, 2005. p.1024).

### **Breve histórico da constituição do apoio institucional no SUS**

Tendo em vista que o papel da gestão estadual e das coordenadorias regionais de saúde modificou-se a partir das diretrizes pautadas pela regionalização da saúde, novas atribuições foram desenhando-se no cotidiano das CRS, que passaram a atuar mais como órgãos de apoio, abandonando o caráter policalesco de outrora. Assim, um novo modo de fazer gestão foi se constituindo, sendo que o apoio institucional é um dos principais instrumentos utilizados a fim de efetivar esse novo modelo de gestão. Desse modo, para compreender o que é apoio institucional, é importante conhecer o cenário que estava desenhado no momento de seu surgimento enquanto política, para que seja possível entender as suas principais premissas.

Mudanças significativas entre a relação Estado-sociedade surgiram a partir da implantação do SUS em nosso país, visto que ele deve operar a partir de diretrizes como a descentralização, a participação popular e o controle social. Contudo, em meio ao crescimento dessa importante política brasileira, acompanhamos também o avanço do neoliberalismo na América Latina, e com ele o surgimento de discursos referentes à “privatização/desestatização, contenção de gastos públicos e seleção das demandas sociais” (p.895), sendo este um dos principais desafios da reforma sanitária brasileira. (PEREIRA;CAMPOS, 2014 ).

Segundo Campos (2014), mediante o cenário ao qual estamos inseridos, não há como dissociar a gestão da lógica capitalista de mercado, de forma que muitas vezes, se pensa a gestão apenas pelo viés financeiro, restringindo este complexo processo à avaliação de metas, de modo que é necessário um constante cuidado para não ser capturado pela reducionista lógica da produção. Conforme Pereira e Campos (2014), em frente a tais desafios, é necessária a constante revisão de estratégias que visem minimizar os problemas encontrados nos cotidianos dos serviços, de forma que seja possível construir um SUS que preze pela equidade e universalidade acima de tudo. No ano de 2003, com as mudanças de governo a nível federal que vivenciamos, embora não tenha havido uma ruptura radical com o modelo de atuação do Estado, tivemos um período onde foi possível se iniciar uma série de modificações referentes às políticas sociais do Brasil.

Ainda conforme os autores, foi a partir desse novo cenário que surgiram os primeiros

documentos do Ministério da Saúde que faziam referência à estratégia de apoio institucional, podendo-se dizer que há dois importantes movimentos de formulação e implantação do apoio institucional no MS. O primeiro deles foi à elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH) e a criação do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), sendo que ambos se encontravam posicionados institucionalmente na Secretaria Executiva (SE). Cabe ressaltar que a PNH é a única política do MS que “mantem atuação, discurso e formulação teórica sobre o apoio institucional, desde 2003 até os dias atuais” (PEREIRA; CAMPOS, 2014, p.898).

Um segundo movimento em direção à consolidação do apoio institucional pelo Ministério da Saúde teve início no ano de 2011, com a construção do documento intitulado “Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS”, que ressalta a importância e relevância dessa estratégia. Tal movimento tem como objetivo maior, o fortalecimento da gestão do SUS, com vistas a ampliar o acesso e aumentar a qualidade dos serviços de saúde. Segundo este documento, o apoio tem como objetivo o fortalecimento da gestão do SUS:

Partindo do pressuposto que há uma noção geral comum de apoio/cooperação que deve permear as relações interfederativas na busca da garantia do direito à saúde e que possa evocar a expressão de forças, composições e conflitos, o “Apoio Integrado” configura-se numa estratégia do Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo maior, fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde com vistas à ampliação do acesso e a da qualidade dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto 7.508/11. (BRASIL, 2012, p.8)

Ainda conforme as diretrizes desse documento, o apoiador deve ter como imperativo do seu trabalho a inserção em espaços coletivos, buscando encontrar uma articulação entre o cuidado e a gestão, visando encontrar novos modos de operar e produzir nas organizações. Desse modo, o trabalho do apoiador institucional envolve uma tríplice tarefa – “ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das Políticas de Saúde” (BRASIL, 2012, p.9). Dessa forma, para que a operacionalização do apoio possa ser colocada em prática, foram instituídas equipes de referência em cada estado brasileiro, sendo que estas equipes são compostas por apoiadores de diferentes áreas da saúde, a fim de compor um arranjo de trabalho multiprofissional.

Cabe ainda ressaltar que de acordo com Pereira e Campos (2014), é importante atentar para o fato de que, apesar de partirem dos mesmos pressupostos, o apoio institucional e o matriciamento divergem em suas ações, visto que o matriciamento é um dispositivo de gestão clínica, enquanto o apoio institucional é uma estratégia de gestão das redes, dos serviços e dos



sistemas de saúde. Conforme o documento “Cadernos de referência para o processo de formação de profissionais de apoio institucional do Ministério da Saúde”, disponibilizado a partir de 2011,

[...] a função apoio institucional se concretiza num modo inovador de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte aos movimentos de mudança deflagrados por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. As diretrizes do apoio institucional integrado são a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, aproveitando as lacunas para ativar movimentos que produzam diferença/ruptura com o que está instituído, ou seja, que busque novos modos de produção da atenção e da gestão na saúde e maior implicação e satisfação dos trabalhadores com seu próprio trabalho. (BRASIL, 2011, p. 15)

Desta forma, este método de apoio torna-se uma valiosa ferramenta para que seja possível democratizar os processos de gestão, auxiliando no aumento da autonomia dos sujeitos, propiciando espaços onde seja possível planejar ações e intervenções coletivamente. Assim, há uma ruptura com as tradicionais formas de fazer gestão, buscando a criação e a construção de uma gestão coletiva, participativa e menos hierárquica, onde não há uma supremacia de saber, mas sim, uma complementariedade de ideias, práticas e conhecimentos.

### **Processos metodológicos: A práxis do apoio institucional**

Conforme aponta Romagnoli (2006), os saberes são produzidos como formações discursivas e práticas, em determinados momentos históricos, de modo que eles estão intimamente ligados com a questão do poder. Desse modo, é necessário repensar e questionar as nossas práticas constantemente, pois há a necessidade de uma constante atualização delas em relação ao contexto social-político-histórico em que estamos inseridos, sendo impossível pensar em um cuidado em saúde mental estanque e absoluto. Nesse sentido, e partindo da perspectiva de apoio institucional, em consonância com as experiências vivenciadas nesse período de estágio, pensamos o apoio institucional como uma deslocação dos saberes instituídos nos cotidianos dos serviços de saúde, para a expansão e a criação de novas possibilidades e práticas.

Para Campos (2014), o trabalho em saúde é definido como uma práxis, no sentido de ser um trabalho muito próximo do que fazem os artesões, que tecem e moldam as suas artes cotidianamente, sendo que cada uma dessas construções são próprias e singulares, apesar de guardarem em si uma mesma essência. Não se pode negar que há a necessidade, nesse processo de tessitura, da apropriação de conhecimento, teoria e técnica, por parte do

trabalhador de saúde, mas sempre levando em conta que isto ocorre no ato deste processo. O trabalho em ato, conforme Merhy e Feuerwecker (2010), diz de uma prática que não se restrinja as burocratizações cotidianas, nem que esteja enrijecida por protocolos e padrões automatizados, mas que possa ser construída a partir de cada situação, abrindo espaço para que novos arranjos e modos de cuidados emergjam diante da singularidade de cada momento. Há sempre a necessidade da construção de um diagnóstico situacional, que leve em consideração as diversas esferas e atravessamentos que residem no processo saúde/doença, levando em conta os diversos fatores envolvidos nesse processo – sociais, subjetivos e orgânicos.

Ainda conforme os autores, os gestores do SUS, tanto a nível federal, estadual ou municipal, desempenham um papel fundamental no modo como é desenhado às práticas de atenção à saúde por meio da gestão das políticas públicas, porém, contudo, não governam sozinhos. É imprescindível compreender que assim como os gestores, os trabalhadores e usuários do SUS também são responsáveis pelo governo das políticas de saúde, e sabendo fazer uso das estratégias corretas, podem ampliar essa capacidade de governabilidade, contribuindo para que haja uma transformação nas práticas de saúde. Ainda conforme o autor, os serviços de saúde são espaços onde há a intervenção de diferentes atores, que a partir de sua capacidade de autogoverno, tencionam a polaridade existente entre autonomia e poder. Desse modo, esses são espaços que comportam uma riqueza muito grande, onde há a possibilidade “de construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários)” (MERHY; FEUERWECKER, 2010, p.8).

Nesse sentido, o apoio institucional pode potencializar os espaços coletivos, propiciando uma desconstrução da lógica que predomina os espaços de saúde, agindo no campo micropolítico, que nesse caso diz respeito ao cotidiano de trabalho dos serviços e as práticas que nele estão postas. (MERHY; FEUERWECKER, 2010). Assim, o apoiador institucional não faz pela ou para as equipes, mas atua no sentido de construir coletivamente, junto com as equipes, as ações e intervenções que são necessárias em cada contexto. Ele pode atuar com vistas a facilitar os diálogos, a mediar os conflitos, ampliar a capacidade de reflexão do grupo e também, trazer ofertas que possam facilitar os processos de trabalho. (PEREIRA; CAMPOS, 2014).

Desse modo, conforme Campos (2014), o apoio institucional pode ser considerado uma metodologia que tem o aporte de um referencial teórico que dê conta de compreender a cogestão, o SUS, a saúde e o sistema público, mas que tem como principal objetivo, viabilizar



uma gestão participativa e capilarizada. Nesse processo, é de extrema importância que se leve em conta a experiência e os conhecimentos próprios dos trabalhadores e usuários sobre o seu território, de modo a sempre pensar esses pares em interlocução com o contexto social ao qual estão inseridos. Desse modo, há algo que parte do apoiador institucional, e que será ofertado a partir das suas perspectivas teóricas e empíricas, mas também há algo que emerge do diálogo com as demandas oriundas daquele que recebe tal oferta, seja ele um trabalhador ou usuário.

Também reside no apoio institucional algo que é da dimensão política, e que diz respeito ao modo como as pessoas resistem, criam alianças, constroem e lidam com as relações de poder presentes em seus cotidianos, sendo necessário pensar como é possível tornar esse processo mais democrático. Além dessa dimensão política presente no apoio institucional, há também algo que é da dimensão subjetiva, e que se faz presente nesse processo através dos afetos e das emoções. (CAMPOS, 2014). Esta é uma dimensão extremamente importante, devido ao fato de que o apoio tem em seu intuito ampliar o campo reflexões e intervenções possíveis do sujeito, e para que isso seja possível, é imprescindível pensar de que modo somos afetados pelas forças presentes em nosso cotidiano e na nossa práxis. Merhy e Feuerwecker (2010) apontam “que longe de ser uma “caixa vazia”, todo o trabalhador traz consigo uma bagagem, que comporta as ideias, os valores e as concepções acerca de saúde de cada um, bem como a sua percepção de como o cuidado em saúde deve ser realizado. Conhecer tal bagagem é muito importante, visto que é ela que pode definir como os trabalhadores de saúde utilizam os seus espaços de autonomia, e quais são as ações que eles realizarão a partir dos *a priori* que carregam consigo.

Segundo Romagnoli (2006), em detrimento das capturas que o capitalismo realiza em termos de subjetividade, no sentido de alienar, serializar e normatizar os modos de existência humana há também em nosso cotidiano, uma dimensão que comporta uma importante potência de vida, e que pode ser de grande valor para a invenção de novos modos de vidas que fujam às tão famigeradas capturas da vida moderna. Nesse sentido, a aposta na capacidade de reconstrução do ser humano é algo de grande valor, pois são essas linhas de fugas que serão inventivas, no sentido de gerar processos positivos e singulares, de produção de vida e cuidado. É essa aposta que deve ser feita pelo apoiador institucional para que assim, como nos indica Machado e Lavrador (2007, p.6), seja possível fazer o exercício que nos conduza ao abandono das verdades absolutas, dos desejos de dominar, “da crítica que só quer destruir e não quer nunca afirmar”, para apostar em uma reinvenção coletiva dos processos de trabalho e das formas de se produzir saúde.

De acordo com Campos (2014), um dos grandes elementos presentes no apoio

institucional é a ideia de cogestão, ou seja, a gestão participativa. Na gestão, não se pode ficar restrito ao campo das ideias, de modo que é necessário que sejam tomadas decisões, bem como que haja intervenções com vias a resolutividade das problemáticas postas em cada situação. A ideia do apoio parte do pressuposto que precisamos agir sobre o mundo, a fim de gerar efeitos e mudanças no tecido social, de modo que para efetuar tal desafio é necessária a constituição de espaços coletivos, onde seja possível pensar as estratégias de intervenção em conjunto. Para Merhy e Feuerwecker (2010) a condição necessária para que seja possível pensar em mudanças no cotidiano dos serviços, é a percepção de que a “maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho” (p.12). Neste sentido, o olhar do outro é o que muitas vezes leva os trabalhadores a colocar em análise o modo como estão operando, o que faz do trabalho coletivo algo de muita importância nesse processo. Desse modo, os problemas e conceitos que antes pareciam imutáveis, passam “a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo” (p.12).

Ainda segundo os autores, como todas as atividades humanas, as práticas em saúde são atos produtivos, pois sempre atuam no sentido de modificar e produzir algo, se configurando também como trabalho porque “visam produzir efeitos, alterando um estado de coisas estabelecido como necessidades” (MERHY; FEUERWECKER, 2010,p.14). É um trabalho que tem o compromisso ético com as necessidades da sociedade e também, com as necessidades próprias de seu usuário de direito. Dessa forma, é importante salientar, que o apoio institucional, além de ser uma importante estratégia de democratização do SUS, é também uma importante ferramenta de responsabilização sanitária, no sentido de pensar os lugares ocupados pelos profissionais de saúde e refletir sobre os resultados do trabalho realizado. Essa reflexão é de extrema importância para que se haja uma qualificação nos processos de trabalho no SUS, bem como se priorize as demandas dos usuários, a fim de que seja construir um SUS que esteja realmente de acordo com as suas diretrizes básicas: a universalidade, a integralidade e a equidade.

### **Resultados: O lugar da Psicologia na gestão do SUS: construções possíveis**

Nos seus primórdios, a psicologia enquanto ciência procurou evidenciar o seu caráter científico, o que a tornou mais próxima do modelo teórico das ciências biológicas e da perspectiva teórica positivista. Desse modo, buscando adotar a neutralidade científica própria de outras áreas de atuação, durante muito tempo a psicologia ficou conhecida como uma ciência despolitizada, elitizada e dissociada das questões sócio-históricas próprias do seu

contexto. Contudo, esse paradigma vem sofrendo constantes mudanças devido a uma série de fatores, sendo um deles, a inserção dos profissionais de psicologia no Sistema Único de Saúde. Tal inserção solicitou dessa categoria profissional um novo reposicionamento ético e político, o que corroborou para que uma nova postura fosse adotada pelas psicólogas e psicólogos brasileiros, havendo um maior diálogo entre as práticas e intervenções realizadas e o contexto social que os circunda.

De Souza (2012), nos aponta que é necessário ter cuidado para que não se pratique um trabalho com pretensões a ajustar comportamentos e minimizar intensidades, mas sim, um trabalho que aposte “em outros arranjos existenciais de menos sofrimento, de criações de si e de mundos possíveis” (p.8). Para tal, é necessário que a nossa práxis esteja em constante interlocução com a conjuntura política, social e histórica na qual se está inserido, de forma que o meu fazer psicológico esteja coerente com a realidade que me circunda. Na gestão, mais do que nunca, é extremamente necessário esse deslocamento, pois além das demandas de cunho clínico, que recebemos em alguns casos de apoio institucional, há também “um fazer” que é muito no campo social e político, e que nos demanda um olhar ampliado para o território e a realidade que nos circunda.

Desse modo, trabalhar com políticas públicas requer que abdicemos das nossas zonas de conforto e lugares-comuns, para adentrar um mundo em que a criação, as dúvidas e os questionamentos, imperem sobre as verdades absolutas que carregamos conosco. Para que isso seja possível, segundo Machado e Lavrador (2007), é necessário que aja uma disponibilidade objetiva e subjetiva de afetar e ser afetado, de modo que seja possível colocar em análise “as nossas posturas, as nossas concepções, os nossos preconceitos, os nossos endurecimentos, as nossas permeáveis impermeabilidades ao que difere, ao que é diferente de nós mesmos” (p. 13). É necessário que tenhamos o desejo de construir novas práticas de cuidado, tendo em vista, valorizar o saber coletivo e os fazeres solidários. Como nos aponta Machado e Lavrador, as políticas também são constituídas pelos atores sociais, de forma que devemos assumir a importância e a responsabilidade que há no nosso papel:

Nesse sentido, faz-se necessário a manutenção da autonomia, da crítica, da afirmação de proposições e da garantia dos inúmeros avanços já conquistados na esfera da assistência e da legislação, por parte dos atores sociais, tanto no que se refere à criação de políticas públicas quanto no que tange à pressão social junto ao Estado, para que as proposições políticas venham expressar os anseios e responder às necessidades da população, através da formalização destas nas políticas estatais. (MACHADO E LAVRADOR, 2007, p. 7).

Portanto, cabe a nós profissionais de psicologia, escolher ao que nos aliamos, e quais são os movimentos e intercessões que fazemos entre a Psicologia e o SUS. Para Benevides (2005,

p.23) não é possível pensar em práticas que “não estejam comprometidas com o mundo, com o país que vivemos, com as condições de vida da população brasileira e com o engajamento na produção de saúde”. Esse comprometimento é necessário para que se produza sujeitos autônomos, que sejam protagonistas e coparticipantes do seu processo de produção de saúde, de forma que seja possível fazer uma interface entre a Psicologia e o SUS, onde há a certeza que o “processo de inventar-se é imediatamente invenção do mundo e vice-versa” (2005, p.24).

Pensar-fazer políticas de saúde exige, então, criação de dispositivos, exige criação de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. Aqui certamente a Psicologia pode estar, aqui ela pode fazer intercessão. Insistimos, não basta à distância formular, regular, controlar políticas, é preciso criar modos, criar dispositivos que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades de todos estes atores. (BENEVIDES, 2005, p.24).

Algo que se fez questão para nós durante este percurso de estágio é a diferença que o psicólogo, a partir de seus referenciais teóricos, pode fazer neste local de gestão, e quais são as construções possíveis de serem feitas a partir deste lugar. Levando em consideração que a gestão das políticas do SUS é divergente da gestão clássica, no sentido de não ser uma gestão somente preocupada com os recursos financeiros, bem como de ser uma gestão que tem como intuito propiciar espaços de construção coletiva, pensamos ser de grande valia a interlocução com os saberes advindo da Psicologia. Desse modo, a escuta psicológica pode conferir novos sentidos as famigeradas demandas existentes nos cotidianos dos serviços de saúde, pois a partir dos referenciais teóricos que carregamos conosco em nossa caixa de ferramentas psi, é possível traduzir algumas demandas, ao invés de simplesmente acatá-las. Tal “escuta para além da demanda” pode ser de grande importância no caminho de se construir um diálogo sincero com os municípios que devemos prestar apoio, e também na identificação de possíveis nós existentes nos processos de trabalhos das equipes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho objetivou a realização de uma escrita reflexiva de compreensão da experiência neste campo, mas também contribuir para o campo da psicologia, para que possamos pensar as práticas “psi” fora dos enquadramentos clínicos espacialmente ditos, entendendo assim, a clínica enquanto campo político. E ainda, pensar a política enquanto campo clínico, presente em todos os posicionamentos que nós psicólogos tomamos, para que sejam também em postura de acolhimento, tanto nas demandas de cada sujeito quanto nas demandas sociais, como a consolidação do SUS.

Desta forma, devemos pensar e praticar (co)gestão como posicionamento ético-político desse fazer e não somente como uma forma de trabalho, cabendo a nós profissionais e futuros profissionais de psicologia, escolher ao que nos aliamos, e quais são os movimentos e intercessões que fazemos entre a Psicologia e o SUS, compactuado, assim como se espera dos gestores, compromissos coletivos.

Este trabalho pensou questões micropolíticas, porém é necessário destacar que não se faz no micro sem as condições do macro e vice-versa. Desta forma, segundo Merhy (1997), a mudança nos modos de produzir saúde tem de ser um compromisso coletivo com o objetivo de modificar o cotidiano das operações do trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, não servirão para quase nada. Desta forma, pontua-se a necessidade de responsabilização e comprometimento, também pelo nosso sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BENEVIDES, Regina. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? / *Psicologia & Sociedade*; 17 (2): 21-25; Maio/Ago. 2005 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822005000200004&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822005000200004&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 06 abr 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Painel de Indicadores do SUS. Temático Regionalização da Saúde, n 8, v 5, 76 p. Brasília – DF, 2013.
- \_\_\_\_\_. *Decreto-Lei n. 7508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. República Federativa do Brasil, DF, 2011. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. *Lei no 8.080, de 19 de setembro*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização*. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373*. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União, 28 fev. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Brasília (DF): MS; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS*. Brasília (DF): MS; 2012

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e institucional em Saúde. Entrevistadora: RIGHI, Liane Beatriz. In: *Interface: comunicação, saúde, educação*. 18 Supl 1:1145-1550, 2014. Disponível em: <<http://interface.org.br/publicacoes/gastao-wagner-de-sousa-campos-apoio-matricial-e-institucional-em-saude-entrevista-com-gastao-wagner-de-sousa-campos-supl-12014/>>. Acesso em: 06 abr 2017.

DE SOUZA, Alice De Marchi Pereira. Clínica e Política: uma experiência limítrofe. *Revista NAVCV*, Minas Gerais, nº 1, 2012. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/brunomms/souza-alice-de-marchi-clinica-e-politica-uma-experincia-limtrofe>>. Acesso em: 06 abr 2017

GUIMARÃES, Cristian Fabiano; *et al.* Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional. In: *Anais 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte, MG, 2013. Disponível em: <[http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais\\_painel/010.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/010.pdf)>. Acesso em: 06 abr 2017.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de Saúde e escalas geográficas. In: *Cadernos de Saúde Pública*. 21(4) 1017-1025, RJ, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400004)>. Acesso em: 06 abr 2017.

JUNIOR, N. P.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)*[online]. 2014, vol.18, suppl.1, pp.895-908. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0895.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2017.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Vivências*, n. 32, 2007 p. 79-95. Disponível em: <[http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET\\_32/CAP%205\\_LEILA%20D%20MACHADO\\_E\\_MARIA%20CRISTINA.pdf](http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%205_LEILA%20D%20MACHADO_E_MARIA%20CRISTINA.pdf)>. Acesso em: 06 abr 2017.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 60-75.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília (DF): MS; 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 10 abr 2017.

PEREIRA JUNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. In: *Interface*, Botucatu. v. 18, supl. 1, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832014000500895&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000500895&lng=en&nrn=iso)>. Acesso em: 06 abr 2017.



ROMAGNOLI, Roberta C. Algumas reflexões acerca da clínica social. *Rev. Dep. Psicol.,UFF*, Niterói , v. 18, n. 2, p. 47-56, Dez. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010480232006000200004&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010480232006000200004&lng=en&nrn=iso)>. Acesso em: 06 abr 2017.

SANTOS, N. M. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. In: *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%203%20Artigo%201.pdf>>. Acesso em: 06 abr 2017.

WEIGELT, Leni Dias. *Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo-RS*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007. 156 p.