



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE
GPA DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

DANIELE CRISTINA SOARES DE LIMA

ANDANÇAS PELA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE EM MATO GROSSO

VÁRZEA GRANDE-MT

2017

DANIELE CRISTINA SOARES DE LIMA

ANDANÇAS PELA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE EM MATO GROSSO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Psicologia do
Centro Universitário de Várzea Grande,
como requisito para a aprovação na
disciplina TCC II.

Orientadora: Profa. Ma. Renata Vilela
Rodrigues

VÁRZEA GRANDE-MT
2017

ANDANÇAS PELA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE EM MATO GROSSO

Daniele Cristina Soares de Lima¹

Renata Vilela Rodrigues²

Resumo

Este trabalho tem como proposta apresentar um relato de experiência sobre a prática do estágio, que teve como propósito visitas técnicas às unidades de saúde de um município do Estado de Mato Grosso. Estas visitas visam descrever a rede tecida no atendimento na Saúde Pública por meio da associação entre os diversos actantes que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizamos a Teoria Ator-Rede como operador teórico-metodológico buscando descrever os efeitos das associações que compõem a rede do SUS, que em sua composição é heterogênea. A coleta de dados teve também como apoio metodológico a observação no cotidiano, em que usamos a conversa como aproximação aos actantes das unidades em que visitamos. Em nossas andanças, notamos que o SUS é efeito de interações heterogêneas entre várias associações de humanos e não/humanos. Percebemos, ainda, que as traduções ao longo das andanças ocorreram em relação a objetivos e objetos entre documentos ministeriais e a realidade sendo performada.

Palavras-chave: Saúde; Teoria Ator-rede; Psicologia.

Abstract

This paper aims to present an experience about the practice of the internship, which had the purpose of technical visits to the health units of the State of Mato Grosso. These visits aim to describe the network woven in public health care through the association between the various human and nonhuman actants that make up the Health Unic System (SUS). We use the Actor-Network Theory as methodological operator seeking to describe the effects of the associations that make up the SUS network, which in its composition is heterogeneous. Data collection also had methodological support for daily observation, we used the conversation as an approximation to the human actants of the units. In our wanderings, we noticed that SUS is the effect of heterogeneous interactions between various associations of humans and nonhumans. We also realized that the translations along the wanderings occurred in relation to objectives and objects between ministerial documents and the reality being performed.

Key words: Health; Actor-network theory; Psychology.

¹ Graduada em Pedagogia pela UFMT (2016). Graduanda em Psicologia, pelo Centro Universitário de Várzea Grande.

² Profa. Ma. Orientadora do curso de Psicologia, do UNIVAG.

Introdução

Este trabalho tem como proposta apresentar um relato de experiência sobre a prática do estágio que teve como propósito visitas técnicas às unidades de saúde de um município do Estado de Mato Grosso, a fim de levantar informações sobre a rede de atendimento. Mais especificamente, objetiva descrever a rede tecida no atendimento na saúde pública por meio da associação entre os diversos actantes³ que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) deste município.

Utilizaremos a TAR– Teoria Ator-Rede - como princípio norteador para esta descrição das associações entre actantes e, das diversas modificações e combinações que vão acontecendo durante as performances destes actantes para assumir novas formas de atuação em dispositivos do SUS.

Ao nos apropriarmos da Teoria Ator-Rede como operador teórico-metodológico em nosso trabalho, estreitamos a relação entre o rastrear com os desvios produzidos durante nosso percurso, uma vez que estávamos ali para seguir os actantes em suas práticas, buscando descrever os efeitos das associações que compõem a rede do SUS, que em sua composição é heterogênea.

A coleta de dados durante o estágio teve também como apoio metodológico a observação no cotidiano (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014), usamos, também, a conversa como aproximação aos actantes das unidades em que visitamos. Dessa maneira, proporcionamos ao leitor ao longo do relato uma aproximação acerca da realidade performada no SUS, pois, nossa intenção é que ele se coloque como um possível usuário da rede a partir da leitura desse relato, assim como nós fizemos, dessa forma sua descoberta acontece conforme tecemos o caminho descrito acerca dos efeitos produzidos na rede.

Para ampliar a compreensão acerca dos efeitos produzidos, trazemos a dimensão do conceito performativo em que este “implica em focar nos efeitos e arranjos ao invés de relações de causalidade” (LATOUR, 2012, p.92). Pois, as causas não pressupõem os

³ De acordo com Morais (2004), Latour utiliza a noção de ator e, algumas vezes menciona actantes — no sentido semiótico: um ator ou actante se define como qualquer pessoa, instituição ou coisa que tenha agência, isto é, produza efeitos no mundo e sobre ele. É importante diferenciar o sentido atribuído por Latour do sentido sociológico tradicional porque, neste último caso, ator se confunde com a noção de fonte de ação atribuída a um humano. Na acepção de Latour, um actante é caracterizado pela heterogeneidade de sua composição; ele é, antes, uma dupla articulação entre humanos, e não- humanos e sua construção se faz em rede.

efeitos apenas favorecem ocasiões e circunstâncias. Desse modo, a realidade é transformada por meio de vários instrumentos mediadores, em um curso de diferentes práticas. Nesse sentido, as práticas do SUS seriam efeito das modulações dos objetivos e objetos entre os atantes no cotidiano das instituições.

É válido destacar que, ao descrever uma realidade mediada, não tínhamos como intenção atribuir juízo de valor acerca do atendimento oferecido na rede SUS do município no qual realizamos a pesquisa-estágio. Entretanto, não iremos nos sustentar em um posicionamento apolítico e acrítico em meio aos efeitos produzidos. Com isso, nossa intenção é de provocar o leitor a considerar os efeitos produzidos, em que estes promovam um repensar as práticas existentes. Pois, acreditamos na potencialidade crítica da escrita descritiva, uma vez que foi com este enfoque que percebemos as diversas traduções produzidas nos espaços que percorremos entre o que é proposto nas diretrizes e como ocorre essa transposição para a rede de serviços.

Essas diversas traduções que vão acontecendo ao longo das nossas andanças seriam o curso das ações pelo qual os atores transformam e deslocam vários objetivos e objetos em meio a interesses contraditórios. Assim, “transladar interesses significa, ao mesmo tempo, oferecer novas interpretações desses interesses e canalizar as pessoas para direções diferentes” (LATOUR, 2000, p.194).

A descrição da Rede que aqui apresentamos ocorreu no segundo semestre de 2016, no período de agosto a novembro, a partir de uma prática de estágio básico em Comunitária do Curso de Psicologia, de um Centro Universitário, localizado em Mato Grosso. Iniciamos o estágio pela porta de entrada do usuário no SUS, sendo uma unidade da atenção primária. E, conforme o relato dos humanos que compunham a rede era narrado, fomos tecendo o percurso mediante aos agenciamentos propostos pela rede. Chamaremos os percursos feitos por nós durante as visitas, durante as descrições, de andanças.

Teoria Ator-Rede e o Social

Antes de iniciarmos a descrição das andanças que realizamos, entendemos ser importantes uma breve problematização dos pressupostos teóricos da Teoria Ator-rede, bem como sua concepção sobre do social. Nesse sentido, apresentaremos ao leitor ao longo de sua construção, a importância da Teoria Ator-Rede acerca de um pensar e

tratar da realidade por meio de uma descrição da rede heterogênea que é composta por actantes, imersa em um social composto de materialidade e socialidades.

De acordo com Cordeiro (2012, p. 22), a teoria Ator – Rede na perspectiva do autor Bruno Latour seria um princípio norteador para fazer menção a um “conjunto de princípios metodológicos, epistemológicos e de trabalhos de campo que há mais de duas décadas vem questionando o pensamento social tradicional”. Suas denominações surgiram a partir de discussões esperadas nos estudos das áreas da Ciência, Tecnologia e Sociedade e, atualmente, suas contribuições abrangem “o problema da produção e estabilização da ordem social” (TIRADO; DOMENECH, 2005, p.03).

Para entendermos o social proposto pela TAR, recorreremos a obra “Reagregando o Social” de Latour (2012, p. 17-18), na qual autor provoca o leitor para outras formas de se pensar o social, em que este “não pode ser construído como uma espécie de material ou domínio e assumir uma tarefa de fornecer uma explicação social, ou de algum outro estado de coisas”. O autor propõe a redefinição da sociologia não como uma ciência social, mas uma busca de associações, assim, o adjetivo social, não seria uma qualificação ou caracterização entre coisas, mas, “um tipo de conexão entre coisas que não são, em si mesmas, sociais” (LATOURE, 2012, p.23).

O social seria o espaço em que elementos heterogêneos serão reunidos novamente devido a alguma circunstância em comum ao actantes envolvidos. Diante disso, a TAR pretende registrar uma percepção de uma crise e acompanhar as novas conexões, sendo uma busca “a novas associações e aos esboços de seus agregados”. Nesse sentido, para a TAR, o social é definido como um movimento peculiar de reassociação e reagregação, e estas não são feitas de vínculos unicamente sociais por natureza, mas podem ser compostos também por materialidades (LATOURE, 2012, p.25).

Reagregar o social constantemente, através dos vínculos feitos, terá como efeitos considerar as materialidades e socialidades que são produzidas em interação. Entretanto, “fora das suas interações, eles não tem existência, nem realidade” (LAW; MOL, 1995, p.277). É válido destacar que, na proposta da TAR, a materialidade não se trata somente de materiais sólidos e a socialidade não é apenas uma questão interação, mas ambas são produzidas juntas:

Talvez a associação não seja apenas uma questão de seres sociais, mas também uma questão de materiais. Talvez, então, quando olhamos para o social, também estamos olhando para a produção da materialidade. E quando olhamos para materiais, estamos testemunhando a produção do social. Isso,

de qualquer forma, é uma possibilidade (LAW; MOL, 1995, p.274 - tradução nossa).

O pesquisador que considerar um social composto de materialidade e socialidades, necessita compreender que a realidade performada precisa ser tratada sob um mesmo plano, não havendo diferença em espécie. Com isso, devemos adotar um olhar que vai de encontro ao da simetria generalizada, no qual tanto a natureza quanto a sociedade deveriam ser apreendidas a partir de um mesmo plano, considerando-as em suas totalidades.

Esse princípio foi proposto inicialmente por Michel Callon (1986) para enfatizar a importância de radicalizar o princípio de simetria de David Bloor (1976), que propunha que os conhecimentos falsos e os verdadeiros deveriam ser tratados da mesma forma e explicados pelas mesmas causas: os fenômenos sociais (CORDEIRO; CURADO; PEDROSA, 2014, p. 150).

Esse princípio se adota ao considerar que o social composto pela sociedade e natureza são efeitos de uma rede heterogênea de elementos. Nessa direção, retomamos as ideias das autoras Cordeiro, Curado e Pedrosa (2014), sobre o movimento de construção e reconstrução do social, como algo fluído e dinâmico. Para fazer a descrição das performances que ocorrem no processo da agregação de elementos heterogêneos na rede de actantes. A noção de rede refere-se a fluxos, circulações, alianças, movimentos, em vez de remeter a uma entidade fixa. “Uma rede de atores não é redutível a um único ator nem a uma rede; ela é composta de séries heterogêneas de elementos animados e inanimados, conectados e agenciados” (MORAES, 2004, p.02).

Ao acontecer às novas associações entre os diversos atores, deve-se reconhecer que estas acontecem junto às materialidades tais como: objetos, artefatos técnicos, máquinas; e materialidades vinculadas ao campo natural: animais, plantas, elétrons (TIRADO; DOMÈNECH, 2005; DE LUIZ, 2015). Tirado e Domenech (2005) citam que os elementos que compõem o social são variáveis e possuem vínculo social caracterizado por possuir propriedades extra sociais e completamente heterogêneas:

Nossas comunidades não são exatamente coletivas dos seres humanos, cuja ação garante a sobrevivência desta. A repetição da relação social permite sua sobrevivência. Em outras palavras, o social não é o que somos se mantêm unidos ou se mantêm juntos, mas o contrário: o que é sustentado, o que deve ser mantido (p. 08 - tradução nossa).

Os mesmos autores elencam três ideias centrais para se pensar o social em meio a essa interação:

1) Os não humanos desempenham um papel ativo na definição e manutenção de nossas sociedades e relações sociais. Eles são atores, e não simples portadores de significado, no estabelecimento de associações;

- 2) A sociologia deixa de ser uma ciência do social para converter-se na ciência que rastreia e sinaliza os modos em que se produzem as associações nas quais nos vemos implicados na nossa vida cotidiana;
- 3) O resultado dos mencionados conjuntos heterogêneos de associações recebem a definição de coletivo frente à clássica etiqueta de “sociedade” (TIRADO; DOMÈNECH, 2005, p.10 - tradução nossa).

Nessa direção, a Teoria Ator-rede (TAR) propõe uma concepção epistemológica sobre o social que difere das concepções sociológicas que consideram o social como um fenômeno dado *a priori* por relações essencialmente sociais. Nessa acepção, o social passa a ser considerado como coletivos compostos de articulações entre actantes organizados em arranjos heterogêneos. Latour (2012) sustenta que ao invés de um domínio sobre uma realidade já existente, existe um princípio de conexões, de associações que delinea as relações sociais no cotidiano. Nestas associações, que são heterogêneas, os humanos, assim com os objetos inanimados, são elementos fundamentais.

Conversas com o cotidiano heterogêneo

Nossa metodologia se inspira na TAR com o método descritivo e respaldo teórico, também optamos pela observação participante, usando a conversa como aproximação aos actantes das unidades de saúde que visitamos.

Com relação a observação trazemos a compreensão de Cardona, Cordeiro e Brasilino (2014) em que está nos encontros cotidianos, desperta o interesse do pesquisador em compreender a “produção dos sentidos, os posicionamentos que são assumidos pelas pessoas nas suas práticas discursivas” (CARDONA; CORDEIRO; BRASILINO, 2014, p. 126 -127). O pesquisador deve estar alerta a sentidos, muitas vezes incompletos, que só podemos compreender no contexto da ação/interação que acontece nos lugares e contextos particulares.

Já com relação a conversa do cotidiano, as autoras Batista, Bernardes e Menegon (2014) contextualizam-na como algo relacionado ao conhecimento, em que este se produz coletivamente, “tendo como matéria-prima a linguagem em uso e outras materialidades que compõem as relações cotidianas” (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014, p. 104)

O relato da conversa é compartilhado entre pesquisador e participantes a todo o momento, sendo um de nossos melhores companheiros de pesquisa-intervenção o diário de campo (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014). Em nossas andanças pelas

unidades do SUS, utilizamos o diário de campo para tomar nota das observações e conversas realizadas. Este actante se tornou relevante para a construção deste trabalho, já que possibilitou que as informações coletadas no campo fossem vistas e revistas a cada momento da construção do artigo. Além do diário de campo, trazemos como actantes para nossa descrição os documentos ministeriais que versam sobre a implantação e funcionamento das políticas públicas em saúde, no Brasil.

Em nossas andanças passamos por um dispositivo da atenção primária sendo a Estratégia de Saúde na Família (EFS); um Complexo de Saúde, com três unidades de saúde especializada sendo elas: especialidades médicas e outros técnicos, doenças tropicais e saúde da mulher. Nossa andança termina em uma unidade da Rede de Atenção à Saúde Mental do município. Queremos alertar que, os agenciamentos possíveis na rede estão para além do que descremos aqui. Nos delimitamos a esse recorte devido ao tempo disponível que tínhamos para a pesquisa.

Ao andar por essas unidades, percebemos a interação de diversas materialidades em cada dispositivo, compostas por actantes, tais como: o carro que nos conduziu, o pé de árvore que fazia a sombra para o carro e para nós, as salas que nos abrigavam com suas disposições de cadeiras e mesas, as salas de consultórios com ar e sem ar condicionado, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o SISREG. Assim como, as salas de espera, laboratório, vacina, material de limpeza, banheiros. Estes produziam socialidades nas unidades ao interagirem com os actantes dos dispositivos como: as (os) técnicos de enfermagem que nos receberam em cada lugar, as equipes compostas por médicas (os), agentes comunitários, os usuários da rede, as pessoas que nos guiavam pelo caminho para localizar o dispositivo.

Nesse sentido, Aragaki et al (2014) citam que as materialidades constituem o ambiente,

ou seja, para além de serem simples objetos “neutros”, elas performam um local que é, simultaneamente, físico, relacional e social, interferindo, por isso, na produção de afetos, sentimentos e pensamentos. São, portanto, coprodutoras de subjetividades e realidades (ARAGAKI et al, 2014, p.63).

Para compreendermos um pouco mais acerca das interações em nossas andanças, pensamos na elaboração de um roteiro, que possibilitou a “abertura as possibilidades de exploração e aprofundamento, em um encadeamento lógico que permita a continuidade da conversa” (ARAGAKI, et al 2014, p. 69). Nossa descrição, nossas visitas tiveram

como fio condutor cinco questionamentos sobre os dispositivos do SUS e o fluxo do usuário na rede. Sendo eles:

Quais parceiros são acionados na rede da saúde no município de Várzea Grande?

Quais os possíveis dispositivos da rede do SUS o usuário da unidade será encaminhado?

Quais os principais desafios a instituição encontra na relação com outras instituições do território?

Quais os projetos da unidade e quais parcerias são realizadas nestes projetos?

Quais melhorias podem ser realizadas no vínculo entre as instituições e nos serviços prestados? (DIÁRIO DE CAMPO, 2016)

Este roteiro acima nos possibilitou a compreensão acerca da dinâmica de funcionamento das instituições visitadas, em relação às parcerias que realizam e os dispositivos da rede que o usuário da unidade pode ser referenciado ou contra referenciado. Entretanto, a conversa não se limitou, somente a esse guia. Como citam Batista, Bernardes, Menegon (2014), a conversa como importante estudo nas produções de sentido, pois como linguagem em uso, elas permeiam as mais variadas esferas de interação social. Dessa forma, o trabalho com conversas no cotidiano implica posicionar os diversos actantes como protagonistas na construção do conhecimento (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014).

Andanças pela Rede do SUS de Mato Grosso

Iniciamos nossa andança partindo da nossa instituição formadora, que de acordo com a divisão de regiões, está localizada na regional Leste do município. Escolhemos iniciar pela unidade mais próxima, o ESF (Estratégia de Saúde da Família) da região. Optamos por essa unidade, por ser “a porta de entrada” nos serviços básicos da rede SUS, na região. A princípio utilizamos o guia de perguntas, para iniciarmos nossa conversa na unidade, por meio de uma visita técnica. Fomos até a unidade de carro, deixamos o carro estacionado embaixo de uma árvore, pois, não tinha estacionamento, as ruas em torno da unidade eram terra.

Neste dispositivo da saúde existem 03 equipes atuando em áreas territoriais diferentes, cada equipe fica responsável por um território próximo a unidade, todas realizam campanhas de prevenção à saúde, como diabetes, hipertensão, saúde da mulher e do idoso. De acordo com o relato da enfermeira da unidade cada equipe atende um número de famílias de um determinado território. Diante disso, contextualizamos sobre os serviços prestados na unidade, trazendo o conceito de território adotado pela

distribuição do mesmo na rede. Para que possamos entender a dinâmica de distribuição e serviço prestado.

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e alongitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011. p.03).

Nesse sentido, “a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 02).

A ideia de território foi adotado para aproximar o usuário da rede de cuidados do SUS, nesse sentido cada equipe dará conta da prestação de serviço voltada para a saúde da população, “em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade” (BRASIL, 2013. p.03).

Além de campanha a prevenção à doença e promoção a saúde, também são realizadas parcerias com instituições da região. De acordo com a enfermeira que nos recebeu na visita, essas parcerias seriam “*para desempenhar outras atividades aos usuários, que na unidade não acontecem como atendimento ambulatorial especializado e reabilitação*” (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Diante disso, a unidade não é somente porta de entrada no SUS, mas, também uma porta de acesso a outros actantes da rede e a eles associados. Na TAR, a noção de rede remete a “fluxos, circulações e alianças, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes” (FREIRE, 2006, p.56).

De acordo com Freire (2006), uma rede é uma lógica de conexões, e não de superfícies, definidas por seus agenciamentos internos e não por seus limites externos. Seguindo essa lógica, mostramos a seguir essa rede da saúde em Maro Grosso em sua composição heterogênea de actantes, estando conectados e agenciados. No que se refere as materialidades que compunham a unidade:

[...] as salas eram grandes, pintadas e mobiliadas. Entretanto, segundo a técnica de saúde, não tinham salas para todos os profissionais, com isso alguns atendimentos eram influenciados, em relação ao período devido à disponibilidade das salas, pois alguns profissionais, dividiam algumas salas (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Em relação aos equipamentos da unidade, Brasil (2017) cita que a aquisição de equipamentos e materiais permanentes objetiva o funcionamento e a execução do conjunto de ações propostas nas Unidades Básicas de Saúde. Contextualizamos as sugestões de Brasil (2006) para uma estrutura mínima na unidade que comportam 3 equipes, Sala de espera para pacientes e acompanhantes, com mais de 5 pessoas. Contendo:

1 recepção- área para registro de pacientes, 1 área para arquivo de prontuários-junto à recepção, 1 consultório com sanitário, 2 consultório, 3 salas de vacina, 1 sala de curativos, 1 sala de nebulização, 1 sala de procedimentos, 1 sala de armazenamento e distribuição de medicamentos/farmácia (quando não existirem farmácias públicas regionalizadas no município), 1 almoxarifado, 1 consultório odontológico, 1 área para compressor e bomba a vácuo, 1 escovário, 1 sanitário, 3 gerências e administração, 1 depósito de lixo, 1 sala de arsenal (estoque material limpo), 1 depósito de material de limpeza (BRASIL, 2006, p.25)

No que se refere aos atendimentos realizados pela unidade de saúde, a Enfermeira relata que: *“possui atendimento através de agendamentos, cada dia da semana é um tipo de especialidade, referente à saúde da mulher, do idoso e da criança”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016). Segundo a mesma, isso facilita tanto para o usuário como para o trabalho e desempenho dos profissionais, não impedito que outros casos de emergência sejam atendidos nesse dia. A disponibilidade da equipe profissional ficava aparente em um painel de led, então através desse painel os usuários discriminavam os profissionais em atendimento e seus respectivos horários.

Neste ponto da andança, percebemos o aparecimento de um actante para a composição do SUS, o SISREG, um sistema que regulamenta o processo de agendamentos de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação. Sendo ele a porta de entrada para qualquer unidade do SUS.

Em relação ao encaminhamento, o usuário depois da consulta caso necessite de atendimento, poderá ser referenciado para o “Postão” ou para o Centro de Reabilitação do município. O “Postão” é a unidade inserida na rede de atenção secundária SUS, responsável por promover coordenadamente os serviços especializados de média e alta complexidade em saúde. Se configurando como uma policlínica, entretanto, sem atendimento Pronto- Atendimento 24 horas, dando ênfase no atendimento ambulatorial com agendamento e na lógica da referência para as maiores complexidades. Damos conotação à denominação “Postão”, pois esse termo não se refere ao nome da unidade. Entretanto, vemos uma atribuição de sentido dada a população usuária e também os técnicos da rede

Nesta visita fomos a ESF [...], fomos recebidos pela Enfermeira responsável do território da M... ela nos esclareceu sobre a estrutura da unidade, equipe profissional, modo de funcionamento e respondeu a perguntas que fizemos a mesma. Com isso ela citou algumas unidades de encaminhamentos como: Postão e o CRIDAC para percorrermos na próxima visita (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Após a visita a ESF, seguindo o fluxo da maioria dos usuários encaminhados, andamos para a unidade “Postão”. Fomos percorrendo o caminho de carro e pedindo informações na rua para a população para chegarmos ao destino pela denominação dada pela enfermeira. Quando chegamos ao local o nome fantasia era outro, sendo este um Complexo de Saúde, com três unidades de saúde especializada. Notamos que uma tradução acontece em relação a nomenclatura de alguns dispositivos da saúde, visto que a maioria dos actantes se referem a localidade não pelo nome fantasia, mas por uma nomenclatura construída socialmente pela população da cidade, pensada a partir da funcionalidade do local.

Com isso, trazemos a dimensão do pesquisador para nosso relato, pois, para que este possa compreender a realidade com suas possíveis traduções é preciso que o mesmo acompanhe o fluxo das ações, “já que a ciência está fundada sobre uma prática, e não sobre ideias” (FREIRE, 2006, p. 50). Dessa maneira, o cientista traduz outros atores numa vontade única da qual ele se torna porta-voz. “Ao começar a agir por muitos e não mais por apenas um, o cientista então cresce e se fortalece” (FREIRE, 2006, p.52). É nessa direção, que optamos por considerar o nome da unidade atribuída pela significância que a população o deu.

Ao adentrarmos no local, especificamente a unidade de Especialidades Médicas, ficamos esperando em um dos bancos da unidade por quase uma hora para ser atendidas, devido à hora de almoço da gerente da unidade. Nesse tempo, observamos que era uma unidade com poucos informativos em relação a placas ou escritas nas portas ou paredes, então só sabíamos aonde ir por meio das informações orais.

Após, fomos recebidos por uma enfermeira da unidade, que nos recepcionou deixando-nos a vontade. Como na sala não havia cadeiras suficiente, primeiro colocamos cadeiras para nos acomodarmos e a mobília da sala eram cadeiras e mesas de ferro, como na maioria das unidades de saúde.

De acordo com o relato da enfermeira, pode ser percebido que existe um atendimento multidisciplinar, pois, existem várias especialidades médicas, com mais de 30 profissionais especializados, também a unidade conta com: laboratório, sala de

vacina, farmácia. A parceria da unidade seria apenas com a Secretária de Saúde e um Centro Universitária da cidade. O maior desafio da unidade conforme o relato da enfermeira:

“seria o número de profissionais reduzido como psicólogo, enfermeiros, técnicos e o principal, de especialidade médica, para um número muito alto de agendamentos, uma vez que a unidade atende toda cidade [...], aumentando assim a fila de espera para consulta do usuário, onde ocorre muitas vezes a desistência”. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016)

De acordo com Brasil (2016), a Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por promover coordenadamente os serviços especializados de média e alta complexidade em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno.

Segundo a enfermeira da unidade, os atendimentos são ambulatoriais mediante agendamento, encaminhando o usuário para unidades de maiores complexidade. Dessa maneira, contextualizaremos as ideias sobre referência e contra referência, sendo ele constituído na articulação entre os níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário. A referência compreende o fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade, inversamente, a contra referência está relacionado ao ato de referenciar do nível de maior para o de menor complexidade (BRASIL, 2004).

Quando mencionamos sobre projetos, campanhas de saúde entre outros, foi relatado *“que não possui, pois essa responsabilidade seria das ESFs”* (DIÁRIO DE CAMPO 2016), que acontece em uma lógica de apoio matricial, em que favorece a articulação da rede de serviços que compõe a saúde. Ele seria *“uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência”.* (BRASIL, 2004. p.14) A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização das equipes.

Nesse sentido, notamos uma lógica assimétrica em relação à responsabilização do tratamento voltado a saúde do usuário, uma vez que ao encaminhar para outra unidade, esta não terá conhecimento sobre o andamento do tratamento. Diante desse fato, retomamos o conceito de simetria ao não considerarmos a realidade, como algo externo, que remete a observação e interpretação, mas, *“algo que se torna real por meio*

das práticas, dos diversos atores que constroem a rede. Construimos e reconstruimos uma realidade que também nos constrói” (CORDEIRO; CURADO; PEDROSA, 2014, p. 152).

Caso o usuário necessite de outro atendimento que não possui no Centro de especialidade, ele é informado sobre o possível lugar que ele possa ser atendido, ou encaminhado para unidades de apoio sendo os da rede atenção psicossocial como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), SAE CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento, e Serviço de Assistência Especializada HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS (CTA/SAE/HIV/AIDS/HV) e CRIDAC (Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa) segundo o relato, essas unidades possuem agendamento próprio. Não podendo ser agendado no sistema via SISREG em uma lógica de referência. A unidade só referencia para unidades de maiores complexidades sendo as UPAs e hospitais.

De volta a nossas andanças, seguimos para a unidade especializada a doenças tropicais, ainda dentro do Complexo de Saúde, de acordo com a responsável pelo centro, uma profissional da Enfermagem, a unidade conta com uma equipe formada por: *fisioterapeuta, hansenólogo, dermatologista, terapeuta ocupacional, enfermeiras (o), assistente social e psicóloga. Segundo relato da mesma a equipe atua de forma multidisciplinar no mesmo caso* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Nesta unidade, *“os pacientes com hanseníase e tuberculose, são agendados para o serviço da psicologia via SISREG e, com uma fila de espera grande”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016). Percebemos que a esta fala foi em decorrência da nossa formação em psicologia, nos fazendo perceber a escassez do profissional de psicologia na rede. Pois, quantificamos apenas 2 profissionais de psicologia em serviço ambulatorial do município, na época da pesquisa.

Retomando com SISREG, segundo seu manual de utilização, esse sistema regulamenta o processo de agendamentos de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação. O SISREG é tido “como ferramenta para o gerenciamento de suas cotas, organização das suas listas de espera, bem como agendamento de consultas e exames especializados da garantia de acesso” (SISREG, 2012, p.07). Com relação à fila de espera no SISREG, o manual aponta para os seguintes esclarecimentos:

Todos os procedimentos conceituados como rotina e classificados como verde ou azul, deverão ser inseridos na Lista de espera do SISREG, gerando uma organização por Centro de Saúde e por especialidade, que resultará em agendamento de acordo com a ordem cronológica e a cota de cada unidade (SISREG, 2012, p. 09).

Dessa maneira, cabe ao profissional das unidades que agenda as consultas, exames e procedimentos, regular e classificar o risco. Os conceitos usados pelo regulador no sistema são: rotina, prioridade e urgência. Ainda segundo o manual do SISREG (2012), “encaminhamentos de rotina” são aqueles que não possuem nenhuma referência quanto à gravidade ou prioridade de marcação. Com apenas um critério de inserção na lista de espera, a ordem de chegada.

Já os encaminhamentos de prioridade seriam os que ocorrem com uma demora na marcação alterando a conduta a ser seguida, portanto a demora implicará em quebra de acesso a outros procedimentos como, cirurgias. Por fim, os encaminhamentos de urgência “são os que em hipótese alguma podem ser inseridos e aguardar lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário” (SISREG, 2012, p.08).

Em relação aos parceiros do equipamento de saúde visitado na nossa segunda andança, seria uma Associação Médica e Social de Assistência – ADHW – Deutsche Lepra – und Tuberkulosehilfe. Uma associação alemã que auxilia de maneira informal, na formação de cursos, para cuidados e informações sobre hanseníase e tuberculose. Ao perguntarmos sobre quais seriam as possíveis unidades que os usuários das unidades poderiam percorrer, nos foi relatado que seriam as unidades do CAPS, Ambulatório do “Postão”, UPA.

E, nossa andança continua pela unidade especializada da saúde da mulher, que fica no Complexo de Saúde, fomos recebidos por uma enfermeira da unidade. De acordo com seu relato:

os usuários da unidade vêm encaminhados pelas ESFs e policlínicas do município de Várzea Grande, ou podem agendar na própria unidade e estes devem passar por uma triagem, com os profissionais da enfermagem, psicologia e serviço social, para que possam começar o acompanhamento na unidade (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Após, agendamento via SISREG o usuário, que passa pela classificação de prioridades por quem marca, na unidade o usuário passa triagem e/ou para decidir se seu tratamento se dará na unidade ou não, visto que muitos encaminhamentos se dão de maneira equivocada, desconhecida por alguns técnicos da rede. Com isso o tempo na fila de espera se prolonga e, novas traduções acontecem em nossas andanças e nas andanças que os usuários fazem pela rede.

A entrevistada cita que a unidade conta com uma equipe com: *2 enfermeiros (a), 2 médicos ginecologistas, 1 coloscopista, 1 geriatra, 1 climatério (perimenopausa), 2 mastologistas, 1 nutricionista, também profissionais para cuidar do planejamento familiar, e médica para gestante de alto risco (adolescentes e hipertensas)* (Diário de campo, 2016).

Em relação aos parceiros do SUS, que os usuários são encaminhados, foi relatado pela enfermeira que seriam as unidades da atenção terciária, sendo eles: *Hospital de Câncer, Hospital Universitário Julio Muller, Pronto Socorro, Hospital Metropolitano, Hospital Santa Helena e Hospital Geral* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

De acordo com Brasil (2016), hospital geral é destinado à “prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de urgência/emergência” (BRASIL, 2016. p.55). As unidades, Pronto Socorro, Hospital Geral e Hospital Universitário Julio Muller, Hospital Santa Helena, são equipamentos que se enquadram nessa classificação.

Já as unidades especializadas como, Hospital de Câncer e Hospital Metropolitano seriam classificados como:

Hospital Especializado: Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de urgência/emergência e SADT, podendo ter ou não alta complexidade. É geralmente um estabelecimento de referência regional, macrorregional ou estadual (BRASIL, 2016. p.55).

Em relação aos projetos, a enfermeira relatou

que atualmente nenhum está sendo realizado, porém, o que estava sendo oferecido anteriormente denominado “Laços Maternos”, fomentado pela secretária, não atingiu todas as mães da unidade, devido a pouca participação das usuárias. Inclusive, relata que o maior desafio da unidade seria a participação mais efetiva das usuárias. Mesmo os profissionais entrando em contato para confirmar a participação das usuárias, ocorrem à evasão (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Outro desafio relatado pela entrevistada, seria a demora na fila de espera para realização de consultas e exames, mesmo com a ação regulatória do SISREG. De acordo com Marcon, Jacobsen, Sabino (2013) o termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. “A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI) (MARCON; JACOBSEN; SABINO. 2013. p.53).

Ainda segundo os autores supramencionados, a ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços.

Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observado, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (MARCON; JACOBSEN; SABINO, 2013,p.54).

Dessa maneira, os documentos apontam que a execução da ação regulatória deve ser feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzam às decisões baseadas nas evidências. Esse profissional desenvolve as atividades baseadas em protocolos de regulação. “Os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre os níveis de complexidade da atenção” (MARCON; JACOBSEN; SABINO, 2013. p.54). Os protocolos de regulação pretendem ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles. Com isso, percebemos que este actante não tem a intencionalidade de performar novas realidades e produzir novas materialidades e sociabilidades sozinho, mas na interação entre actantes, essa rede vai sendo constituída e ganhando novos significados a partir dessa interação.

Nossa andança termina com a visita em um dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do município, sendo um dos dispositivos citados pela enfermagem, no encaminhamento de usuários na rede SUS. É válido ressaltar que, os CAPS são equipamentos da saúde que tem papel estratégico na articulação e regulação da rede da saúde mental (BRASIL, 2004).

Fomos de carro até a unidade, deixando-o um pouco longe da localidade. A denominação da mesma estava em formato de grafite no muro do dispositivo, com pouca visibilidade. Já no local, fomos recepcionados por uma estagiária de psicologia de um centro universitário, que nos pediu para aguardar o atendimento de uma das psicólogas da unidade. Esperamos um tempo embaixo de um pé de mangueira da unidade, já que sua sombra estava agradável, este também abrigou uma roda de conversa que as estagiárias da unidade realizaram com os familiares dos usuários.

Depois de um tempo, fomos atendidos pela psicóloga que aparentava um pouco de pressa, devido ao movimento do lugar. Iniciou conversa ao dizer que a “*unidade estava em falta com salas para atendimento, nestas a maioria não tinham ar condicionado e o fluxo de usuários é intenso na unidade*” (DIÁRIO DE CAMPO, 2016). Inclusive a sala que estávamos não possuía ar condicionado, entendemos que o sentido inicial do relato começou devido a esse fato. Retomamos as materialidades “objetos existentes, os presentificados, e mesmo os ausentes na fala do/a entrevistado/a se compõem na produção discursiva, contribuindo para facilitá-la ou dificultá-la” (ARAGAKI, 2014, p.63), na produção de sentidos para compor a interação da rede heterogênea que compõe o SUS.

Sem esperar por perguntas, narrou que a “*unidade trabalha com agendamento, demanda espontânea, ou encaminhamento de outras unidades. Na unidade não há internação e, seu horário de atendimento são das 07:00 as 17:00*” (DIÁRIO DE CAMPO, 2016). De acordo com a mesma o CAPS “*atende usuários com transtorno mental grave, sendo a maior demanda depressão, transtorno do pânico e esquizofrenia*” (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Ainda segundo a psicóloga, a unidade conta com uma equipe de profissionais da psiquiatria, da psicologia, da assistência social, da enfermagem, artesão e vigilantes. Em Brasil (2004), encontramos a configuração para uma equipe mínima de CAPS I sendo:

1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004. p.26)

Em relação ao acolhimento e avaliação da unidade, a entrevistada relatou que

o usuário passa por acolhimento por qualquer pessoa da equipe, é analisada a queixa e encaminhado para a avaliação. Em seguida, a equipe se reúne para o estudo do caso, montando o PTS (projeto terapêutico singular) identificando o melhor caminho para o atendimento do usuário (Diário de campo, 2016).

Segundo Brasil (2004), cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as

determinações da Portaria GM 336/02, atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, a depender da gravidade do sofrimento psíquico do paciente.

Sobre os atendimentos aos familiares e o domiciliar, a entrevistada relata: *“dificuldade para realizar este atendimento, pois contam somente com 1 carro, que presta serviço para os outros dois CAPS. A unidade conta com o auxílio da viatura da guarda municipal, para realização de algumas visitas”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Ainda em relação ao atendimento, a entrevistada relatou *“que as práticas da unidade são voltadas para o atendimento individual ou em grupo”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016). De acordo com Brasil (2013), o atendimento individual seria uma atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do projeto terapêutico singular ou que dele derivam. *“Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa”*. (BRASIL, 2013. p.08)

Já no atendimento em grupo, seriam ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para *“promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania”*. (BRASIL, 2013. p.09)

Foi perguntado para a entrevistada se a unidade trabalha na lógica do apoio matricial, a mesma relata, que há certa *“dificuldade para a concretização, pois, devido a falta de condução não realizam os atendimentos domiciliares e não discutem casos com usuários que frequentam outros dispositivos da rede, como ESF, policlínica”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Em relação às dificuldades ou desafios a serem superados, a entrevistada relata *“a falta da rede, atendimento especializado na rede do SUS, para o usuário da saúde mental, falta de estrutura, adequação e acessibilidade”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2016). O CAPS, como operacionalizador da rede de saúde mental, deve, Segundo Brasil (2004, p. 25) propor uma *“integração permanente entre as equipes da rede básica de saúde em seu território”*. Para isso, os CAPS precisam segundo diretrizes:

- a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;

d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica. (BRASIL, 2004. p.25)

E, por fim, os projetos realizados pela unidade são qualidade de vida, geração de renda, entre outros, que estão dentro do Projeto da Unidade Global, que são realizados em parcerias com outras unidades, ou emprestam o lugar para realização dos projetos. Em relação aos encaminhamentos, os usuários são referenciados para, CAPS-AD, CRAS, Centro POP, caso os usuários sejam caracterizados com transtornos moderado, são referenciados para o “Postão” e Policlínicas que segundo a entrevistada, “*essas unidades devem dar conta da demanda encaminhada*” (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Considerações Finais

Após percorrermos os possíveis agenciamentos diante da rede heterogênea do SUS, percebemos o movimento do reagregamento social, como efeito dos vínculos produzidos entre os actantes e a rede de atendimento. Nesse fluxo, em cada dispositivo andado percebíamos novas realidades sendo produzidas em meio à interação dos actantes da rede que os interliga. Desse modo, em nossas andanças, consideramos o SUS um efeito de uma rede performada de elementos heterogêneos entre actantes. Em que as realidades e socialidades são produzidas nas interações desses actantes que compõem a rede de serviços.

Em meio a essas andanças, identificamos o SISREG um actante que emergia em cada dispositivo visitado, com ele vem à tona uma série de reorganizações do sistema de saúde no município. Este acabou se tornando a porta de entrada ao SUS, pois, é o primeiro contato do usuário com a rede em relação ao seu agendamento de consultas, encaminhamentos e procedimentos *in loco*.

Entretanto, na prática, percebe-se a produção de uma relação híbrida entre a utilização do sistema e a filas presenciais, que ainda são visíveis em alguns equipamentos, que utilizam o sistema. O encaminhamento é modulado por uma prática que esbarra na proposta dos documentos ministeriais em relação ao SISREG, pois, este deveria estar em todos os dispositivos da rede, favorecendo o fluxo do usuário na rede. Diante disso, sua finalidade é constantemente performada, em que atua fora de um padrão de funcionamento, sendo repensado constantemente pelos actantes de acordo com os níveis de atenção e complexidade dos serviços.

Percebemos, também, na rede do SUS do município um favorecimento da lógica de referência e contra referência, deixando de lado a perspectiva do apoio matricial em relação ao atendimento voltado para as necessidades de cada usuário, desconsiderando a integralidade das ações que consistem na estratégia concreta de um fazer coletivo que envolvem actantes que compõem a rede de serviços.

Em meio a tantas temáticas abordadas em nossas andanças, encontramos actantes e elementos constituintes da rede de serviços do SUS que mereciam uma contextualização mais abrangente, mas que devido a nossa proposta de pesquisa de descrição da rede, não foi possível dar uma atenção a todos os temas que desejávamos. Portanto, consideramos que a essa pesquisa não se encerra aqui, mas que esse estudo abre caminhos e potencialidades para outras pesquisas que abordem as especificidades das temáticas como: os níveis de atenções do SUS e seus dispositivos, SISREG, Projeto Terapêutico Singular, apoio matricial e a Rede de Atenção Psicossocial e suas unidades.

Referências

ARAGAKI, Sérgio Seiji. LIMA, Maria Lúcia Chaves. PEREIRA, Camila Claudiano Quina. NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, M. J. BRIGAGÃO, J. NASCIMENTO, V. CORDEIRO, M.(Orgs) *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014

BATISTA, N. C. S. BERNARDES, J. MENEGON, V. S. M. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In.: SPINK, M. J. BRIGAGÃO, J. NASCIMENTO, V. CORDEIRO, M.(Orgs) *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014.

BRASIL. Portaria nº 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)*. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Clínica ampliada e compartilhada*. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS* - Equipe de referência e apoio matricial.- Brasília – DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2016* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portal SISREG*. [2012]. Disponível em: <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/reg_control01.html>. Acesso em: 26 de maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria-Executiva*. Cartilha de apresentação de propostas ao Ministério da Saúde : 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CORDEIRO, Mariana Prioli. *Psicologia Social no Brasil: multiplicidade, performatividade e controvérsia*. 2012. 188f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

CARDONA, M. G. CORDEIRO, R. M.. BRASILINO, J. Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social In: SPINK, M. J. et al (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Investigações Sociais, 2014

CORDEIRO, M. P.; CURADO, J.; PEDROSA, C. Pesquisando redes heterogêneas: contribuições da teoria ator-rede. In: SPINK, M. J. et al (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Investigações Sociais, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. DOMITTI, Ana Carla. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cad. Saúde .Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.399-407. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

DE LUIZ, George Moraes. *A vida cotidiana no movimento das águas pantaneiras*. 2015. 163f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

FREIRE, Leticia de Luna. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. *Comum*, v.11, n. 26, p. 46-65, 2006.

GONZALES, Zuleika Kohler. BAUM, Carlos. Desdobrando a Teoria Ator-Rede: Reagregando o social no trabalho de Bruno Latour *rev. Polis Psique*, v. 03, n. 01, p. 142-157, 2013.

LATOUR, Bruno. *Reagregando o social*. Salvador: Edufba, 2012/ Bauru, São Paulo: Edusc, 2012.

_____. Maquinas – Introdução as incertezas do construtor de fatos. In: *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LAW, J. *Notas sobre a teoria do ator-rede: ordenamento, estratégia e heterogeneidade*. F. S. P.Manso, tradutor. 1992. Disponível em: <http://www.necso.ufrrj.br/Trads/Notas%20sobre%20a%20teoria%20Ator-Rede.htm>

LAW, John; MOL, Annemarie 'Notes on Materiality and Sociality', *The Sociological Review*, v. 43, p. 274-294, 1995. Disponível em: <

<http://www.heterogeneities.net/publications/LawMol1995MaterialityAndSociality.pdf>>.

MORAES, Marcia. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v.11, n. 2, 2004.

MOL, Annemarie. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: Nunes, João; Roque, Ricardo (Org.). *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Afrontamento, p.63-75. 2007.

NOBRE, J. de A. PEDRO, R. M. L. R. Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator- Rede. *rev. Ator-Rede*, v.1 n 1, 2013.

TIRADO, Francisco. DOMENECH, Miquel. Asociaciones heterogéneas y Actantes: el giro postsocial de la Teoría del actor-red. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana. Esp, noviembre-diciembre*, 2005. Disponível em: <www.aibr.org>.