

**PRÁTICAS DE APOIO E A
INTEGRALIDADE NO SUS
por uma estratégia de rede
multicêntrica de pesquisa**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro
Vice-Reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna
Vice-Diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Junior (UFF)
José Ricardo de C. M. Ayres (USP)
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)
Lilian Koifman (UFF)
Madel Therezinha Luz (UFF e UFRGS)
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)
Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)
Roseni Pinheiro (UERJ)
Yara Maria de Carvalho (USP)

Série EnsinaSUS

CEPESC Editora

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900
Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 152
Fax: (xx-21) 2334-0152
URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc
Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL).

Roseni Pinheiro
Tatiana Coelho Lopes
Fabio Hebert da Silva
Aluísio Gomes da Silva Jr.
(organizadores)

PRÁTICAS DE APOIO E A INTEGRALIDADE NO SUS por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa

1a. Edição

CEPESC • ABRASCO

Rio de Janeiro - 2014

**PRÁTICAS DE APOIO E A INTEGRALIDADE NO SUS:
por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**

Roseni Pinheiro, Tatiana Coelho Lopes, Fabio Hebert da Silva e Aluisio Gomes da Silva Junior
(organizadores)

1ª edição / agosto 2014

Copyright © 2014 dos organizadores

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Revisão, preparação de originais e supervisão editorial: Ana Sílvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de OPAS/OMS e CNPq

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

P912 Práticas de apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa / Roseni Pinheiro... [et al.] (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014

??? p. + anexos

ISBN: 978-8589737-86-9

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Apoio Institucional.
3. Integralidade em Saúde. 4. Direito à Saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Lopes, Tatiana Coelho. III. Silva, Fabio Hebert da; IV. Silva Jr., Aluisio Gomes da. V. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos, para esta edição, de Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), CEPESC Editora e Instituto de Medicina Social da UERJ. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa.

SUMÁRIO

Introdução9

ROSENI PINHEIRO, FABIO HEBERT DA SILVA E TATIANA COELHO LOPES

PARTE I – PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS, PLURALIDADE NOS MODOS DE PESQUISAR E TRAJETÓRIA DE OPERACIONALIZAÇÃO

Experienciação, integralidade e direito à saúde:
articulando conceitos, práticas de pesquisa e percepções
para (re)pensar o agir do apoiador institucional 27

ROSENI PINHEIRO, ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR, FELIPE DUTRA ASENSI,
FABIO HEBERT DA SILVA E TATIANA COELHO LOPES

Estratégias de sistematização e análise das experiências
de Apoio: uma proposição coletiva de pesquisa-intervenção 45

FABIO HEBERT DA SILVA, ROSENI PINHEIRO E TATIANA COELHO LOPES

Operacionalizando a pesquisa: trajetória, encontros
científico-técnico-formativos e disseminação das lições aprendidas 69

TATIANA COELHO LOPES, ROSENI PINHEIRO E FABIO HEBERT DA SILVA

PARTE II – NOÇÕES EMERGENTES E ROTAS ANALÍTICAS

Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde 83

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS, JANAÍNA MARIANO CÉSAR,

RAFAEL SILVEIRA GOMES E RAPHAELLA FAGUNDES DAROS

Apoio institucional e processos de pesquisa:
a pertinência de pensar o problema da formação 111

FABIO HEBERT DA SILVA, JANAÍNA MARIANO CÉSAR E TATIANA COELHO LOPES

O apoio como atividade de trabalho: dimensões
e desafios para o exercício da função apoio 139

JANAÍNA MARIANO CÉSAR, MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS,

RAFAEL SILVEIRA GOMES E RAPHAELLA FAGUNDES DAROS

Apoio, gestão e democracia institucional: o potencial formativo 175

GILSON SAIPPA DE OLIVEIRA, LILIAN KOIFMAN E ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

PARTE III – APOIADORES E SEUS TERRITÓRIOS: MAPEANDO SUJEITOS, EXPERIÊNCIAS E EFEITOS

Construção da estratégia de mapeamento dos apoiadores do SUS 191

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA, FABIO HEBERT DA SILVA, ROSENI PINHEIRO E TATIANA COELHO LOPES

Apoiadores do SUS: quem são, onde moram e como atuam 203

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA, ROSENI PINHEIRO, FABIO HEBERT DA SILVA,

GUSTAVO NUNES OLIVEIRA E TATIANA COELHO LOPES

Apoiadores do SUS: sua relação com os sujeitos,
dispositivos, efeitos e repercussões do seu trabalho
na perspectiva do direito a saúde e integralidade 227

ROSENI PINHEIRO, JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA, FABIO HEBERT DA SILVA,

GUSTAVO NUNES OLIVEIRA E TATIANA COELHO LOPES

Apoio Institucional e composição de agendas no campo da saúde:
uma experiência no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil 253

LIANE BEATRIZ RIGHI, LIAMARA DENISE UBESSI E FERNANDA SARTURI

PARTE IV – FORMAÇÃO PARA PESQUISA: APOIO NO COTIDIANO DO SUS

Efeitos da formação em situação de pesquisa: incursões de estudantes nas experiências vivas de apoio institucional em saúde 267

FABIO HEBERT DA SILVA E JANAÍNA MARIANO CÉSAR

Pesquisa-intervenção na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: o papel da universidade no apoio institucional para o desenvolvimento regional e a democratização do SUS 281

GUSTAVO NUNES OLIVEIRA, PAULA GIOVANA FURLAN E JANAÍNA RODRIGUES CARDOSO

Forma-se um apoiador?

Sobre conexões e desvios na trajetória de apoio 307

SIMONE MAINIERI PAULON

ANEXOS 317

SOBRE OS AUTORES 365

INTRODUÇÃO

ROSENI PINHEIRO
TATIANA COELHO LOPES
FABIO HEBERT

Construir coletivamente uma pesquisa no campo da Saúde Coletiva requer posicionamento epistemológico capaz de afirmar uma prática acadêmica não descolada de uma de suas principais responsabilidades: integrar funções essenciais que são tão caras à Universidade – pesquisa-extensão-ensino. Com elas deslindamos os desafios de praticá-las, como uma relação intensa, não menos conflituosa, entre os atores implicados nesse processo na diversidade de contextos em que se inserem.

Essa relação vem se afirmar na confiança de lutar por um Estado de Direito Laico, inscrito na Constituição brasileira de 1988. Nesta, o direito à saúde, entendido como direito humano ao cuidado, se presentifica no território, de um lado, pela afirmação da vida daqueles que buscam alívio para seu sofrimento e adoecimento; e de outro, como um empreendimento humano capaz de operar saberes e práticas de natureza ético-político-formativa. Para tanto, foi necessário incluir, nos objetivos desta pesquisa, o (re)pensar sobre a dimensão específica de organização de poder social do próprio Estado, enquanto potente base estratégica de participação (ou exclusão) da sociedade na ordem política vigente.

Assim, o movimento realizado no percurso desta pesquisa configurou-se como uma ação coletiva de coprodução e corresponsabilização, que

se revelou numa aposta audaciosa, de gratidão e solidariedade entre e com os conhecimentos produzidos, no sentido de vencer não somente as barreiras corporativas impeditivas de processo de trabalho em saúde mais integrado e inovador, mas também transversalizar os campos disciplinares presentes nos processos formativos em saúde. Com esta assertiva, acreditamos que é possível alargar nossa mentalidade sobre a complexa e inadiável tarefa de efetivarmos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais a integralidade do cuidado, entendida com direito humano à saúde.

Diante da transdisciplinaridade que consubstancia a delimitação e análise do objeto desta investigação, pareceu fundamental nos apoiarmos em perspectivas epistemológicas, mais porosas ao reconhecimento da diversidade de matrizes de pensamentos empregadas em estudos na interface entre saúde, educação e trabalho. Isto permitiu configurar um campo fértil para criar práticas inovadoras de pesquisar os saberes e práticas no cotidiano dos atores nas instituições e das próprias instituições.

Pareceu-nos evidente que, no cotidiano da construção desta trajetória acadêmico-científica, buscávamos afirmar uma práxis de pesquisa, no sentido que Michel Foucault (2010) chamou de uma *política da amizade*.¹ Essa dimensão política, sem abrir mão do rigor conceitual, efetiva a radicalidade da arte de estabelecer relação na *polis* e, portanto, se desdobra numa dimensão estética. Por outro lado, convoca outra dimensão – a ética. A possibilidade de refletir sobre os efeitos das nossas ações no mundo. Um mundo SUS!

A partir dessa reflexão, esta coletânea visa trazer elementos concernentes aos percursos teóricos, conceituais e metodológicos, assim como os resultados analíticos, referentes à pesquisa “Áreas

¹ “E pode-se perguntar o que fez com que, nessas guerras absurdas, grotescas, nesses massacres infernais, as pessoas agentassem apesar de tudo. Por uma trama afetiva, sem dúvida. Não quero dizer que era porque se amavam uns aos outros que eles continuavam a lutar. Mas a honra, a coragem, não perder o prestígio, o sacrifício, sair da trincheira com o companheiro, diante do companheiro, isso implicava uma trama afetiva muito intensa.” (FOUCAULT, 2010, p. 352).

Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”.² Trata-se de um desafio bastante complexo, que consiste em abordar sentidos e entendimentos acerca das práticas do apoiador institucional, a partir de uma multiplicidade de compreensões bastante diferenciadas e pouco consensuadas pelos atores implicados na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Esta questão traz repercussões epistemológicas, sobre como tratar do tema das metodologias de pesquisa em saúde. Embora tenhamos vasta produção intelectual sobre o agir em saúde, não identificamos redução da demanda por inovação metodológica ou mesmo criação de estratégias outras, quando consideramos a impermanência e a diversidade dos campos problemáticos no âmbito da saúde.

Nesse sentido, torna-se crucial aqui explicitar e compartilhar alguns princípios orientadores da pesquisa, na promessa de tecer considerações específicas sobre os percursos teóricos, conceituais e metodológicos realizados, para em seguida descrever as partes desta coletânea destinadas ao detalhamento das perspectivas teórico-metodológicas, as noções emergentes e rotas analíticas trilhadas, os resultados sistematizados do mapeamento do trabalho do apoiador e a oferta de outros olhares críticos. Vejamos.

O primeiro princípio afirma esta pesquisa como efeito de nossas aspirações e apostas, concretizando-se como uma construção coletiva. Tentamos promover, através de um grande esforço, a experimentação de espaços de diálogo em todas as etapas da pesquisa. Colocamos sempre a necessidade de coletivamente construir os caminhos da pesquisa, assim como refletir sobre essa construção. O segundo trata do tema da experiência – em nosso caso, mais especificamente a experiência do apoio, que não pode ser resumida a sua representação. A importância deste princípio está sobretudo no fato de uma das

² A pesquisa foi coordenada pela Professora Roseni Pinheiro, do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) em parceria com o Departamento de Áreas Programáticas Estratégicas em Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS). Seu principal objetivo consistiu em conhecer a realidade nacional dos apoiadores dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde.

estratégias da pesquisa ter sido o desenvolvimento de um questionário eletrônico para mapeamento de alguns movimentos do apoio no território nacional *vis-à-vis* as experiências institucionais focalizadas nas intervenções promovidas por sua abordagem e funcionalidade. Também as análises que derivam do acompanhamento de experiências de apoio institucional visam acompanhar processos de constituição do SUS atravessados pela discussão do apoio e, em última instância, criar certo plano de visibilidade e compartilhamento. E por fim, o terceiro princípio diz de nossa consideração por todo acúmulo e produção acerca do tema do apoio no Brasil. Temos buscado compor um entendimento com as várias linhagens que pensam e experimentam o apoio como estratégia de fortalecimento do SUS.

Reafirmamos então, a partir desses princípios, uma aposta e um compromisso ético-estético-político, atravessados por patrimônios coletivos, modos de se fazer pesquisa; e ao mesmo tempo, a singularidade e o caráter processual do nosso objeto. O grupo de pesquisadores não parte do nada para entrar na discussão do apoio. De certo modo, assumir os princípios apontados é afirmar que não somos neutros; tampouco a noção de ciência adotada se ancora na neutralidade, mas numa perspectiva crítica e reflexiva de se pensar o agir em saúde. Nossas apostas são signos de nossas implicações na construção do SUS.

Pesquisar o apoio em meio a essa trama instituinte do SUS foi, num certo sentido, acompanhar os processos de invenção de modos de ação, modos de lidar com as questões concretas do SUS. Por efeito, acompanhar o movimento do apoio foi acompanhar um SUS que não tem muita visibilidade. Acompanhar de fato os trabalhadores lidando com essas questões concretas e os desafios que elas convocam é a um só tempo acessar uma multiplicidade de dimensões indissociáveis: processos de formação-intervenção, processos comunicacionais, produção de subjetividade, produção de grupalidade, reflexões metodológicas, invenção de modos de gestão e atenção, produção de valores, afirmação do “público”, invenção de memória e compartilhamento de modos de cuidado. Todo esse movimento faz contraponto ou constitui um campo de tensionamento, com todas as

forças contrárias ao próprio SUS. Alguém se forma apoiador apoiando, atravessando e sendo atravessado por todas essas dimensões e esse mesmo campo de tensionamento.

Podemos trazer essa problematização sobre o apoio para a própria pesquisa. E compartilhamos a noção de uma pesquisa como atividade, como tem apontado a professora Maria Elizabeth Barros de Barros (2013) – atividade de aproximação e composição. Nesta atividade de aproximação e composição, nosso objetivo passa a ser produzir um plano de visibilidade e *dizibilidade* para o apoio pelo apoio, diferente daquilo que comumente se atribui na celebre frase: “Nós achamos que o apoio é...”.

Diante dessa assertiva, nosso objetivo não consiste em avaliar o apoio, mas entender melhor como essa estratégia interfere e compõe com os modos de cuidado e gestão no SUS. Também não se trata de produzir indicadores para uma possível avaliação externa. O que ainda pretendemos é entender melhor o que já está em curso ou como o apoio tem favorecido a integralidade do cuidado e na garantia do direito à saúde. Estamos cientes de que esta pesquisa, o apoio e o próprio SUS são compreendidos como um processo em construção (PASCHE et al., 2011; HECKERT et al., 2009). Esta pesquisa, para nós, foi uma contribuição nesse sentido: um combustível no processo que é também nossa utopia de um SUS que é expressão e prática de seus princípios.

Para falar mais da complexidade do nosso objeto, seria preciso trazer a multiplicidade de perspectivas e abordagens, metodológicas e políticas sobre o apoio e sobre o pesquisar, fazendo-as sempre rebater nos encontros e nas visitas de campo. Deparamo-nos com inúmeras questões, que definitivamente compõem um campo problemático que exigem dos atores da pesquisa uma resposta: é tecnologia de gestão? É tecnologia de democratização das relações institucionais? Devem-se privilegiar as análises internas em detrimento do crescente apelo aos “consultores externos”? Em que medida? E a relação com os processos de formação? E com os movimentos sociais? E com a permeabilidade das instituições ao usuário? E a pista importante da análise institucional, de que para curar os doentes é preciso primeiro

curar a instituição de cura? Curar a instituição que cura não significaria promoção da saúde e democracia institucional?

Essas questões são apenas uma parte de um campo em construção, e não seria prudente colocarmos uma placa com os dizeres: “Em obras. Proibida a entrada de estranhos”. Aqui estão dois dos princípios enunciados: o respeito pelas produções acadêmicas e conceituais e a noção de uma construção coletiva, e nossa corresponsabilidade na composição do nosso campo. Insistimos num ponto: os pesquisadores são também construtores do campo que estudam e no qual intervêm. Estão todos implicados nesse campo, principalmente porque há um ponto em comum: é preciso assumirmos a responsabilidade pública de constituir no próprio SUS dispositivos capazes de fomentar a criação de instrumentos, de ferramentas e de estratégias de fortalecimento para o próprio SUS. Considerando que essa responsabilidade se refere à “composição” indicada anteriormente. Fazer com os atores/ autores e não para eles.

Um SUS mais forte implica garantia do direito à saúde e integralidade. E talvez estejamos diante de um dos maiores desafios que se apresentou para o apoio nesta pesquisa – trabalhar num contexto de direitos em tese garantidos, mas em muitas situações ignorados; e a experimentação de uma ação que se pretende cuidadora e em rede, mas que tem, em certa medida, invisibilizado seus próprios princípios. Quem apoia quem? Apoiador externo ou do próprio coletivo? Todas as equipes são coletivos? Quais fatores influenciam a capacidade de análise e de ação de um coletivo? (CAMPOS, 2013). Não se parte muitas vezes da noção que os coletivos preexistem à invenção do comum ou estão na dependência única e exclusiva da aplicabilidade de instrumentos técnicos? De outro modo, do ponto de vista da integralidade, essa dimensão do cuidado trata da perspectiva da criação de possibilidade de avaliação dos efeitos das nossas práticas, praticando. Cuidado que implica um movimento contínuo de percepção clara de como se está estabelecendo a relação e de como nascemos como seres humanos nessas relações. Uma verificação mútua e contínua. Essa dimensão do cuidado é necessariamente dimensão ética.

Talvez um grande perigo da institucionalização do apoio (limitado apenas à sua dimensão instituída, como nos lembra a

escola institucionalista francesa) seja o perigo de perder capacidade de análise – capacidade de “avaliar com” –, de avaliar os efeitos das práticas. É constante o risco de que as questões que se apresentam para o cuidado em saúde possam ser consideradas objetos do esforço individual de um sujeito investido da autoridade “necessária” a uma divisão técnica e social do trabalho. No final das contas, o perigo nem seria propriamente o da institucionalização, uma vez que o apoio tem se mostrado como um novo modo de institucionalidade, mas o de tomar a instituição somente por sua dimensão instituída. Assim, esta pesquisa sobre o apoio se reveste de um caráter multidimensional, com efeitos e repercussões que se ancoram em referências teóricas e metodológicas voltadas para um amplo programa de investigação-intervenção, que exigiram alargar seus propósitos no detalhamento de objetivos específicos.

No âmbito geral da pesquisa, em sua dimensão macroestruturante, destacamos entre os objetivos específicos, os seguintes itens: a) viabilizar a realização de atividades de avaliação, desenvolvimento e implementação das redes temáticas prioritárias e de tecnologias de cuidado baseada em experiências inovadoras; b) propor e elaborar estudos/pesquisas para subsidiar a formulação e construção de estratégias de implementação de políticas específicas e/ou transversais no campo da saúde; c) desenvolver ações de comunicação e disseminação de tecnologias/estratégias de gestão e cuidado no sistema de saúde; d) sistematizar e produzir conhecimento, metodologias e instrumentos no campo das políticas específicas de atenção e da gestão em saúde, buscando novos elementos que contribuam para o aperfeiçoamento e fortalecimento deste processo em todo o país.

Tais objetivos apontam para a questão do apoio institucional na relação com a garantia do direito à saúde e a integralidade. De outra forma, poderíamos apresentar a seguinte questão como eixo estruturante: como a prática do apoio institucional tem contribuído na experiência concreta da integralidade e na garantia do direito à saúde? A justificativa se encontra diretamente relacionada ao fato de o apoio institucional ser uma ferramenta fundamental na execução de atividades e estratégias de intervenção no âmbito do Ministério da Saúde.

A inserção de apoiadores institucionais vem acontecendo desde 2003, principalmente pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com o crescente investimento nesse tipo de estratégia, torna-se crucial conhecer as experiências de apoio institucional no cotidiano dos serviços de saúde e sua relação, tanto com os princípios e diretrizes do SUS, quanto com a promoção de maior transversalidade entre as áreas programáticas e estratégicas na elaboração de ofertas às demandas específicas por cuidado em saúde.

Como desdobramento de suas ações, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas de Saúde do Ministério da Saúde estabeleceu parceria de cooperação técnico-científica com o LAPPIS, do Instituto de Medicina Social da UERJ, em sua linha de atuação “EnsinaSUS – ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação na construção da integralidade em saúde”, com vistas ao desenvolvimento orgânico desta atividade.

A trajetória de trabalho do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS³ tem evidenciado que o termo *integralidade* apresenta um conjunto de sentidos e significados com grande potencial de aproximar o desenvolvimento de políticas de saúde dos pressupostos éticos e

³ O LAPPIS vem contando com a atuação de um colegiado de coordenadores e pesquisadores de grupos de pesquisa do CNPq, além da participação de representantes institucionais, tendo os seguintes objetivos: a) realizar projetos de pesquisa de caráter multiprofissional e transdisciplinar sobre práticas de integralidade em saúde, com ênfase na construção cotidiana de saberes e práticas inovadoras relacionadas à organização e atuação das instituições de saúde, sociedade civil e cultura; b) desenvolver tecnologias de atenção sistêmica (planejamento e gestão) e de cuidado em saúde (ações e serviços de saúde – gestores setoriais – profissionais de saúde – usuários/movimentos sociais); c) desenvolver metodologias de pesquisa que tenham como propósitos a reconstrução de práticas destinadas à formação profissional em diferentes níveis de atuação e capacitações para seu manejo e disseminação; d) promover a realização de cursos e seminários em nível de extensão, graduação e pós-graduação; e) realizar e apoiar atividades científicas e eventos culturais que reúnam especialistas de nível nacional e internacional em torno de temas de pesquisa e debate em áreas afins; f) estabelecer parcerias de cooperação técnica entre o LAPPIS-CEPESC-IMS/UERJ, Secretarias Estaduais e Municipais e Ministério da Saúde; g) promover o intercâmbio entre professores, pesquisadores e alunos das universidades envolvidas e outras universidades e instituições de pesquisa; e h) reunir acervo bibliográfico e audiovisual sobre os temas de pesquisa, assim como realizar e apoiar a publicação dos resultados das pesquisas e das atividades de ensino e extensão realizadas.

organizacionais que fundamentam o SUS. Com isso, as questões e desafios em torno da materialização deste princípio na garantia de um cuidado integral à saúde contribuem de forma decisiva para o estabelecimento de um patamar ético e técnico capaz de orientar as relações entre gestores, profissionais e usuários no cotidiano das instituições de saúde, seja no plano individual (onde o cuidado surge como ação inovadora capaz de gerar práticas eficazes), seja no plano sistêmico (onde o acesso aos níveis de complexidade na rede de serviços de saúde se impõe como direito de cidadania). A integralidade é entendida aqui no sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes âmbitos de atenção do sistema (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A integralidade, como conceito estruturante e constituinte de ações que devem nortear as práticas na produção do cuidado, sobretudo no desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde, nos convoca a propiciar espaços de coprodução entre os sujeitos implicados na produção do cuidado, na interface com as funções essenciais da universidade, sendo a tríade pesquisa-extensão-intervenção/extensão uma fonte virtuosa para o surgimento de novos sentidos e significados ao agir em saúde. Mais especificamente, quando se busca repensar o agir em saúde como um modo de produzir cuidados, que implica construção e avaliação de ações voltadas para a autonomia dos usuários e segmentos organizados da sociedade civil. As práticas de apoio, com o desenvolvimento de desenhos metodológicos avaliativos que privilegiem as interfaces entre saúde, trabalho e integralidade, constituem marcadores de alta potência capazes de fomentar práticas solidárias de produção de cuidado como ação de cidadania e consolidação do direito à saúde.

Apostamos que esses marcadores podem nos oferecer subsídios tecnológicos e científicos capazes de nos auxiliar na identificação de evidências que contribuam para a redefinição dos aspectos norteadores para a estruturação das redes de atenção à saúde, de tal modo que sejam concretamente efetivas e resolutivas. Isto significa repensar os

aspectos assistenciais, sobretudo na afirmação de componentes éticos e sociais presentes, capazes de reforçar o SUS como política de Estado universal, equânime e integral. Considerando o escopo dos objetivos propostos e os contextos onde se inserem, evidenciou-se a necessidade de construir arranjos analíticos que permitissem compreender as experiências e vivências dos sujeitos em suas práticas cotidianas na luta pela efetivação dos princípios do SUS e do legado constitucional da saúde como um direito de todos. Para tanto, tornava-se necessário conhecer esse sujeito apoiador, de tal modo que pudéssemos incluir seu olhar sobre sua própria experiência, buscando entender nesse modo de agir em saúde suas repercussões em áreas programáticas estratégicas.

Com isso, as agendas de pesquisa e da política, em “tempo real”, exigiram de todos nós da equipe de pesquisa uma atenção redobrada sobre o cumprimento do cronograma físico *vis-à-vis* a aplicação financeira dos recursos previstos, de modo a cumprir uma dupla finalidade: a primeira, otimizar os recursos, no sentido de potencializar os produtos e resultados estimados amplificando seus efeitos; e a segunda, garantir o maior grau de transversalidade das ações entre os componentes definidos para alcançar os objetivos propostos, sobretudo na interface LAPPIS/IMS-UERJ e DAPES/SAS-MS.

Experiência anterior com uma pesquisa exploratória, sobre a integralidade e o SUS nos cursos de graduação em saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006), cultivou uma *expertise* de produção coletiva e participativa com elevado grau de coprodução e corresponsabilização entre os parceiros envolvidos no projeto. Daí construiu-se uma matriz analítica crítica e reflexiva que tornou possível superar os desafios impostos durante a construção e operacionalização desta pesquisa, gestando uma perspectiva mais integradora e orgânica para se alcançar os resultados e produtos esperados. Nesse sentido, a trajetória de desenvolvimento desta pesquisa científica, ancorada na tríade pesquisa-intervenção/extensão-ensino, se mostrou uma potente ferramenta de articulação de processos produtivos de conhecimento, tanto no que diz respeito à formação de trabalhadores (incluindo capacitações, graduação e pós-graduação), como na adoção de novas abordagens epistemológicas mais coerentes com os objetos de pesquisas delimitados para investigação.

Como essa experiência prática de pesquisa, pavimentamos um solo epistemológico fértil para incubação de novos conceitos e metodologias mais porosas aos impulsos do cotidiano dos atores em suas práticas nas instituições. Forjamos, assim, uma “paisagem humana”⁴ de aspectos que deixavam evidente a exigência de uma fusão de horizontes de natureza ética, política e formativa para sua compreensão, sobretudo para elaboração de resposta para o enfrentamento de desafios, dilemas e obstáculos impostos pela diversidade de demandas por inovações. Optamos por construir uma pesquisa exploratória, participativa e plural, com um corpo de *saberes* de caráter híbrido e transdisciplinar⁵ e uma *pluralidade de práticas metodológicas interativas*, que permitisse identificar o potencial inovador e inclusivo das experiências a serem analisadas, não anulando sua natureza de pesquisa-intervenção com efeitos e repercussões no cotidiano dos apoiadores num concreto processo permanente de formação. Isto significa dizer que apostamos na prática de pesquisa como uma prática social criadora, que não paralisasse sua produção e ousadia pela perseguição do método correto, pela busca de resultados verdadeiros e universais e pela aflição com o risco de não aplicar corretamente os conceitos, como se eles fossem as regras da gramática escolar (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006) – enfim, que não temesse as “reações adversas” dos tensionamentos produzidos com a “economia política da verdade vigente” (FOUCAULT, 1984) com a qual se depararia, com certeza.

E sem dúvida, nesse âmbito de complexidade e de demanda por inovação, inerentes às trajetórias de pesquisas desenvolvidas pelo LAPPIS, a presente pesquisa sobre as práticas de apoio e a integralidade no SUS não seria diferente em sua construção. As parcerias se mostraram extremamente estratégicas e interessantes, pois contamos com contribuições de pesquisadores, colaboradores e agentes de diferentes linhas de pesquisa, envolvendo instituições

⁴ A ideia de paisagem humana aqui empregada caracteriza-se principalmente pelo fato de ela agregar, em si, a sobreposição e confluência das ações do presente e do passado, que muitas vezes convivem lado a lado.

⁵ A perspectiva transdisciplinar adotada nesta pesquisa é tributária dos estudos desenvolvidos por Madel T. Luz (2009).

de saúde, de ensino e da justiça, cuja produção de conhecimento se apresenta diversificada e multirreferenciada, coerente com a natureza transdisciplinar dos objetos da Saúde Coletiva no Brasil. O movimento se concretizou com a criação da *Rede Multicêntrica de Pesquisas Incubadora de Integralidade LAPPIS*, que tem como estratégia principal construir marcos conceituais e desenvolver metodologias dialógicas capazes de oferecer subsídios para o fortalecimento do SUS.

Com efeito, essas parcerias se tornam o pilar da institucionalidade da pesquisa, no campo da Saúde Coletiva, reunindo as seguintes instituições: o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (LAPPIS/IMS-UERJ); o Instituto de Saúde da Comunidade e o Departamento de Psicologia (Campos dos Goytacazes)⁶ da Universidade Federal Fluminense (UFF); o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC-UFMT); a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Acre (FM-UFAC); o Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte-MG);⁷ a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE-UFRGS); o Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB);⁸ a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (LABORAT-EPSJV/FIOCRUZ); o Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (NUCEM-UFPE); a Faculdade de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FD-FGV); e o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGPSi-UFES).

⁶ Grupo de Pesquisa Transversalidade e Clínica do Diretório do CNPq.

⁷ Programa Interinstitucional “Incubadora da Integralidade” em parceria com o LAPPIS-IMS/UERJ.

⁸ Projeto de pesquisa-intervenção “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde”, parte da pesquisa “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde”, que foi submetida a avaliação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos (CAAE: 12479513.6.1001.0030), tendo os pareceres de aprovação CEP FS/UnB n. 191.003 e CEP FEPECS/SESDF 453.476, ambos no ano de 2013.

Há um conjunto e parcerias subjacentes a cada uma dessas instituições, envolvendo outros pesquisadores de diferentes instituições, que foram se enredando nos objetivos da pesquisa, cujos desdobramentos se espriam em diferentes campos de intervenção da produção do conhecimento na saúde coletiva.

Longe de descrever todas as nuances e detalhes que *marcaram* o percurso da pesquisa,⁹ esta coletânea busca compartilhar a experiência – *práxis* – da pesquisa por seus pesquisadores, com rigor ético e disciplina científica, destacando os movimentos de produção da integração e convergência de olhares e leituras. Desde diferentes vertentes conceituais ou origens institucionais e profissionais, a pesquisa produziu um projeto comum alimentado por vivências e pelo objetivo de contribuir com uma *nova gramática* na discussão e compreensão das práticas dos apoiadores em seu cotidiano nas instituições de saúde por sua interface com a integralidade, o trabalho e a efetivação do direito à saúde no SUS.

A coletânea está dividida em quatro partes. Na primeira, são apresentadas as singularidades e organicidade das estratégias de sistematização e de análise e a trajetória de sua operacionalização. São apresentados alguns dos embasamentos e caminhos da pesquisa, as noções de *experenciación*, integralidade e direito à saúde, com os quais se articulam conceitos, percepções e sensações porosas e acolhedoras das práticas de apoio e organizadoras do solo epistemológico da pesquisa. A seguir, é explicitada a proposição coletiva observacional como um conjunto de estratégias de análise e sistematização, visando tanto produzir um plano de visibilidade para as práticas de apoio e sua relação com o princípio da *integralidade*, quanto explicitar as afinidades metodológicas e ordenar rotas analíticas (caminhos de pensamento). Seguem-se a operacionalização da pesquisa, sua trajetória, os encontros técnico-científicos e a definição de fio condutor e as ferramentas utilizadas.

⁹ A pesquisa teve início em novembro de 2011, com um coletivo de pesquisadores originários do IMS-UERJ, ESPJV/FIOCRUZ, FGV-Direito-UERJ, UFES e UFF (Campos de Goytacazes). Em agosto de 2012, a equipe de pesquisa foi ampliada, com a participação do 14 pesquisadores, totalizando 32 integrantes, entre docentes universitários, alunos de graduação e de pós-graduação em Direito, Psicologia e Saúde dessas instituições.

Na segunda parte, convocamos algumas noções emergentes e a rotas analíticas transversais para configurações temáticas das discussões resultantes da análise do material empírico acerca das práticas de apoio. Trouxemos a ideia de noções emergentes, porque se trata de uma composição conceitual que é efeito de um trabalho de acompanhamento de experiências de apoio institucional. Foram visitadas 12 experiências de apoio nas cinco regiões do país, e a partir dessas visitas e de encontros com pesquisadores e apoiadores, propusemos alguns eixos temáticos para estruturar o processo de sistematização e análises da pesquisa. Com o intuito de oferecer subsídios para a construção de proposições investigativas, trabalhamos com noções como transversalidade, processos de trabalho, gestão e democracia institucional, processos de formação, direito e integralidade no cuidado, entre outras.

Na terceira parte, estão as configurações dos resultados do mapeamento dos apoiadores no cenário nacional. O mapeamento visou contribuir para a construção de algumas indicações acerca dos itinerários formativos, a inserção nos processos de atenção e gestão e os desafios enfrentados pelos apoiadores em todo o Brasil, que implicam garantia do direito humano à saúde e democratização das relações institucionais no contexto do SUS. O mapeamento foi realizado por meio de um questionário eletrônico, preenchido online por todos aqueles que se reconhecem no exercício do apoio. Essa ferramenta nos ajudou a constituir alguns blocos analíticos para auxiliar na reflexão sobre algumas questões: quem são esses apoiadores? Onde eles estão? Quais são seus itinerários formativos? Qual sua relação com outros atores, com os dispositivos? Quais os efeitos e repercussões do seu trabalho na perspectiva do direito à saúde e da integralidade? Tendo em vista esses resultados se inspirarem na metodologia quantitativa, tivemos o zelo de inserir informações sobre a descrição da metodologia aplicada nos três capítulos que se referem às frequências das respostas dadas pelos apoiadores.

Por fim, na quarta parte, são apresentados “outros olhares” com perspectivas analíticas de renomados pesquisadores acerca da temática em tela, que serviram à formulação teórica e metodológica da

pesquisa sobre o ensino em saúde orientado pela integralidade. Tais perspectivas contribuiriam na construção de olhares, escutas e leituras convergentes na compreensão dos movimentos de transformação do campo da saúde e dos estranhamentos resultantes da construção de uma práxis de pesquisa.

Uma seção de anexos foi inserida para abrigar os instrumentos e dispositivos de operacionalização da pesquisa e a cartografia das experiências – isto é, a relação dos relatos inscritos na convocatória para esta investigação, os relatos selecionados para interpretação de possibilidades da realidade brasileira, o mapa da síntese interpretativa resultante dessa seleção, o questionário do mapeamento e o texto da convocatória nacional para experiências de Apoio Institucional.

Referências

- BARROS, M.E.B. ; SILVA, F.H. O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, p. 339-355, 2013.
- CAMPOS, G.W. de S. *Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. O método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- FOUCAULT, M. Da amizade como modo de vida. In: _____. *Ditos e Escritos VI: Repensar a política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface*. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.
- LUZ, M.T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas. *Análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde Soc.* São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.
- PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, A.A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-36.

PARTE I

**Perspectivas teórico-metodológicas,
pluralidade nos modos de pesquisar
e trajetória de operacionalização**

Experienciação, Integralidade e Direito à Saúde: articulando conceitos, práticas de pesquisa e percepções para (re)pensar o agir do apoiador institucional

ROSENI PINHEIRO

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JUNIOR

FELIPE DUTRA ASENSI

FABIO HEBERT DA SILVA

TATIANA COELHO LOPES

Nossa aposta ético-política-formativa dentro da produção acadêmica e científica na Saúde Coletiva afirma-se no movimento orgânico de contribuir para o desenvolvimento de novos e atualizados aportes teóricos e metodológicos, coerentes com o campo, que sejam mais porosos aos contextos da vida dos sujeitos no cotidiano de suas práticas nos territórios da saúde.

Cabe lembrar que se trata de um posicionamento epistemológico do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS desde sua criação. O divisor de águas de nossa trajetória epistêmica tem na pesquisa EnsinarSUS seu marco mais emblemático, pois ao gestar possibilidades de reflexão crítica sobre as práticas de ensino nas graduações em saúde, buscou intensificar a prática investigativa interdisciplinar, para lidar com a natureza transdisciplinar de seus objetos, inerentes às temáticas emergentes dos estudos sobre integralidade em saúde, por meio do esforço coletivo multiprofissional do seu corpo de pesquisadores (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

Foi à luz dessa experiência de pesquisa que gestamos este estudo sobre as práticas de apoio, de modo a conhecer suas singularidades e especificidades locorregionais, de tal modo que pudéssemos nuclear os nexos axiológicos inerentes a sua atuação, concebendo-os como fonte de teoria viva (GRAMSCI, 1989), capaz de subsidiar estudos sobre

sua própria construção como agir em saúde, como método ético-político-formativo. Entendemos que sua dimensão formativa exige permanentemente uma configuração axiológica, imbuída de práticas cuidadoras em saúde, com respeito à pluralidade e à singularidade dos processos de viver, que incluem adoecimentos e demandas por atenção de saúde, nas quais o usuário ocupa o centro da atenção. Isso ganha corporeidade face à necessidade de se adotar uma perspectiva dialógica nas relações com e entre sujeitos implicados no cuidado, cuja natureza ética permita transformar o trabalho e os trabalhadores em atores ativos de invenção de sua existência e dos coletivos humanos.

Cabe ressaltar que esta pesquisa *gestionante* sobre as práticas de apoio se ancora em pressupostos que antecedem sua formulação, que tem na descentralização, na participação e na integralidade da atenção a tríade de princípios que configuram em grande medida o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como um direito de cidadania (PINHEIRO, 2001a, 2002b; PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004 e 2005; PINHEIRO et al., 2004). Tal processo revelou mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde no país: a descentralização, a inclusão de novos atores no cenário nacional, juntamente com a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a participação da sociedade civil, possibilitaram o surgimento de ricas e diferentes experiências centradas na integralidade da atenção em saúde (BRASIL, 2001a, 2001b; FERLA et al., 2002).

Com efeito, a ideia de experiências traz um forte significado teórico-prático para se compreender as práticas de apoio, tendo em vista que entendemos que conhecer essas experiências implica repensar os aspectos mais importantes do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde. Mais uma vez, constatamos que é justamente no campo das práticas que surgem as inovações na gestão e a incorporação de novas tecnologias na atenção aos usuários, que ao buscarem melhorar a atenção à saúde trazem à tona evidências práticas do inconformismo e enunciam a necessidade de rever ideias e concepções sobre saúde, em particular dos modelos tecnoassistenciais. Em verdade, não são poucas as evidências da ação criativa desses novos atores no cenário

sanitário, que lutam pela construção de um sistema universal, democrático, acessível e de qualidade.

Não queremos dizer com isso que a histórica insuficiência (crônica) de recursos financeiros no setor saúde e a cultura institucional normativa convencional de gestão das políticas de saúde, baseado no modelo taylorista, persistem como um obstáculo para muitos avanços na produção de tecnologias de cuidado e atenção. Esses elementos não impediram o desenvolvimento de diversas experiências inovadoras e bem-sucedidas ao longo dos anos de construção do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2002; LEVCOVITZ et al., 2001; PINHEIRO, 2000), que mostraram ser possível construí-lo também no cotidiano de usuários e trabalhadores, oferecendo diferentes padrões de equidade e integralidade, forjados por práticas de gestão, cuidados e controle social (PINHEIRO, 2001; PINHEIRO; MATOS, 2002, 2003, 2004). Com isso, constatamos mais uma vez que a integralidade tem em seu signo epistemológico “vitruviano” os atributos conceituais, teóricos e práticos para se constituir como eixo paradigmático ao se repensar os padrões institucionais na saúde, na perspectiva de superar as trajetórias e práticas de fragmentação e desarticulação do cuidado, fortalecendo os processos de transformação jurídico-político-institucionais em curso na experiência de reforma do Estado Brasileiro.

A integralidade, como construção e prática social, ganha expressão no campo da saúde à medida que essa perspectiva busca superar a tradicional forma de fazer política por meio de modelos ideais, que sempre requerem condições ideais e que, portanto, nunca se realizam completamente (PINHEIRO; LUZ, 2003). Ou seja, um modo de fazer a política que subordina a prática, com suas regras e disciplinas externas ao campo da saúde, acabando por produzir cisões e assimetrias no processo de trabalho, muitas delas negativas, provocadas pelas relações de saber e poder no cotidiano dos serviços. Contudo, contamos em diferentes estudos que essas práticas do cotidiano dos sujeitos, quando tomadas como fonte de criatividade e de críticas reflexivas, podem potencializar ações libertárias genuínas, tanto do conhecimento científico – que segue sendo refém do método que o legitima e lhe confere autoridade – quanto da própria sociedade, ao possibilitar-lhe sua inclusão na tomada de decisão sobre seu cuidado. Seja por meio

da democracia representativa, seja por meio da democracia direta, contamos com uma abertura concreta ao cidadão-usuário, que busca por cuidado, mediante a participação ativa e instituinte de novos e críticos saberes saúde e de fontes de sua construção (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Também temos claro que a concretização de um sistema universal integral e participativo não passa pela aplicação exclusiva de saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes (PINHEIRO; LUZ, 2003). Nesse sentido, apostamos que a ideia de integralidade como eixo paradigmático que resulta de uma ação social, fruto da interação democrática dos sujeitos em suas práticas no cotidiano da relação entre demanda e oferta por cuidado (PINHEIRO, 2003), possui reciprocidade axiológica com valores cunhados nas práticas de apoio que têm na ideia de democracia institucional, seu signo vitruviano, a medida de seus saberes praticados no campo da gestão em saúde.

Cabe-nos situar que o apoio institucional como método foi proposto inicialmente por Gastão Wagner Campos (2000), em sua reflexão sobre os desafios referentes à produção de democracia institucional nas organizações de saúde. No livro *Um método para análise e cogestão de coletivos*, o autor indica que, além de suas finalidades de produção de bens e serviços, a gestão das organizações tem também funções pedagógicas e terapêuticas, dada sua capacidade de intervir na formação de sujeitos e coletivos de trabalho. Com isto, Campos sinaliza que a produção de subjetividade é uma dimensão inerente ao trabalho em saúde, aspecto que as equipes devem observar nas relações que estabelecem entre si, com outras equipes e unidades, e também nas relações estabelecidas com usuários e comunidade. A consideração dessa questão é passo primordial para que se deem de modo democrático o reconhecimento de necessidades sociais, a negociação e disputa entre os interesses e desejos envolvidos e a definição de estratégias e meios de atendê-los.

A cidadania se constrói lutando por ela. O sujeito se constitui no processo de vida real, etc. Ainda que se reconheça a existência e a eficácia de espaços especializados – o *setting* terapêutico, o curso de capacitação, o movimento social, etc. – o que se está assumindo

é que durante o processo de gestão, e particularmente em uma gestão participativa, não se produzem somente efeitos políticos ou administrativos, mas também efeitos pedagógicos e subjetivos (CAMPOS, 2000b, p. 161).

A compreensão desses efeitos no contexto da gestão faz com que o aumento da capacidade de análise e de intervenção na realidade por parte dos sujeitos e coletivos ganhe relevância, o que significa a produção deliberada de processos de subjetivação que ampliem o coeficiente de autonomia, por meio da participação na gestão. O trabalho e o exercício cotidiano de poder em redes institucionais são pensados como contextos de aprendizado, nos quais o sentido e o significado da ação sobre o mundo podem ser forjados de modo reflexivo, modificando em um mesmo processo agente e contexto. Nessa direção, a função apoio nas instituições é pensada com a finalidade de intervir na construção de Espaços Coletivos, organizados para definição de tarefas, análise e elaboração dos projetos de intervenção. Esta função se define como matricial, mediada por contratos, e parte do reconhecimento de que a gestão se exerce entre sujeitos, mesmo que tenham distintos saberes e recursos de poder (CAMPOS, 2000b, 2005).

Ao apoio institucional caberia trabalhar a relação entre os objetivos institucionais e os saberes e interesses dos trabalhadores, finalidade que supõe trazer para os grupos as diretrizes definidas nas instâncias superiores e propiciar a avaliação e análise do contexto externo, debatendo pontos específicos como “diretivas organizacionais e orçamentárias, diretrizes políticas, programas, indicadores de avaliação e, particularmente, a reflexão sobre interesses e necessidades do público externo à Organização” (CAMPOS, 2000b, p. 187).

Importante ressaltar que o público externo ao qual nos referimos constitui-se dos usuários do SUS – brasileiros que têm garantidos direitos sociais conforme inscrito na Constituição Federal. A defesa incondicional do direito à cidadania, materializada neste caso como direito à saúde, é ponto fulcral para o LAPPIS. Embasados pelo pensamento de Hannah Arendt, temos defendido a superação da ideia de que os processos acontecem de forma mecânica, como se

fossem uma engrenagem histórica em que cada trabalhador constitui apenas mais um dente. Para além disso, Arendt defende a tomada de posição com vistas à “renovação do mundo”.

Esta metáfora, que pode parecer por demais transcendente para a gestão do SUS, deve ser encarada também como uma possibilidade de olhar as instituições. O apoio institucional tem condições de dar azo à perspectiva renovadora, reconhecendo que nem o mundo nem os processos são imutáveis e, muito menos, seguem um caminho já anteriormente traçados. Cada trabalhador é responsável por suas atitudes e decisões, mas nem todo trabalhador reconhece-se assim. A crítica à “teoria do dente da engrenagem”, de Arendt, tenta desconstruir esta ideia de que os indivíduos nada mais são do que peças substituíveis que mantêm a administração em andamento (ARENDR, 2004, p. 91).

Dentre as discussões realizadas por Arendt, destaca-se seu rebatimento ao argumento de que no processo político opta-se em determinadas ocasiões pelo “mal menor”: “Se somos confrontados com dois males, assim reza o argumento, é nosso dever optar pelo menor, ao passo que é irresponsável nos recusar a escolher” (p. 98). Contra isso, ela argumenta que “politicamente, a fraqueza do argumento sempre foi que aqueles que escolhem o mal menor esquecem muito rapidamente que escolheram o mal” (p. 99). Na gestão da saúde, esta questão está igualmente colocada, mas pouco avaliada e discutida por aqueles que rotineiramente tomam decisões. O apoio institucional, tal qual o compreendemos, volta-se também para a necessidade de analisar os efeitos dessas decisões, tanto à luz das consciências individuais quanto das responsabilidades coletivas que temos “pelo fato de levarmos a vida não conosco mesmos, mas entre nossos semelhantes” (p. 225).

Assim, entendemos que a construção de diferentes formas de mediação em redes sócio-técnicas e políticas é uma dimensão central na atividade de apoio institucional, pois seus objetivos requerem relações entre políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, setores institucionais, conhecimentos, projetos e interesses políticos. Nesta apreensão, a atuação do apoiador institucional é orientada para o encontro entre ação política, gestão das organizações e análise dos processos subjetivos, partindo da compreensão de que produção de bens e serviços, constituição

dos sujeitos e aprendizagem ocorrem simultaneamente, resultando na manutenção ou intervenção em lógicas e estruturas organizacionais. Por este motivo, há simultaneidade entre produção, coleta e análise de informações, procedimentos que devem fundir-se num método construtivo de conhecimento e intervenção na realidade.

O termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens e serviços. Quem apoia sustenta e empurra o outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção (CAMPOS, 2005, p. 87).

Não há somente uma posição institucional para realizar a função de apoio. Ela pode vir de um lugar de poder institucional (supervisor, auditor, diretor etc.); de um lugar de suposto saber, no caso alguém externo ao grupo (assessor, consultor analista etc.); ou mesmo da conjunção das duas especificidades anteriores. Pode ainda ser concretizada numa relação de paridade, por um dos membros da equipe ou da comunidade, seja em sua atuação cotidiana, seja em instâncias de cogestão (CAMPOS, 2005). O objetivo, entretanto, é comum: a ampliação da capacidade analítica do Coletivo, de atribuir sentido e significado aos fatos e processos institucionais. Um esforço de aproximação crítica da realidade, remetendo-se aos sistemas de valores e interrogando-os, investindo na potência de ação do grupo, já que ação e análise devem caminhar *pari passu*, intervindo no modo como os grupos compõem e reconfiguram interesses, desejos e projetos.

Como indicado anteriormente, a inserção de apoiadores institucionais é uma experiência recente, quando comparada a outras iniciativas desenvolvidas no contexto de implementação de políticas de saúde, que necessita cada vez mais ser bem pesquisada e debatida, para que sejam avaliados seus alcances e possibilidades. Portanto, torna-se fundamental “olhar” as relações estabelecidas no cotidiano dos espaços institucionais, identificando as dificuldades e obstáculos presentes na atuação dos apoiadores institucionais e suas contribuições para a integralidade das ações desenvolvidas (PINHEIRO, 2001a, 2002b; PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004 e 2005; PINHEIRO et al., 2004).

No sentido de alargar nosso “olhar” sobre tais relações, que se fez necessário articular conceitos que pudessem servir como ferramentas inspiradoras de novas práticas de pesquisa inclusivas, participativas e de corresponsabilização.

Conjugando conceitos ferramentas, práticas de pesquisas e percepções

Quando elegemos as noções de “experienciação, integralidade e direito à saúde” como conceitos-ferramentas para apreender as práticas de apoio, pareceu-nos evidente suas potencialidades para (re)configurar novos arranjos compreensivos acerca das práticas de saúde no cotidiano da produção de cuidado. Pensamos estar diante do desafio de desenvolver certo estilo cognitivo, capaz de explorar as especificidades dessas práticas naquilo que de fato e concreto nos aporta como método de afirmação dos princípios do SUS, que inclui afirmar a própria vida das pessoas.

Conjugar conceitos, percepções e ações para produzir saberes sobre as práticas de apoio nos exigiu assumir uma postura crítica e criativa, de reconhecer novamente as possibilidades e colocar um desafio de “abertura de possíveis”. Significa construir encontros que estabelecemos entre o conhecido e o desconhecido, permissão à “experienciação” e não à sobredeterminação do desconhecido pelo conhecido (PINHEIRO; CECCIM, 2004). Trata-se de um exercício (ou práxis) do pensamento e da ação como uma dupla ação do intelecto, ato concebido por Gramsci como o ato político de “entender e sentir” (1991).

Nesta pesquisa, assim como nas anteriores, os movimentos de reflexão crítica sobre a noção de integralidade sempre foram incansavelmente perseguidos, de modo que pudessem ser apropriados para os estudos das práticas de apoio. Isto significa reafirmar o pressuposto de problematizar qualquer atributo essencialista do termo, permitindo criar planos de porosidade aos contextos em que se inserem. Logo, assumimos a integralidade como um conceito-ferramenta de estudos sobre as práticas de apoio como um pensamento em ação, um processo de construção que envolve si mesmo, o outro e os entornos, implicando inclusão de conhecimentos formais e percepções (e sensações), considerando a produção e a transformação de saberes e práticas como um campo de forças históricas.

Mais uma vez, concordando com Gramsci (1991), defendemos que não se deve tentar colocar problemas abstratos, que não tenham lugar nas vidas das pessoas ou não tenham nenhuma conexão com elas. *Apoiados* em uma “antropologia gramsciana”, afirmamos que é preciso haver a capacidade de instituir na própria ação política e intelectual uma relação entre *teoria e práxis* (PIZZA, 2002). Esta perspectiva se coloca em oposição a qualquer abordagem idealista que separa consciência e vontade dos atores históricos, esvaziada do pragmatismo ou uma visão mecânica do materialismo que reduz a vida social e cultural à questão das relações produtivas, sem implicação. Entendemos que a produção de conhecimento resultante dos saberes e das práticas de apoio institucional aproxima-se das mesmas bases nas quais ancoramos a ideia de integralidade, onde a construção teórica deva ser contextualizada em movimentos da vontade (do desejo, da implicação). Essas contextualizações devem ser capazes de forjar uma *teoria viva* que reflita, desde sua própria constituição, a experiência concreta da vida que lhe dá origem e da vida que vai originar, uma atividade prática (práxis), uma iniciativa da vontade, um movimento de transformação (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

De forma análoga à pesquisa “mãe” EnsinaSUS, a pesquisa sobre as práticas de apoio lidou com distintos atravessamentos no contexto multirreferenciado de produção de conhecimento sobre integralidade, coerente com a natureza investigativa interdisciplinar do campo da Saúde Coletiva, que assim como nas demais pesquisas que realizamos no LAPPIS, foi fruto de interações, críticas e reflexivas, entre saberes e práticas entre pesquisadores e pesquisados. Por tudo isso, nos propomos a realizar uma articulação de conceitos, práticas de pesquisas e percepções, que possibilitem aos diferentes atores implicados com as práticas de apoio no SUS do país, afirmar a vida como direito de ser, e a saúde como um direito humano à cidadania.

Tenhamos claro que quando falamos em “experiência” não se está falando em estudo de caso, do tipo múltiplo ou único, para *verificar* se uma teoria está correta ou não, o que para algumas áreas de conhecimento tem sido muito bem aplicado e adequado às proposições de observação. Tampouco se está referindo a um experimento ou ato de experimentar cujo controle sobre os eventos

comportamentais constitui condição, ainda que tal instrumento seja indicado ao estudo de impacto de determinadas medidas no campo da saúde. Também não corresponde à noção empirista da cognição, que entende na experiência a aquisição do conhecimento que, mediante estabilidade e reprodução, se concretiza em saber com base na experiência (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Podemos afirmar, no entanto, que o estudo das práticas de apoio também encontra reciprocidade epistêmica com a proposição de Foucault (1995) acerca da própria ideia de experiência. Para o autor, a experiência acontece como experiência de si, algo que tira o sujeito de si, do lugar que está, fazendo com que não seja mais o mesmo, experimentando a transformação do ser e do estar; sai dos contatos vividos transformado e transformando. Ou seja, a experiência não é apreendida para ser simplesmente repetida ou passivamente transmitida; ela acontece para migrar, recriar e potencializar vivências como diferenças-em-nós. *Experienciar* é, sobretudo, estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação. Francisco Ortega (1999, p. 67) sintetiza de maneira interessante essa perspectiva foucaultiana, quando afirma que “a experiência constitui algo de que já se sai transformado”.

Diante dessa concepção de *experenciación*, a integralidade no estudo das práticas de apoio opera como conceito de “dobra”, isto é, como princípio ético-político e formativo, onde vida e obra, ser e atuar se nutrem, sem se reduzirem um ao outro. Para Foucault, a ética pode ser entendida como um desdobramento da política, fazendo-nos em nossas lutas e conquistas no presente, mudando o mundo em que vivemos.

Não se pode reduzir a análise das práticas de apoio por meio de *modelos idealizados*, pois já lembravam Pinheiro e Luz (2003), investigar como e em que condições foram feitas transformações na gestão do cuidado e da atenção, por meio de práticas, evoca o reducionismo interpretativo, na medida em que os modelos têm como proposta uma fôrma e não uma formação para as formas. Apostamos que, em lugar dos modelos ideais, devemos adotar as *práticas eficazes*, atos/atuções como objeto de estudo, que exigem uma atitude ético-política de contato com a alteridade, a *experenciación*, uma

contemporaneidade vidente e não pela subordinação ao vigente. Na saúde, tal exigência é afirmada na busca do cuidado frente à fragilidade da vida imposta pelo modo como nossa sociedade se organiza (LUZ, 2003).

Analisar experiências, então, significa conceber o cotidiano como o lugar onde as ações desenvolvidas, sejam elas simbólicas ou práticas, produzem sentidos e se configuram como práxis. Mais do que isso, significa apropriar-se da noção da *experenciação* como constituinte do seu território, constitutiva do cotidiano, que se ergue como fonte construtivista, implicando processos de interação. Estes podem ser apreendidos por perspectivas fenomenológicas e cartográficas como práticas sociais, como efeitos dos modos como os sujeitos, em suas relações intersubjetivas, ampliam sua capacidade de lidar com o mundo em diferentes territórios-lugares. Como coloca Milton Santos (1996, p. 252), “cada lugar é, à sua maneira, o mundo”, e complementa, afirmando que se cada lugar está “irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo”, cada lugar “torna-se exponencialmente diferente dos demais”.

Ainda para esse autor, olhar o lugar implica encontrar seus novos significados, assim como cartografar é encontrar o que está em vias de diferir. Por isso, apreender os sentidos e significados das práticas de apoio desenvolvidas em cada local é mais significativo para defender práticas eficazes que identificar modelos ideais voltados para gestão do cuidado e atenção com integralidade. Ao falar em cotidiano, Santos (1996) explicita ser esta uma categoria que leva em conta os objetos, ações, técnica e tempo, ao pensar a interação mediada tanto pela ação (o fazer), quanto pelos símbolos (emoções).

Há, no entanto, uma relação de tempos e lógicas diferentes entre os sujeitos envolvidos nas práticas de apoio em relação às práticas desenvolvidas pelos grupos da sociedade civil. Essas diferenças se refletem na compreensão do que sejam as necessidades priorizadas pela população e pelos profissionais de saúde e, portanto, o que um grupo e outro entendem por cuidado no desenvolvimento de uma proposta de atenção integral à saúde. As práticas de apoio formuladas e desenvolvidas em territórios vivos de saúde devem considerar as várias coletividades que compõem os movimentos sociais, usuários

potenciais do sistema público de saúde. Para tanto, vale reafirmar a legitimidade de um saber local advindo da experiência cotidiana das pessoas, o qual podemos chamar de *saber prático* ou *sabedoria prática*.

Na esteira de se identificar os elementos constitutivos e constituintes do exercício da prática do apoio, buscar-se-ia construir um caminho dialógico capaz de diminuir a distância entre os vários saberes existentes, além de contribuir para a transformação dos espaços e contextos onde ocorrem as práticas de cuidado e de atenção à saúde. Esse processo de “corporificação” de ações práticas só ganha visibilidade no local, como também a observação e análise sobre seus elementos no tempo em que esses ocorrem. Isto implica acompanhar o cotidiano das práticas apoio e suas intersecções com as redes sociais de cuidados existentes, ou seja, identificar as inter-relações entre os saberes, e ainda a potência de transformação presente nessas práticas, no que se refere à consolidação do direito à saúde como direito humano ao cuidado.

Propomos, assim, uma concepção de direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado laico brasileiro. Os desafios de efetivação do direito à saúde no Brasil não são poucos. Como se trata de um direito que enseja a articulação entre os três Poderes e os atores sociais e políticos, cada vez mais a efetivação do direito à saúde tem sido pensada de maneira compartilhada. Daí surge a urgência de se reiterar a importância da democracia institucional como pedra de toque entre integralidade e direito à saúde, até porque prover uma gestão compartilhada na saúde não nos livra de suas contradições e dos desafios inerentes a sua operacionalização. Ao contrário, exige-nos cada vez mais ousadia e coragem para construir estratégias para sua superação.

Relembrando uma frase celebre do sanitarista David Capistrano Filho, quando afirmava que “temos uma dívida muito grande com os desassistidos, e eles têm pressa”, a ausência ou a falta de um bem da saúde, seja um medicamento, seja um leito, ganham status de aferição da resolutividade do sistema, além do que não são resolvidas de maneira trivial. O mesmo ocorre com o cotidiano dos serviços de saúde, a partir da necessária e não menos conflituosa intervenção na exigência de interação dos usuários com os profissionais de saúde – ao se defender a integralidade como bandeira ético-política que orienta as ações e serviços, reforça-se a necessidade de corresponsabilização.

É possível afirmar que a saúde e o direito são dois campos bastante politizados atualmente. As instituições jurídicas e sanitárias têm sido testemunhas deste processo, que influencia decisivamente as sociabilidades e a construção social de estratégias de reivindicação pelos atores sociais. Rodeada de instituições tradicionais e modernas, permeada por lógicas de funcionamento e de poder distintas, e fortemente influenciada pelas diversas transformações culturais, sociais e políticas das últimas décadas, a relação entre direito e saúde tem recebido forte destaque.

O estudo do direito à saúde possui múltiplas possibilidades de abordagem. Em geral, as reflexões sobre esse direito dizem respeito aos mecanismos de interação entre direito e sociedade, às formas de controle social, à integração social no direito e pelo direito, e às formas de resolução de conflitos. O modo como os indivíduos vivenciam o direito à saúde, de um lado, e reivindicam este direito, de outro, repercute nas estratégias formais e informais que adotam para a reivindicação deste direito.

Neste sentido, sociedade, cultura e instituições compõem uma complexa relação social que é decisiva para a construção social dos direitos e para a própria articulação dos atores sociais na sua efetivação. Por isso, a relação entre saúde e direito tem apresentado diversos desafios aos operadores do direito, profissionais de saúde, políticos, intelectuais, cidadãos e, inclusive, aos apoiadores. As aproximações e afastamentos desenvolvidos nesta relação e os diversos desafios que se apresentam às instituições jurídicas e sanitárias e às relações sociais têm evidenciado a heterogeneidade dos processos de reivindicação e efetivação de direitos pelos atores sociais.

De fato, muito além do que compreender o arcabouço jurídico-normativo-formal do direito e da saúde, torna-se importante investigar as “veias”, “artérias” e “nervos” que conferem dinamicidade à relação contraditória entre esses campos. Indivíduos, consciências coletivas, estratégias, ações sociais, comunicação, oportunidades e movimentos sociais são exemplos de termos que mobilizam com frequência os campos do direito e da saúde e dão significado a seus objetos. A dimensão da prática social e do cotidiano torna-se a chave fundamental para a compreensão do direito vivo em saúde – ou seja, de um

direito que possui um traço fortemente heterogêneo e orientado pela complexidade da vida social. Trata-se de uma ideia decisiva para pensar o trabalho do apoiador. Com isso, a especificidade do direito à saúde pode se refletir de três formas:

- a) trata-se de um direito que permite constituir e reforçar a relação direta dos atores sociais com as instituições públicas (jurídicas ou sanitárias), que são ativadas de forma heterogênea de acordo com as oportunidades políticas e a cultura política, além de servirem como ponto de interações – mesmo que às vezes eventuais – entre Estado e sociedade civil;
- b) trata-se de um direito que, em função de sua relação direta com o corpo, subjetividade e integridade física dos indivíduos, passa a ser compreendido pelos atores sociais como diferenciado, o que pode potencializar as estratégias de reivindicação e efetivação institucionais e não institucionais;
- c) trata-se de um direito que pressupõe o estabelecimento de mecanismos de participação social na sua construção, seja ela na relação entre médico e paciente, ou na relação entre cidadão e gestor público, o que revela uma vocação fortemente democratizante e de aprimoramento da *virtù* política.

Neste sentido, o direito à saúde traz em seu interior a relação entre instituições, subjetividades e responsabilidades que torna ainda mais complexa a interação entre os cidadãos e o Estado e a mediação entre eles. Para além da mera formatação institucional, a reflexão sobre o direito à saúde, quando vista do ponto de vista dos atores em suas relações sociais, caracteriza-se por uma heterogeneidade e complexidade que somente pode ser compreendida de maneira interdisciplinar. Performances, estruturas, restrições, oportunidades e culturas passam a ser elementos privilegiados de discussão e reflexão sobre como pensar a pluralidade de estratégias do direito vivo em saúde, e ganha relevo, dentre tantos aspectos, o trabalho do apoiador.

À guisa de conclusões

Em meio às diversas inovações que têm sido experimentadas no cenário das políticas públicas brasileiras, temos a figura do apoiador. Talvez possamos inferir que as práticas de apoio institucional possam nos auxiliar no deslindamento de um novo patamar ético-político de articulação entre Estado e sociedade civil, que se caracteriza pelo estímulo às redes sociais. De ilustre desconhecido, o apoiador tornou-se um dos elementos integradores fundamentais da interação até então episódica entre Estado e sociedade.

Da mesma forma, o apoio não é um fim em si mesmo. Sua razão de existir está na sua capacidade de articular atores sociais e políticos, fomentar a constituição de redes permanentes e efetivar decisivamente o direito à saúde. Não é representante do Estado, tampouco da sociedade, mas desempenha o papel decisivo de mediação. E, com esta mediação, procura atuar na densificação das políticas públicas de saúde, de um lado, e na ampliação do direito à saúde, de outro.

Como um mediador, o apoiador deve buscar desenvolver algumas habilidades fundamentais. Por exemplo, assim como é importante falar, também é importante ouvir. Além disso, uma forte dose de sensibilidade também contribui com seu trabalho. Também podemos destacar a vontade de fazer o SUS dar certo – capacidade de ouvir, sensibilidade e defesa do público, então, são atributos que permitem ao apoiador relacionar decisivamente seu trabalho com o direito e a integralidade.

Este texto busca justamente refletir sobre os grandes desafios que se impõem aos apoiadores na sua interface com o direito e a integralidade. Longe de buscar encerrar a discussão sobre o tema, visamos justamente provocar uma reflexão crítica sobre os limites e desafios que se impõem aos apoiadores de políticas públicas de saúde, especialmente no que concerne à sua relação e fomento às redes sociais.

Referências

- ARENDRT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a.

_____. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito na produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.* São Paulo: Hucitec, 2000b.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da História.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

FERLA, A. A. *Clinica nômade e pedagogia mestiça: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas.* Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).* São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão.* Petrópolis: Vozes, 1995

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

ORTEGA, F. *Amizade e estética da existência.* São Paulo: Graal, 1999.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

_____. Direito à Saúde. In: MATTOS, R. *Revistando as Conferências.* Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Lappis, dez. 2003.

PINHEIRO, R. et al. Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande dos Sul.* Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes *versus* modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

_____. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17-42.

PIZZA, G. Antonio Gramsci and medical anthropology now. Hegemony, agency, and transforming persons. Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio Università degli Studi di Perugia, 2002 (mimeo).

SANTOS, M. *A natureza do espaço*. Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1997.

Estratégias de sistematização e análise das experiências de Apoio: uma proposição coletiva de pesquisa-intervenção

FABIO HEBERT DA SILVA
ROSENI PINHEIRO
TATIANA COELHO LOPES

Como ponto de partida para este capítulo, é importante ressaltar a aposta metodológica em uma pesquisa¹ construída a muitas mãos, sem que para isso fosse necessário esquecer o rigor no exercício do pensamento e da produção responsável dos espaços coletivos para análise e sistematização das experiências de apoio. A pesquisa visa, então, sistematizar estudos sobre a atuação *do apoiador institucional tanto no desenvolvimento de políticas específicas, quanto em movimentos de ampliação da democracia institucional e fomento de uma atenção efetivamente em rede, tendo em vista os desafios que a construção da integralidade do cuidado e do direito à saúde colocam à gestão das políticas de saúde* (PINHEIRO; LOPES, 2014).

Identificamos como aspecto central do problema de estudo, os processos de produção de subjetividade relacionados à prática do apoio institucional, principalmente no que concerne à construção de movimentos transversais às diferentes políticas específicas ou temáticas e às necessidades singulares dos coletivos onde o apoio é experimentado. Deve-se ressaltar, a esse respeito, que o direito humano à vida deve ser buscado acima de qualquer recorte institucional. Presenciamos práticas de apoio institucional que, ao tentar criar condições de

¹ “Áreas Programáticas e Estratégicas e direito à saúde: a construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, que se insere como atividade do plano de trabalho do projeto Ações Estratégicas para o Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, carta-acordo BR-LOA/1200057.001 – OPAS.

experimentação de outra institucionalidade, têm encontrado um duplo desafio, que é lidar, através de procedimentos democráticos, com certa limitação “imposta” por concepções de gestão extremamente retrógradas e conservadoras e também com práticas de atenção e cuidado pautadas por um produtivismo mercadológico.

Criar condições de análise e sistematização dessas experiências significou ao mesmo tempo produzir um plano de intervenção no trabalho, tanto dos apoiadores que nos ajudaram nessa construção e que nos receberam no campo para sistematização das experiências, quanto nos próprios pesquisadores em atividade de pesquisa. Propositadamente, ousamos um caminho, não de definição *a priori* de apoio, mas de acompanhamento dos processos do apoio nos territórios. Para isso foi fundamental que (co)construíssemos espaços onde concretamente os problemas comuns à atividade do apoio pudessem constituir nosso campo problemático. Problemas comuns como sentidos do apoio e como modo pertinente de ação para lidar com os desafios.

Este texto, então, trata dessas questões – dos desafios de se efetivar uma base sólida e interessante de sistematização e análise das experiências de apoio, numa perspectiva transdisciplinar,² partindo não de definições estanques e construídas em esferas restritas, mas daquilo que estamos tratando por noções emergentes. As noções emergentes, no contexto desta coletânea, são exatamente os conhecimentos e saberes que se produzem a partir da e na experiência do encontro entre apoiadores, pesquisadores, trabalhadores, usuários e gestores. As noções emergentes fazem sentido quando afirmamos um saber que nasce dessas interferências mútuas nas “certezas” dos saberes disciplinares.

As noções emergentes nos auxiliaram a lidar com os desafios concretos da pesquisa, sempre singulares, e expressam uma tendência de ação e análise frente às definições estanques e impermeáveis, que terminam por determinar o que é problema para o apoio e como os sujeitos devem fazer e se organizar em torno do tema. A pesquisa se constituiu, assim, na exata medida da construção de um plano

² Ver Luz (2009) e Barros et al. (2014).

problemático comum – a efetivação do SUS em sua dimensão pública e na relação direta com seus princípios.

Como sinalizado anteriormente, a pesquisa é a um só tempo a oportunidade de reflexão por parte dos apoiadores sobre os efeitos das práticas de apoio, e por parte dos pesquisadores, a oportunidade de reflexão e redirecionamentos metodológicos que considerem de forma franca a complexidade do seu problema de pesquisa e os modos como surgimos como sujeitos nessas relações. Para dar visibilidade e compartilhar, dessa forma, as especificidades, desafios e escolhas metodológicas de uma pesquisa-intervenção nessa dimensão coletiva que temos afirmado, optamos por uma descrição de momentos dos processos de trabalho, de modo a nuclear: (1) as questões que enfatizaram negociações e apostas; (2) questões referentes aos dois percursos metodológico-estratégicos; e (3) o detalhamento de cada uma dessas duas estratégias metodológicas. Por fim, tais estratégias têm na noção de apoio a expressão da pluralidade tanto dos desafios locais e regionais no âmbito do SUS, quanto dos atores envolvidos – gestores, trabalhadores, estudantes e usuários, das ações e dos serviços – sempre na relação com a garantia do direito à saúde e com a integralidade.

Percursos, parcerias, mobilizações e negociações

Na direção apresentada, torna-se de fundamental importância apresentar a contextualização e o desenvolvimento dos produtos e resultados, não com vistas aos produtos finais em si mesmos, mas aos processos de produção da pesquisa. Toda sistematização e análise tomam, em última instância, a ideia e o compromisso não de trabalhar com definições de apoio propriamente dito, mas de criar um plano de visibilidade para o modo como o apoio vem sendo experimentado nos territórios. Trata-se de uma opção metodológica que deriva diretamente de percursos e espaços de negociação para proposição da pesquisa.

Dado o adensamento do escopo da pesquisa numa avaliação coletiva da coordenação da pesquisa e dos pesquisadores envolvidos juntamente com a direção da DAPES, constatou-se que se fazia necessário uma melhor delimitação das unidades de análise a serem

consideradas na coleta do material empírico, *vis-à-vis* os planos observacionais a elas destinados.

Com isso definiram-se dois eixos de operacionalização da pesquisa: um eixo denominado “mapeamento e convocatória”, onde o pesquisado (apoiador/experiência) “participa da pesquisa por adesão”, desde sua construção até as análises dos seus resultados, com elevado grau de transversalidade de suas experiências práticas, mediante a realização de oficinas metodológicas e devolutivas locorregionais, de modo a visibilizar a horizontalidade de seus efeitos e repercussões em tempo real. O outro eixo, denominado “memória e cartografia”, delimitou nos seus objetivos específicos a ação de cartografar e descrever narrativas para construir linhas do tempo, capazes de visibilizar os percursos das políticas prioritárias desenvolvidas no âmbito das Áreas Programáticas Estratégicas em Saúde: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Pessoa com Deficiência e Saúde Prisional. Neste eixo, os pesquisados são os coordenadores e equipes de cada uma dessas políticas que ofereceram um solo fértil de observação crítica e reflexiva sobre os processos de formulação e implementação de suas ações, sistematizando e registrando essa experiência *in loco*.

Uma vez realizadas tais pactuações, foi possível delinear um objetivo comum que nos auxiliasse no direcionamento das ações e ao mesmo tempo justificasse a pertinência dos espaços para construção coletiva das demais etapas da pesquisa. Esse delineamento apontou para construir um olhar dialogado sobre o desenvolvimento de ações/estratégias de apoio a implantação, fortalecimento e qualificação das Redes Prioritárias de Atenção à Saúde, contempladas nos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde, a partir de ações articuladas da Política Nacional de Humanização (PNH) com as Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Pessoa com Deficiência e Saúde no Sistema Penitenciário, inseridas no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES).

Dois percursos metodológico-estratégicos

A pesquisa, então, constitui-se em torno de duas estratégias metodológicas: um questionário para o mapeamento de algumas

questões referentes ao apoio e uma convocatória para relato de experiências de apoio institucional.

A estratégia de mapeamento dos apoiadores foi construída para termos uma ideia da quantidade e da distribuição dos apoiadores no território nacional, assim como aspectos importantes sobre sua inserção, vinculação a instâncias de gestão e serviço do SUS, seus processos formativos e efeitos do seu trabalho na garantia do direito à saúde e integralidade para os usuários no seu âmbito de atuação.

A segunda estratégia, a convocatória de experiências de apoio institucional, teve como objetivo estabelecer alguns planos de análise e visibilidade dos desafios vividos por aqueles que trabalham a partir de uma perspectiva de apoio institucional. Este eixo se constituiu nas visitas aos territórios, junto aos apoiadores, outros trabalhadores da saúde, usuários, movimentos sociais e gestores, tendo como ponto nevrálgico o apoio que acontece no cotidiano das instituições e dos coletivos.

Nessa direção, a perspectiva ética aponta para dispositivos metodológicos de construção coletiva em que os sujeitos deliberadamente se aproximam ou se distanciam da discussão. Para isso, realizamos alguns encontros que denominamos de “Oficinas Metodológicas de Construção Coletiva da Pesquisa”, pensando na produção de subsídios e bases para proposição de instrumentos e ferramentas que estivessem articulados com as temáticas afins ao que se vive nos territórios como apoio institucional. A primeira delas aconteceu no Rio de Janeiro, entre os dias 22 a 24 de outubro de 2012, e reuniu apoiadores institucionais, temáticos, vinculados às diferentes esferas de gestão de e serviços de Bahia, São Paulo, Espírito Santo e Acre, assim como representantes das áreas técnicas do DAPES e PNH, e pesquisadores.

No primeiro momento buscou-se discutir, a partir da experiência e inserção de cada um, as seguintes questões: como tem sido sua experiência de apoio institucional? Quais as potencialidades e desafios que você identificaria nessa experiência? Você percebe alguma relação entre as ações de apoio institucional e a valorização do trabalhador, inclusão dos usuários nos espaços de deliberação e pactuação e garantia do direito à saúde? Como essa relação se concretiza na sua experiência de apoiador institucional? Além disso, foram apresentadas

e compartilhadas oito experiências de apoio. Num segundo momento, foi feito o exercício de distribuição dos pontos de reflexão do grupo numa matriz com as dimensões de análise, partindo das experiências de apoio na perspectiva das áreas programáticas, direito à saúde e integralidade. No último dia, foi compartilhada e discutida com os apoiadores a construção das duas estratégias de pesquisa propostas.

Os encontros nos auxiliaram enormemente nos direcionamentos e encaminhamentos da pesquisa. Se por um lado, os gestores traziam sobretudo certa problematização que girava em torno das grandes agendas do Ministério da Saúde na relação com a temática do apoio, os apoiadores traziam, na maioria das discussões, certo tensionamento entre essas grandes agendas do Ministério e os desafios concretos experimentados nos territórios. Já nesses encontros, aparecia um apoio desenhado por linhas entrelaçadas de políticas públicas, de Estado e de governo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Essa estratégia de construção aponta uma direção que consideramos extremamente significativa para os rumos da pesquisa, porém, não menos desafiante. Foi preciso a todo momento lembrarmos uns aos outros dessa nossa aposta, principalmente porque nosso objeto está exatamente em seu exercício. Segundo os apoiadores que participaram desses momentos, há avanços significativos quando há uma aposta coletiva na efetivação dos princípios do SUS – e aqui consideramos sobretudo os modos de organizar o trabalho menos adocedores; processos de formação que ao englobar as questões concretas produzem outros modos de cuidado e outros modos de gestão. Mas há também questões que dizem respeito à operacionalização do apoio, que têm sobremaneira carecido de espaços de análise – questões relacionadas à articulação e aos níveis de composição do apoio institucional com outros tipos de apoio, como o matricial ou o temático; questões relativas às dificuldades de se criar estratégias para inclusão dos usuários e trabalhadores nos arranjos decisórios e a própria sensação de solidão ao habitar um fazer por pressuposto contra-hegemônico; ajudar na articulação das demandas das esferas interfederativas e dos territórios; os atravessamentos político-partidários; dificuldade em dar visibilidade

ao produto do trabalho do apoio, frente a uma demanda externa que prima pelos resultados finalísticos em detrimento dos processos.

Realizamos um simpósio que expressou o encaminhamento dessa etapa importante – a publicização e o compartilhamento dos produtos de uma série de reuniões e encontros com atores importantes com apoiadores das cinco regiões do país e os responsáveis pelas áreas técnicas do DAPES e PNH dentro do SUS, com algum acúmulo na discussão-efetivação do apoio institucional no âmbito do SUS.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social, com o projeto intitulado “Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional - Parte 1”, e aprovada. Foi registrada com o CAAE 13685813.3.0000.5260, na Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

Resumindo, buscamos através dessas duas estratégias: mapear a extensão e a inserção do apoio; produzir análises sobre os processos transversais que constituem tanto o apoio quanto seu exercício; identificar e analisar coletivamente experiências inovadoras, direções de materialização da integralidade e relações com o apoio; produzir análises e condições para circulação e democratização de saberes e práticas potencializadores do exercício do apoio, da garantia do direito à saúde e de democratização institucional.

Essas linhas gerais nos mobilizam a pensar a relação entre o apoio, a integralidade e o direito à saúde. As linhas aparecem menos com a exigência de respostas e mais como questões a nortear toda essa construção coletiva: como o apoio tem participado da efetivação dos princípios do SUS? E sua relação com o acesso? Quais têm sido os desafios reais? O apoio tem sido uma tecnologia de democratização das relações institucionais? Como o apoio tem contribuído na ampliação da efetiva inclusão do usuário aos serviços de saúde? Enfim, como estamos pautando, no SUS, a relação entre apoio e direito à saúde? Se aparecem respostas nos encontros, nas oficinas e no simpósio, estas somente fazem sentido quando articuladas a um plano problemático que atravessa as grandes agendas da saúde pública no Brasil e as questões experimentadas nos territórios.

Na direção dessas questões e dos princípios apresentados, o trato e o cuidado com o tema do apoio no SUS e com a própria condução da pesquisa implicam considerar que há dimensões que jamais poderiam ser mensuradas, pois se dão exatamente no cotidiano das relações e desafios que constituem o SUS. É um saber tácito!

Yves Schwartz (2010) nos chama a atenção para uma possível relação entre formação e experiência. Afirma que há na experiência uma dimensão do saber que é investida, e outra que é desinvestida. A dimensão investida é aquela que não pode ser transmitida por um professor ou colega de trabalho; dimensão que diz do aprender a fazer fazendo, da experiência concreta. Não trabalhamos do mesmo jeito no primeiro dia e dez anos depois. Mas há também uma dimensão do saber, que pode ser transmitida, como os aspectos conceituais, por exemplo. Trazer a experiência na perspectiva dessas duas dimensões nos permite pensar um programa de formação que seja ao mesmo tempo a tentativa criação de espaços de compartilhamento e produção de sentido; e também um aprendizado que emerge de desafios sempre locais e, em nosso caso mais especificamente, um aprendizado que se expressa nas práticas de apoio que acompanhamos.

Mapeamento do apoio

O mapeamento foi realizado por meio de um questionário eletrônico (Anexo 4) preenchido *online*, individualmente, por todos aqueles que se reconhecem no exercício da função apoio, inclusive aqueles que se autodenominam apoiadores.³ O mapeamento nos ajuda então a qualificar algumas questões em relação, sobretudo aquilo que tem sido colocado pelos territórios como estratégia de apoio.

Nas discussões com os apoiadores nas oficinas e encontros sobre a importância desse mapeamento, surgiram algumas questões que utilizamos para orientar sua construção: quem são os apoiadores?

³ As discussões e questões relacionadas ao mapeamento e seus resultados estão presentes com maior detalhamento em capítulo específico esta coletânea (“Trajetórias dos apoiadores: o mapeamento como um dispositivo”). Optamos por trazer aqui uma breve discussão, por se tratar de uma importante reflexão sobre as estratégias metodológicas no desenho ampliado da pesquisa.

Quais são os itinerários formativos? Quais são as principais ferramentas utilizadas pelos apoiadores? Podemos pensar o apoio hoje como dispositivo de produção de solidariedade, democracia institucional e garantia do direito à saúde? E todas essas questões a partir de que paisagem de desafios?

Como teremos nesta coletânea uma parte dedicada exclusivamente ao mapeamento, as análises e reflexões estão presentes em três capítulos nesta parte.

Convocatória

A outra estratégia metodológica, a convocatória para relato de experiências de apoio institucional, visou mobilizar experiências voltadas para práticas de inovação nos processos de gestão, trabalho e formação. Pensamos essa estratégia com o objetivo de produzir um entendimento inclusivo e ampliado das trajetórias e materialidade das experiências institucionais de apoio, incluindo usuários, movimentos sociais, gestores e trabalhadores e suas práticas, na interface com o direito à saúde, integralidade, formação, gestão dos processos de trabalho, redes sociais de cuidado e redes de atenção à saúde.

Por conta da natureza e variedade das experiências de apoio, um grande desafio que se apresentou para nós, na composição dessa convocatória, principalmente por ser uma construção coletiva, foi a necessidade de ser “geral” o suficiente, mas também o mais específico possível. Dessa forma, apostamos que experiências interessantes de apoio no âmbito do SUS se sentissem convocadas a compartilhar suas vivências e que experiências que se intitulam de apoio institucional, mas não caminham na direção da atualização dos princípios do SUS, se sentissem desestimuladas a participar. Isso para reafirmarmos os princípios éticos do SUS quando tratamos do apoio institucional e de pesquisa, buscando contribuir para a coprodução de planos de visibilidade para os saberes que nascem na própria experiência de apoiar.

Entendemos que há, nesses princípios, uma dimensão do cuidado, uma perspectiva de avaliação dos efeitos de nossas práticas e uma aposta no compartilhamento dessas análises com quem as vivencia no cotidiano. Cuidado que implica uma atenção aos modos como

estabelecemos relações no SUS e como surgimos nesse contexto como trabalhadores, usuários e gestores. É essa a dimensão do cuidado que gostaríamos de provocar num diálogo ético com essa convocatória.

Foi estratégico considerar nesse processo, a política do Ministério para o incentivo de apoiadores no SUS, que tem no escopo de seus objetivos a construção e a promoção de práticas educacionais e pedagógicas nos processos de formação, trabalho e gestão, buscando mapear e produzir transformações nas relações entre oferta e demanda por cuidado em saúde (Anexo 1).

Com efeito, pudemos ver de perto um apoio institucional apreendido como prática estruturante da gestão do cuidado, o que de certo modo termina por validar o processo de seleção das experiências de apoio. Experiências singulares, constituídas por âmbitos de desafios dos mais diversos. E, por não se tratar de uma pesquisa comparativa, pode-se afirmar que cada uma, a partir de valores ético-políticos e formativos bastante contextualizados, foi capaz de expressar a complexidade e multiplicidade dos arranjos concretos na relação com seus atores e coletivos envolvidos (gestores, profissionais, trabalhadores, estudantes e usuários).

Do mesmo modo que a construção da estratégia do mapeamento, a convocatória se constituiu a partir das discussões e debates atualizados nos espaços coletivos fomentados pelo LAPPIS. Desse processo de (co)construção, dois eixos se apresentam como fundamentais: *a integração da rede de gestão e de serviços de saúde* e *a integração dos saberes e práticas*. Esses dois eixos passam a agregar então, a partir do encontro com gestores e apoiadores, blocos de questões conceituais e práticas consideradas relevantes para o exercício e os processos de formação do apoio.

No primeiro eixo (quadro 1), **integração da rede de gestão e serviços de saúde**, foram agrupados campos de atuação para experiências de apoio que englobam ações relacionadas à produção de processos de cogestão e integração de redes na produção do cuidado, assim nominadas: processo de gestão e relações institucionais e interinstitucionais, redes sociais de cuidado, arranjos decisórios e permeabilidade ao usuário.

Quadro 1. Integração da rede de gestão e serviços de saúde

CAMPOS DE ATUAÇÃO	AÇÃO
Processo de gestão e relações institucionais e interinstitucionais REDE 1	1.1 Experiências de implementação e integração de redes temáticas (áreas do DAPES e/ou outras) ligadas às instâncias gestoras ou serviços do SUS na interface com entes federados, universidades, movimentos sociais e outros.
	1.2 Experiências de cogestão das políticas de saúde do território: constituição de espaços coletivos de discussão, decisão e avaliação; análise de contexto (modos de gestão, processos de trabalho para o cuidado); problematização do papel do apoio institucional.
	1.3 Experiências de apoio que contribuam para reflexões e transformações em áreas e/ou políticas no Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais.
	1.4 Experiências de parcerias e de apoio aos movimentos sociais, às redes comunitárias e às instituições jurídicas (Defensoria, Ministério Público, Judiciário) e/ou segmentos da sociedade civil (associações comunitárias e religiosas, ONGs, entre outros) para a organização do cuidado no SUS.
Redes sociais de cuidado REDE 2	2.1 Experiências de constituição e/ou participação em redes sociais de cuidado com foco no fortalecimento da dimensão pública das políticas, considerando: inclusão de diferentes sujeitos, conflitos e diferenças; corresponsabilização sanitária.
	2.2 Experiências de articulação no território de diretrizes das políticas públicas de saúde de acordo com os contextos locais, considerando a continuidade do cuidado.
	2.3 Experiências de apoio como dispositivo de articulação/ativação de redes colaborativas na interface do serviço com a comunidade

CAMPOS DE ATUAÇÃO	AÇÃO
Arranjos decisórios REDE3	3.1 Experiências de interlocução e articulação de processos frente às demandas apresentadas pelos trabalhadores, gestores e usuários no âmbito jurídico.
	3.2 Experiências de constituição e fortalecimento de espaços públicos de negociação, formulação, intervenção, avaliação (colegiados, fóruns, conselhos de saúde, conselhos participativos setoriais e intersetoriais, grupos de trabalho, mesas de negociação, comitês gestores, CIB, etc.).
	3.3 Experiências de arranjos decisórios no fortalecimento da dimensão pública das políticas considerando: inclusão de diferentes sujeitos, conflitos e diferenças; corresponsabilização sanitária.
Permeabilidade ao usuário REDE 4	4.1 Experiências de inclusão dos usuários nos processos de gestão dos serviços de saúde.
	4.2 Experiências de articulação no território de diretrizes das políticas públicas de saúde de acordo com os contextos locais considerando a permeabilidade do usuário aos serviços de saúde.
	4.3 Experiências de construção com os usuários de projetos compartilhados de cuidado, visando à ampliação do acolhimento, do vínculo e da autonomia dos sujeitos.

No segundo eixo (quadro 2), **integração dos saberes e práticas**, foram agrupados campos de atuação para experiências de apoio que englobam ações relacionadas à integração de processos formativos centrados no usuário que trazem ações pautadas pelo desenvolvimento e incorporação de práticas e de saberes, e que serão assim nominadas: processos e metodologias transversais, multiprofissionais na formação e gestão em saúde; mediações no trabalho em saúde; formação, pesquisa e extensão para ampliação da clínica e sabedoria prática (saberes científicos e populares).

Quadro 2. Integração dos saberes e práticas

CAMPOS DE ATUAÇÃO	AÇÃO
<p>Processos e metodologias transversais, multiprofissionais na formação e gestão em saúde.</p> <p>SABERES 1</p>	<p>1.1 Experiências de construção de metodologias de trabalho coletivo em parceria com instituições jurídicas (Defensoria, Ministério Público, Judiciário) e/ou segmentos da sociedade civil (associações comunitárias e religiosas, ONGs, entre outros).</p>
	<p>1.2 Experiências de apoio matricial considerando as especificidades dos desafios locorregionais e programáticas.</p>
	<p>1.3 Experiências de ensino/processos de formação que possibilitem ações articuladas com outros setores envolvidos com a produção de saúde.</p>
<p>Mediações no trabalho em saúde</p> <p>SABERES 2</p>	<p>2.1 Experiências de constituição e/ou participação de redes sociais de cuidado com foco no fortalecimento da dimensão pública das políticas, considerando: saberes e práticas das comunidades; saberes e práticas do coletivo de trabalhadores.</p>
	<p>2.2 Experiências de produção de dispositivos de articulação/ativação de redes na interface do serviço com a comunidade.</p>
	<p>2.3 Experiências na construção de formas de mediação em redes sócio-técnico-políticas, considerando: políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, setores institucionais, conhecimentos, projetos e interesses políticos.</p>
<p>Formação, pesquisa e extensão para ampliação da clínica</p> <p>SABERES 3</p>	<p>3.1 Experiências de ensino, pesquisa e extensão que contemplem a multiprofissionalidade / transdisciplinaridade, com foco na construção/participação, na diversificação de cenários de ensino-aprendizagem nos níveis de graduação e pós-graduação, com destaque para atualização, aprimoramento/aperfeiçoamento, residência, PET/PRÓ-SAÚDE, estágios e cursos regulares.</p>
	<p>3.2 Experiências no ensino das várias profissões, inclusive em conjunto, organizando práticas clínicas cuidadoras, bem como oportunidades de contato com diferentes paradigmas do tratamento/escuta/cuidado que incluam o trabalho em equipe matricial em saúde.</p>
	<p>3.3 Experiências em processos de formação de apoiadores que incluam o trabalho em equipe de saúde.</p>

CAMPOS DE ATUAÇÃO	AÇÃO
Sabedoria prática (saberes científicos e os populares) SABERES 4	4.1 Experiências de construção de trabalho em equipe que visem ampliar e qualificar a inserção dos usuários na gestão/ construção dos serviços de saúde.
	4.2 Experiências de produção de dispositivos de articulação/ ativação de redes visando à garantia do direito à saúde pela inclusão do usuário.
	4.3 Experiências de apoio que considerem os saberes populares e sua relação com saberes científicos para possibilitar sua incorporação na prática do cuidado.
	4.4 Experiências de cenários de aprendizagem/formação ampliados com o desenvolvimento de trabalhos educativos e assistenciais junto a grupos sociais locais (famílias, bairros, grupos sociais, coletividades culturais urbanas e rurais, associações, etc.).

É importante destacar que, ao convocar a parceria com as experiências, buscamos nos percursos formativos e na materialidade das invenções de modos de se fazer apoio, uma composição coletiva que gerasse visibilidades para essas inovações na constituição do SUS. A convocatória nos permitiu mapear esses atores/autores (usuários, gestores e trabalhadores) e suas práticas no exercício do apoio, na interface com o direito à saúde, integralidade, formação, gestão dos processos de trabalho, redes sociais de cuidado e redes de atenção à saúde.

Vale lembrar que a divisão em dois grandes eixos foi puramente metodológica, pois, em última instância, os eixos se atravessam e tratam de dimensões da experiência. Assim, tratam mais do enfoque dado no relato e menos de uma categorização e enquadramento da experiência. No formulário eletrônico para inscrição da experiência, lançamos mão da seguinte estratégia: “Seu relato possui alguma relação com algum campo de atuação ou alguma experiência do outro eixo? Você pode ter optado pelo campo de atuação e ação de um eixo, mas considera que seu relato também tem alguma relação

com um campo de atuação ou experiência do eixo não selecionado. Se sim, qual campo de atuação e/ou ação?” – exatamente para tentar suscitar a reflexão sobre a indissociabilidade entre os eixos. Os dois eixos, bem como os campos de atuação e ações, apontam para um contexto de intervenção que expressa mudanças das práticas de gestão, implicando a lógica da atenção e do cuidado, um conjunto de ações no cotidiano que caracterizariam o apoio num determinado território e na relação com outras áreas e com os usuários assistidos.

Antes de passarmos às visitas a campo, é importante trazer alguns elementos e questões referentes ao processo de seleção das experiências. A banca foi composta por oito professores universitários, que tomaram como base metodológica para avaliar e classificar as experiências, principalmente, os tópicos sugeridos na convocatória para inscrição. Foram eles: 1) Adequação da experiência a um dos eixos, a um campo de atuação e a uma ação ou âmbito da experiência; 2) Contextualização da experiência (cenário, parcerias, entre outros); 3) Potencialidades e desafios que justificam o apoio como estratégia. O apoio está articulado com a inclusão dos diferentes atores, composição de redes de cuidado, produção/reprodução de dispositivos; 4) Principais efeitos do apoio para os coletivos apoiados (e o que indica esses efeitos e repercussões); 5) Estratégias coletivas de avaliação. Buscou-se, assim, pensar nessa seleção sobre os elementos constitutivos de cada experiência que seria importante ressaltar na articulação com nosso problema de pesquisa.

Tivemos sete experiências inscritas no eixo de integração dos saberes e práticas, que englobavam ações relacionadas à integração de processos formativos centrados no usuário que trazem ações pautadas pelo desenvolvimento e incorporação de práticas e de saberes, e 19 no eixo integração da rede de gestão e serviços de saúde, que contemplavam experiências de apoio voltadas para ações relacionadas à produção de processos de cogestão e integração de redes na produção do cuidado. É importante distinguir isso quando pensamos nos modos de ação em que o apoio tem sido identificado pelos sujeitos que o experienciam no cotidiano dos serviços de saúde.

Acompanhamos as experiências de 12 instituições ao longo do trabalho de campo. Ao realizar contato com os responsáveis pelas

experiências, muitos ficaram “temerosos” porque a experiência inscrita entre abril e maio de 2013 não estava mais configurada da forma como foi enviada no relato, devido a novos arranjos políticos nos territórios. É importante destacar que a pesquisa aconteceu no ano posterior a eleições municipais e as novas gestões tinham assumido a gestão no início de 2013. Dessa forma, muitas equipes estavam em processo de reestruturação do seu quadro de pessoal, o que gerou alguma dificuldade em contatar as pessoas de referência em algumas experiências que, em alguns casos, já não estavam mais alocadas nos cargos que tinham no momento de inscrição da experiência na convocatória nacional. Entretanto, essa preocupação já era prevista no momento da convocatória, e a assinatura de um termo de compromisso pelos gestores no momento de inscrição foi um dispositivo importante para as instituições que vivenciaram essas mudanças (Anexo 1).

Na preparação para ida ao território, construímos uma matriz analítica como referência para a composição dos instrumentos e ferramentas planejados para cada uma das experiências. Essa composição precisou levar em conta principalmente a configuração e arranjos concretos de cada território. A ideia é que a matriz fosse uma referência para o campo. Não se tratou de um roteiro fechado, mas de algumas questões comuns e transversais às experiências e à prática do apoio, que havíamos mapeado até aquele momento, considerando todo nosso acúmulo nesses meses de coprodução.

Alguns pontos apareceram numa experiência e em outra não necessariamente. Foi um esforço metodológico que nos ajudou nas sistematizações, aproximações e análises das experiências. Como se tratava de dez pesquisadores realizando atividades, em algumas situações, num período de tempo muito próximo, era importante ter alguns elementos sobre perspectivas de sistematização e análise bem pactuados, sem esquecer que nosso grande “pano de fundo”, onde todos os elementos precisariam ser rebatidos, era o problema da relação do apoio com a integralidade e a garantia do direito à saúde. A seguir (quadro 3), apresentamos apenas um exemplo ilustrativo em cada célula da matriz analítica.

Quadro 3. Exemplos ilustrativos na matriz analítica

Relações (inter) institucionais e constituição de arranjos decisórios	Contextualização Desafios e potencialidades institucionais que justificaram o apoio como estratégia de ação.	Metodologia Ferramentas, dispositivos e estratégias que possibilitaram: a inclusão dos atores, garantia dos direitos à saúde, ampliação da democracia institucional e do grau de comunicação institucional.	Efeitos do apoio e o que indica esses efeitos e repercussões Transformação / mudança de qualidade das parcerias (inter) institucionais	Estratégias de avaliação Há encontros periódicos de avaliação?
Processos de formação (ensino, pesquisa, extensão e gestão em saúde)	Contextualização Há alguma dimensão de formação em situação de trabalho?	Metodologia Estratégias de formação dos coletivos para ampliar a capacidade de análise dos processos de trabalho.	Efeitos do apoio e o que indica esses efeitos e repercussões Mudanças na capacidade de proposição e demandas para as políticas de formação.	Estratégias de avaliação Há construção coletiva de projetos político-pedagógicos para os processos de formação?
Produção de Redes (redes sociais de cuidado, redes de atenção à saúde, sociotécnicas, comunitárias...) e sabedoria prática (incorporação de saberes populares e locais)	Contextualização Constituição de redes e relação com saberes locais antes da experimentação do apoio.	Metodologia Ferramentas, dispositivos e estratégias que possibilitaram: a inclusão dos atores, incorporação de saberes populares e locais, garantia do direito à saúde, ampliação da democracia institucional e do grau de comunicação institucional.	Efeitos do apoio e o que indica esses efeitos e repercussões Mudanças nas relações com usuários, movimentos sociais e trabalhadores.	Estratégias de avaliação Há avaliação das mudanças da atenção e do acesso, considerando: usuários, rede.

As visitas aos territórios nos colocaram, no momento em que fomos a campo, frente a uma dimensão imprevisível tanto dos processos de trabalho do apoio, quanto do próprio pesquisar. As categorias analíticas, então, além de nos ajudarem a colocar o problema das relações de força dentro dos eixos ou dentro das questões e modos como a experiência se sentiu convocada a participar da pesquisa, ajudam-nos a efetivar um processo de validação e devolutiva que se dá ao longo do processo de pesquisa, e não ao final, como simples prestação de contas. As categorias nos ajudam, assim, a trazer novos entendimentos do apoio a partir das experiências, e criando a oportunidade de contextualização a partir da qual, o apoio é uma atividade que faz sentido e possui pertinência para determinado coletivo.

As visitas realizadas em ordem cronológica: 1) Araguaína-TO, experiência de apoio institucional no Hospital Regional de Araguaína; 2) Vitória-ES, apoio institucional no município de Vitória; 3) Oficinas no Hospital Giselda Trigueiro (Natal-RN) na RAPS: Apoio para Clínica Ampliada em rede integrada; 4) A vivência do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC; 5) Apoio para formação de redes de saúde em Palmeira das Missões e na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (RS); 6) Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da saúde mental que temos (Araraquara-SP); 7) Programa “Acolhimento, vínculo e responsabilização” (Fortaleza-CE); 8) O Apoio como estratégia de coletivos de trabalho (Cariacica-ES); 9) Projeto Apoiadores Regionais COSEMS RJ: apoio institucional às gestões municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; 10) A vivência multiprofissional relacionada a um grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS;⁴ 11) Apoio em rede virtual: a RedeHumanizaSUS conectando possibilidades; 12) Hospital Sofia Feldman, atenção à saúde da gestante privada de liberdade.

Estávamos colocando o desafio de entender o grau de coletivização da experiência expressando certa consistência do apoio, pensando no

⁴ As três experiências de Santa Maria estavam muito bem escritas, e como todas possuíam alguma relação com a tragédia na Boate Kiss, divulgamos o nome de uma, mas na visita trabalhamos com as três.

contexto a partir do qual a experiência foi inscrita, outro contexto político quando fomos a campo. Não conduzimos os apoiadores através de um programa de pesquisa ou de uma leitura de mundo independente da experiência, mas trabalhamos com os apoiadores.

É importante fazer aqui uma distinção de método como conjunto de procedimentos e como produção de um plano de consistência, de uma política da narratividade. Também uma técnica não deveria fazer subsumir o dispositivo. O material da pesquisa nos ajudou a atualizar uma memória que não é percepção, porque a percepção privilegia a forma. Uma memória que expressa certa processualidade do real, o modo como nos constituímos como sujeitos. Essa dimensão só faz sentido em relação ao todo da pesquisa e não como etapa; só faz sentido em relação aos seus efeitos.

Buscamos produzir uma pesquisa acompanhando mais de perto as atividades do apoio, visitando setores, circulando pelos serviços, lendo os documentos e histórias, entrevistando grupos e sujeitos que encarnam a processualidade do SUS, como seus desafios e potências, estudando os territórios, como quem se prepara para um encontro, convocando pares para um debate franco e oficinas de construção coletiva dos instrumentos, mapeando parceiros, publicizando resultados sempre parciais. Por isso, a importância dessa política da narratividade que diz de sujeitos implicados com o campo, paradoxalmente, de um campo que se inventa quando há o encontro de sujeitos em construção; política que diz de realidades tão singulares, que seria um equívoco, por princípio, comparar as experiências.

Cada visita dispara um rico processo de produção de pistas sobre os efeitos do apoio. Mas, por exemplo, trata-se de compor com a fala de um apoiador, a quem foi perguntado como visualiza os efeitos do seu trabalho, ao que ele respondeu: “Sei da importância do apoio, quando chego no município e ouço alguém dizer ‘Que bom que vocês têm tempo para nós’. Pode parecer pouca coisa, mas é um outro jeito de trabalhar. Não se está muito acostumado em trabalhar junto na saúde e apoio tem ajudado nisso”. E isso não é abrir mão do rigor, mas de dobrar a atenção sobre o modo como trabalhamos os conceitos.

Trabalhamos com as noções emergentes, e ao longo desta coletânea não entramos na descrição de cada experiência, mas trabalhamos com

temas transversais, através dos quais foi possível pensar dimensões dessa pesquisa-intervenção porque invenção de uma memória do presente do SUS. As estratégias utilizadas em cada território ficaram a critério dos pesquisadores responsáveis que realizavam um pré-planejamento com a pessoa de referência, que foi alterado de acordo com as especificidades do território. As chamadas “rotas de fuga” não foram poucas. Foram utilizadas análise documental de atas de colegiados e reuniões de equipe, material formativo de apoiadores e projetos, assim como entrevistas semiestruturadas, participação em rodas de conversa, conversas informais, observação participante e grupos focais. Foram abordados diretores de hospitais, unidades básicas de saúde, CAPS, unidade prisional, integrantes de colegiados gestores, grupos de humanização e de apoiadores, conselhos locais de saúde, trabalhadores, estudantes e usuários movimentos sociais de diferentes inserções, de acordo com as experiências vivenciadas. Os pesquisadores tiveram contato com pelo menos 50 pessoas em cada experiência, o que impactou na mobilização de diferentes coletivos, mesmo que muitas vezes a experiência enviada tivesse circunscrita a um local de rede de atenção.

Ao mesmo tempo, os pesquisadores pactuavam a possibilidade de os apoiadores das experiências enviadas, e outras experiências de apoio identificadas que não foram inscritas ou selecionadas para a pesquisa, realizarem um ensaio sobre a intervenção produzida pelo processo da pesquisa acompanhado por um pesquisador que esteve presente no local da experiência e outro que não esteve presente, mas tinha compartilhado relatos e discussões da experiência com o grupo de pesquisadores durante as reuniões técnicas e oficinas metodológicas. Apostamos nessa iniciativa como um trabalho de intervenção que continuou mesmo depois da saída dos pesquisadores dos territórios. O resultado deste processo está na coletânea “Experienci(ações) e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa”, na qual os autores compartilham suas experiências, constituindo um dos pressupostos desta pesquisa de que ela seria construída *com* os sujeitos. Além disso, foram enviados convites para as experiências que foram aprovadas na banca mas ficaram entre as dez selecionadas para visita, para reverem os textos

enviados em abril e maio de 2013 para publicação em livro *online*.

As visitas foram fundamentais para podermos recolocar uma série de posicionamentos referentes ao apoio institucional. Para sermos capazes de produzir certo plano de visibilidade para o “desenrolar” do apoio, precisamos trazer algumas questões que surgiram ao longo da pesquisa, inclusive dos encontros com os apoiadores, entre os pesquisadores e nas visitas ao território. Nesses encontros foram surgindo as primeiras categorias de análise e temas transversais, como o compromisso ético-político implícito do apoio com a mudança de modelo assistencial. Outra questão importante foi pensar no apoio como uma ação para formação de autonomia dos sujeitos, no sentido de afirmar existência e responsabilidade. Nessa perspectiva, a ideia do apoiador surge como um sujeito que dá passagem para as questões surgirem no cotidiano dos serviços que só tem sentido se pensado nos efeitos que provoca nos sujeitos na perspectiva da garantia do direito e integralidade, e não por sua institucionalização.

Chegar ao território, por exemplo, trouxe para nós algumas imagens que só reafirmam o que temos trazido até aqui. Chegar em meio a uma audiência no Ministério Público Estadual, quando “os planos seriam outros”, como foi em Araguaína-TO. A participação nas rodas, que nos forçou a pensar o que é trabalhar na perspectiva de diversas concepções e práticas de apoio, como foi em Santa Maria-RS ou Natal-RN. Os apoiadores se perguntam “qual a diferença entre apoio institucional e apoio temático?”, mas a palavra circula e da própria roda surge: “trata-se de uma falsa questão! O apoio pode acontecer em qualquer tema. Apoio é um outro jeito de trabalhar!”. Ou: “Apoio não pode ser mais trabalho, é trabalhar fazendo análise coletiva dos processos de trabalho”. Não se trata de resposta, mas expressa a potência em realizar um análise de si mesma.

Esse processo, no entanto, não é nada tranquilo. Construir um hospital regional e poder afirmar de modo muito claro e embasado, que embora não haja um só tijolo colocado, que a construção já dura seis anos, não é nada trivial. Estamos em Palmeira das Missões, um hospital-dispositivo: seis anos de articulação, de produção de rede, de negociação, de construção de um projeto coletivo de saúde que coloca lado a lado movimentos sociais, estudantes, gestores municipais

e estaduais, academia. Ou pensar e ter a oportunidade de publicizar que não é porque uma mulher está privada de liberdade, está privada de todos os seus direitos civis e da própria dignidade, como no caso do Hospital Sofia Feldman. No mesmo lugar onde se ouviu: “Nunca imaginei que alguém pudesse se preocupar comigo, cuidar de mim, eu estando nessa situação, presa”; ou: “Estou aqui para vigiar, mas o que está na minha frente é uma mulher que sente e que merece respeito, que só tem a minha mão para apertar na hora do parto”, como uma trabalhadora do sistema penitenciário.

Pudemos ver, em alguns territórios e instituições, o apoio servindo de direção para uma efetiva qualificação da capacidade de gestão por parte das secretarias, inclusive com participação contínua e lateralizada do próprio secretário de Saúde ou diretor de hospital nas rodas e colegiados gestores. Temos nesses casos uma produção coletiva que, considerando os indicadores sanitários clássicos em saúde, agregam ao funcionamento da rede de atenção à saúde indicadores de transversalidade, de produção de grupalidade, de vinculação corresponsável na construção do cuidado na perspectiva do direito à saúde e integralidade. Trata-se de uma configuração e relação de forças que produz sujeitos atentos, não sujeitos que não se equivocam e possuem sempre a última palavra.

Também a possibilidade de pensarmos a conexão de alunos de graduação com essas etapas de campo foi extremamente importante, quando pensamos a formação de pesquisadores. Essa dimensão situada na formação do pesquisador coincide com a formação do próprio apoiador. Há de se aprender a fazer apoio, apoiando. Há de se aprender a pesquisar, pesquisando. E, desse modo, vemos emergir redes de confiança que afirmam em suas ações o SUS como política pública.

Os desafios em relação a esses processos de formação são muitos. Há de se pensar coletivamente como os cursos de formação têm ajudado e como têm condicionado o fazer do apoiador aos protocolos articulados a certas linhas temáticas. Assim, como ressaltar aqueles serviços onde a presença de residentes oxigena o cotidiano não só considerando o serviço como campo de formação para os alunos, mas também os alunos forçando o serviço a se reconfigurar a partir dos

estranhamentos de alguém que chega e para quem alguns movimentos não são da ordem do “natural”.

É tão importante para a formação do residente quanto à formação do serviço. Eu acho que tira o nosso chão em alguns momentos e principalmente porque a presença do residente não é para resolver os problemas dos CAPS, por exemplo, mas essa entrada nos permite resolver os problemas de outro modo, e isso é trabalhar de outro modo inclusive. (Apoiadora/Residente em Santa Maria-RS).

Essas cenas-dispositivos fazem emergir não reflexões “sobre” o apoio, mas “com” o apoio, entendendo-o como atividade considerando os processos de formação, transversalidade, processos de gestão, análise dos processos de trabalho, garantia do direito à saúde.

Referências

- BARROS, M.E.B.; SILVA, F.H. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993.
- PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. *Relatório Técnico Final do Projeto “Ações Estratégicas para o Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde”*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC/MS/OPAS, 2014.
- SCHWARTZ, Y. A Experiência é Formadora? *Rev. Educação & Realidade*, v. 35, n. 1, p. 35-48, jan-abr 2010.
- SILVA, F.H.; CESAR, J.M.; BICALHO, P.P.G. O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, p. 357-372, 2013.

Operacionalizando a pesquisa: trajetória, encontros científico-técnico-formativos e disseminação das lições aprendidas

TATIANA COELHO LOPES

ROSENI PINHEIRO

FABIO HEBERT DA SILVA

Este capítulo tem como objetivo realizar uma descrição da operacionalização da pesquisa, no que concerne a ações e atividades realizadas. Contudo, não se trata de um processo de apenas descrever as datas das reuniões, pessoas envolvidas e lugares, mas de compartilhar publicamente a construção do processo de pesquisa de um grupo de pesquisadores, trabalhadores, docentes e estudantes, com diferentes formações e inserções sobre uma prática constituída no SUS. Durante toda a pesquisa, utilizamos a ferramenta de publicização das informações e atividades do projeto no *site* do LAPPIS.¹

Trata-se de um desdobramento prático-operacional das discussões nos dois capítulos anteriores desta coletânea, que foram divididos didaticamente a fim de oferecer ao leitor a descrição analítica do processo de pensamento do grupo e de pesquisa praticada, já que não necessariamente ao construir uma cronologia das ações damos conta de todo detalhamento de sua execução. Isso implica considerar um conjunto de fatores inter e intrainstitucionais, relativos ao financiamento e produtos pactuados na sua trajetória; assim, o tempo é um elemento importante no horizonte deste grupo de pesquisa. Neste sentido, constitui-se como o diário de campo da pesquisa, como dito por Lourau, tendo a função de permitir “o conhecimento da vivência cotidiana do campo (não o ‘como fazer’ das *normas*, mas o ‘como foi feito’ da prática)” (LOURAU, 1993, p. 77 - grifo do autor).

¹ Para saber mais, acessar <www.lappis.org.br>

Tomando como ponto de partida o processo de descrição da trajetória da pesquisa, vamos situá-lo no dia 10 de agosto de 2012, quando as pactuações entre a OPAS, DAPES e LAPPIS já estavam definidas, e os pesquisadores, junto com consultores da OPAS, coordenadores das políticas prioritárias do DAPES e da Política Nacional de Humanização (PNH) se sentaram para pactuar a operacionalização técnico-financeira do projeto. Nesse primeiro momento, foram pactuados os prazos de prestação de contas e identificadas quais áreas programáticas do DAPES seriam inseridas diretamente no projeto. Além disso, sinalizou-se a indicação de que o DAPES já tinha um mapeamento e tipologia dos apoiadores vinculados ao departamento, tendo como referência sua inserção e função estabelecidas nas redes de atenção a partir de 2009.

Praticamente um mês depois, no dia 19 de setembro de 2012, os coordenadores das áreas técnicas do DAPES, ou seja, áreas técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da Criança, Saúde Mental e PNH, se reuniram em Brasília com os pesquisadores que compartilharam as questões norteadoras, objetivos e eixos estruturantes da pesquisa. Do processo de discussão, foi pactuada a 1ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, que incluiu 40 apoiadores das cinco regiões do país, pesquisadores e referências técnicas das áreas programáticas do DAPES e PNH. Para o preparo do primeiro encontro coletivo, foi realizada uma reunião no dia 08 de outubro de 2012, no Rio de Janeiro, para compartilhamento do debate promovido na reunião realizada em Brasília e convite para inserção de novos pesquisadores e bolsistas de mestrado no projeto. Além disso, foram discutidas a programação e as metodologias que seriam utilizadas no primeiro encontro com os apoiadores, articulando os pressupostos da pesquisa com o que considerávamos importante para a construção das duas estratégias da pesquisa: a convocatória de experiências e o mapeamento dos apoiadores.

Nos dias 22, 23 e 24 de outubro de 2012, aconteceu a 1ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, no Rio de Janeiro, que contou com pesquisadores do LAPPIS/IMS-UERJ, UFF/Campos, FGV, e EPJV/FIOCRUZ, UnB, Hospital Sofia Feldman e sete

apoiadores dos estados da Bahia, Ceará, São Paulo, Espírito Santo, Acre e Rio Grande do Sul, com diferentes inserções na atuação nas redes de atenção, áreas programáticas e modos de constituição da atividade do apoio nos seus territórios. No primeiro momento, realizaram-se a apresentação da pesquisa e um exercício, com base na experiência pessoal dos apoiadores, acerca das potencialidades e desafios do exercício dessa atividade, assim como sua relação com aspectos relacionados a valorização do trabalhador, integralidade do cuidado e das ações de saúde, centralidade do cuidado ao usuário e garantia do direito à saúde.

Após a rodada de discussão, foram compartilhadas as experiências desses apoiadores nos seus territórios, já que haviam apoiadores do mesmo estado, mas com inserções diferentes. No segundo e terceiro dias, foram realizados debates e reflexões com o grupo, para construção de uma matriz analítica focando as dimensões definidas nas discussões a partir das diferentes experiências do apoio.

Daí construímos o primeiro esboço do que depois seria as dimensões propostas para a convocatória (ver Anexo 1) para apresentação de experiências de apoio e mapeamento dos apoiadores de maneira individual. No dia 31 de outubro, os pesquisadores avaliaram o material produzido na 1ª Oficina Metodológica, com os quais se definiram os encaminhamentos que seriam dados e os aportes epistemológicos a serem incluídos, o que resultou na inclusão da discussão metodológica conhecimentos bioestatístico e epidemiológico para pensar a estruturação do mapeamento *online*.

Nos dias 06 e 07 de novembro de 2012, aconteceu a 2ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, contando com a participação de pesquisadores de diferentes áreas da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, com destaque para a contribuição do Prof. Paulo Henrique Martins (UFPE), cuja produção inovadora acerca da Sociologia da Saúde trouxe reflexões profícuas sobre questões conceituais e metodológicas para construção das dimensões do trabalho do apoio. Já nos dias 21 e 22 e 25 e 26 de novembro, o grupo de pesquisadores novamente se reuniu para construir o esboço da convocatória, mapeamento e devolutiva

dos resultados do estudo-piloto realizado sobre áreas programáticas estratégicas em saúde, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC.²

Em dezembro de 2012, foi discutido o material a ser utilizado para uma 3ª Oficina Metodológica, que reuniria todo o grupo de apoiadores da primeira oficina, para validação das estratégias construídas pelos pesquisadores. Nessa reunião foi compartilhada a construção de um material sobre a cartografia das áreas programáticas e o Apoio no DAPES. O encontro foi relevante para que os pesquisadores conhecessem o material existente nas áreas programáticas sobre os apoiadores contratados e sua distribuição no território nacional.

Em 2013, as atividades do grupo de pesquisadores foram retomadas nos dias 09 e 10 de janeiro, para organização do material e planejamento da 3ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, que aconteceu nos dias 16, 17 e 18 de janeiro no Rio de Janeiro. Participaram 30 pesquisadores da UFF/Campos, LAPPIS, LABORAT/FIOCRUZ, Hospital Sofia Feldman, Coordenador da PNH e apoiadores que estiveram na primeira Oficina, além de representantes das áreas programáticas do DAPES. Nesses dias, as discussões foram pautadas nos objetivos da convocatória e dos eixos construídos. Foi realizado o exercício de leitura conjunta e em grupos separados por região do país, da convocatória e mapeamento com o grupo de apoiadores e as inclusões e modificações eram consensuadas nos momentos de roda do coletivo. Além disso, foram validados os critérios de seleção das experiências e a estrutura que deveria ser apresentada na convocatória.

² Para lograr a prática de pesquisa multicêntrica em rede do LAPPIS, desenvolvemos ações de intervenção metodológica, mais dialógicas no sentido de afirmar a reciprocidade epistemológica do objeto da pesquisa, seus pressupostos conceituais e metodológicos. Com isso foi possível a um só tempo problematizar, através da realização do estudo-piloto no SUS de Rio Branco, uma incubação reflexiva das questões que iríamos enfrentar no estudo das práticas de apoio no que se refere a áreas programáticas. Esse estudo-piloto foi uma das etapas da pesquisa-extensão intitulada "Apoio ao desenvolvimento institucional do SUS em Rio Branco" (aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS-EURJ, CAAE n. 0050.0.259.000-11), cujos produtos gerados foram disseminados na forma de trabalhos científicos apresentados em congresso nas áreas da Saúde Coletiva e afins, bem como na publicação sobre sua construção e resultados inéditos e originais (PINHEIRO et al., 2013).

Nos dias 29 e 30 de janeiro, 20 e 21 e 27 e 28 de fevereiro e 15 e 21 de março de 2013, aconteceram cinco reuniões na UERJ, Rio de Janeiro, para sistematização do material pelos pesquisadores, e discussão com a equipe de comunicação e informática para viabilização do mapeamento e convocatória *online*. Nesses encontros foram testadas as duas plataformas e a garantia da confidencialidade e segurança dos dados que seriam enviados pelos apoiadores, já que se tratava de dados pessoais e de experiências em cada território.

No dias 26 e 27 de março de 2013, no auditórios 11 e 13 da UERJ, foi promovido o “Seminário Nacional sobre Áreas Programáticas, Direito e Apoio no SUS”, organizado pelo LAPPIS e DAPES/MS, que teve como objetivo compartilhar o processo de construção da pesquisa e discutir as implicações e efeitos do apoio nas áreas programáticas; gestão de redes integradas para efetivação do direito à saúde e formação dos apoiadores no SUS. O encontro reuniu pesquisadores das diversas regiões do país que discutem a temática do apoio nas dimensões da formação, atuação e “modos de fazer” o Apoio Institucional. Ainda nesse encontro, ocorreu o lançamento da Convocatória Nacional das Experiências de Apoio e do inquérito destinado ao mapeamento dos apoiadores. A disponibilização de “totens” eletrônicos durante o evento tornou possível a participação de 150 pessoas no referido inquérito, reunindo apoiadores das cinco regiões do país; foram disponibilizados, ainda, computadores para que os presentes pudessem acessar a plataforma e se cadastrarem.

Após o lançamento da convocatória, aconteceu a 4ª Oficina Metodológica, nos dias 03 e 05 de abril de 2013, em Rio Branco-AC, para sistematização dos resultados do estudo-piloto do Projeto Apoio, realizado na Secretaria Municipal de Rio Branco, que contou com 20 participantes, dentre pesquisadores do LAPPIS e da UFAC, trabalhadores da unidade de acolhimento e da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, apoiadores e estudantes da UNINORTE. Posteriormente, em reunião realizada no dia 09 de abril de 2013, em Brasília, os coordenadores das áreas programáticas no DAPES e da pesquisa discutiram as estratégias de divulgação do mapeamento e da convocatória entre os apoiadores.

Nos dias 17 a 19 de abril, o grupo de pesquisadores se reuniu para uma avaliação geral das atividades do projeto, para subsidiar o relatório técnico parcial da pesquisa. Nesse encontro, que incluiu bolsistas e integrantes da Biblioteca Virtual em Saúde – Integralidade, foram readequadas questões relevantes sobre os relatórios de gestão e subprodutos a partir do desenho analítico do grupo e repactuação dos produtos esperados por cada pesquisador e bolsistas. Foi também acordada a ampliação de mais um mês no prazo de inscrição das experiências na convocatória, para o dia 26 de maio de 2013.

Foram definidos os integrantes da Banca de Seleção de Experiências da Convocatória, realizado o convite e definida a data. Neste momento também estava em desenvolvimento a Plataforma interativa ENSINASUS, com o objetivo de compartilhar o material no momento de visita as experiências.³

No dia 26 de maio de 2013, verificou-se que foram inscritas 26 experiências de diversas regiões do país (Anexo 2). Nos dias 05 e 06 de Junho, os pesquisadores sistematizarem o material das experiências enviadas e organizarem a banca de seleção, que aconteceu nos dias

³ A Plataforma está inserida na seção EnsinaSUS, espaço online criado para reunir informações sobre os eixos ensino, pesquisa e extensão do LAPPIS, e respectivas atividades desenvolvidas a partir de linha de atuação homônima, e promover uma interação entre pesquisadores/as, professores/as, estudantes e outros/as colaboradores/as institucionais. Iniciado em 2005, com apoio de Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), o EnsinaSUS, como uma das linhas de atuação do LAPPIS, configura o trabalho de vanguarda de pesquisadores/as que atuam, de forma inovadora, educativa e ético-política, no ensino, pesquisa e formação e para o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo geral tem sido apoiar experiências realizadas por diferentes instituições de educação, saúde e direito, buscando a melhoria da formação de profissionais dessas áreas em dois campos de atuação específicos: a) na formação e educação permanente, tendo em vista as interfaces educação, saúde, direito e trabalho; e b) no desenvolvimento/incorporação de novas tecnologias do cuidado capazes de articular saberes e práticas produzidas nos serviços, a fim de conhecê-las, avaliá-las e promover sua divulgação. Na seção EnsinaSUS está inserido um histórico das iniciativas de ensino, pesquisa e extensão em andamento, bem como as já concluídas, com detalhes sobre experiências que têm feito a diferença nos processos de educação e formação de profissionais de saúde, em sintonia com o princípio da integralidade e na defesa do SUS. Além disso, é possível participar de alguma ação do LAPPIS, acessando áreas restritas, onde estão disponibilizadas informações sobre diferentes atividades.

13 e 14 de junho de 2013, no Rio de Janeiro. A banca foi composta por pesquisadores e professores de diversas inserções acadêmica, tecnológica e científica, com ampla *expertise* temática na discussão e prática do apoio. A escolha foi pautada pela contribuição que elas poderiam trazer para um desenho de trabalho de campo que nos permitisse aproximação com a multiplicidade e complexidade do tema.

Foram selecionadas 11 experiências das regiões Sul, Sudeste, Norte e Nordeste. E, como não foi apresentada nenhuma experiência da Região Centro-Oeste, a banca optou pela redistribuição das vagas destinadas a essa região. Também foi selecionada uma experiência referente à Rede HumanizaSUS, por seu caráter inovador em relação à noção de apoio e que não estava vinculada a nenhuma das cinco regiões. O resultado foi divulgado no *site* do LAPPIS no dia 17 de junho de 2013.

Nos dias 04 e 05 e 10 de julho de 2013, a equipe de pesquisa se reuniu na UFES, em Vitória e nos dias 18 e 19 de julho, na UERJ-RJ, para levantar o material para a sistematização das experiências selecionadas; os pesquisadores foram divididos de acordo com a região e disponibilidade e ficaram responsáveis por fazer o contato com os responsáveis pelas inscrições para marcar a data de ida ao campo. Nessas discussões, verificou-se a necessidade de realizar uma Oficina Metodológica que agrupasse experiências da Região Centro-Oeste, que não se apresentaram para a convocatória. Nesses encontros, também foram compartilhados os primeiros resultados preliminares da estratégia do mapeamento que ficaria disponível para cadastro até o final de 2013. Também foram elaborados um vídeo e *e-mails* que seriam enviados aos apoiadores que iniciaram o cadastro no mapeamento mas não haviam finalizado o processo. A Plataforma ENSINASUS foi apresentada e aprimorada para atender ao objetivo de compartilhamento do material que seria registrado durante a sistematização das experiências.

No dia 08 de agosto de 2013, os pesquisadores concluíram o planejamento da dinâmica que seria realizada na 5ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, que aconteceu nos dias 12 e 13 de agosto de 2013, com 18 participantes. Nesse

encontro compartilhou-se a pesquisa com as experiências locais regionais de apoio institucional da macrorregião Centro-Oeste, discutindo-se as potencialidades e desafios das experiências em curso e ações de continuidade para dar visibilidade e publicizar essas ações. Foram apresentadas experiências do Distrito Federal, Distrito de Samambaia-DF, a Trajetória do Apoio PNH no GAMA-DF. Foram discutidos pontos importantes como a formação de apoiadores em cursos “oficiais” e os desafios para sua continuidade nos locais de serviços. Outro ponto destacado foi a dificuldade que poderia surgir para os apoiadores “apoiarem” seus próprios serviços de saúde e os desafios de “institucionalização” do apoiador. Também foi apresentada a experiência de Saúde Indígena-PNH em Dourados-MS. Foram pontuados os desafios da assistência à mulher indígena na situação de apoio e da inclusão das diferentes etnias na manifestação das suas necessidades de saúde.

Também se apresentaram a experiência de apoio na construção da Residência Multiprofissional em saúde indígena no Hospital Universitário de Grande Dourados e seus desafios na definição dos campos de formação de profissionais na área de nutrição, enfermagem e psicologia e das práticas formadoras e de cuidado nesse território. A experiência de apoio no Hospital Regional do Mato Grosso também foi realizada. Dois elementos se destacaram na discussão com este grupo: a necessidade de aproximação aos usuários e a necessidade de constituição de redes e da transversalidade das ações entre os diferentes níveis de cuidado e gestão na função do apoio nos serviços de saúde.

A matriz analítica que estava em fase de construção para o campo foi discutida com o grupo e validados os elementos com o grupo de apoiadores/pesquisadores presentes. Foi também discutida a inserção de uma experiência que trouxesse elementos relacionados aos desafios de integração das ações e garantia do direito à saúde que poderiam ser vivenciadas pelo Apoio na construção das redes temáticas de cuidado propostas pelo Ministério da Saúde. A experiência de suporte a mulheres privadas de liberdade e seus filhos na assistência pré-natal e parto no Centro de Referência de Mulheres Privadas de Liberdade

de Minas Gerais e a parceria com o Hospital Sofia Feldman e outras instituições formadoras foram escolhidas e a visita foi articulada para acontecer no início de 2014.

Nos dias 14 e 15 de agosto, o grupo se manteve reunido para compartilhar o processo de construção da pesquisa, sendo sete pesquisadores da UFES e UFF, os quais comporiam os supervisores do trabalho de campo com visita *in loco* nos territórios onde as experiências selecionadas se situavam.

A primeira visita aconteceu na cidade de Araguaína, em Tocantins, entre os dias 26 e 30 de agosto de 2013. Uma semana depois, no dia 05 de setembro, o grupo ampliado de pesquisadores discutiu as impressões da primeira experiência visitada e compartilhou elementos que se destacaram nesse processo. A visita às 11 experiências selecionadas foi planejada para acontecer entre agosto e novembro de 2013, mas por diferentes motivos, alheios à vontade dos pesquisadores, acabou por se estender até a primeira semana de janeiro de 2014 (Anexo 3). A equipe para cada experiência foi composta por dois pesquisadores e ao menos um bolsista de Iniciação Científica, que auxiliaria na coleta e organização do material empírico.

Durante esse período, ocorreu a 6ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da pesquisa, destinada a discutir as proposições metodológicas a serem utilizadas para sistematização das experiências selecionadas de apoio institucional. Nesse encontro contamos com a valiosa contribuição dos professores Liane Righi, da UFRGS, e Prof. Gustavo Nunes, da UnB, que enaltecem os aspectos sobre elaboração do plano de análise e elaboração dos produtos a partir da metodologia de sistematização de experiências.

À medida que os pesquisadores prosseguiam nas vistas de campo, ocorriam simultaneamente outras reuniões com o objetivo de discutir o material empírico coletado com os demais integrantes do grupo de pesquisa, sendo realizadas mais três reuniões de compartilhamento de “saberes e práticas na pesquisa”, respectivamente, nos dias 18 de outubro e 15 e 16 de novembro, no Rio de Janeiro. Todos os pesquisadores tiveram, assim, a oportunidade de interagir com os demais pesquisadores, destacando singularidades e semelhanças de

suas impressões sobre suas práticas de pesquisa em contato com as experiências em seus territórios.

Em 2014, o grupo de pesquisadores voltou a se reunir no dia 31 de janeiro, em Belo Horizonte, e nos dias 21 e 22 de fevereiro, em Vitória, para realização da 7ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, e em 21 de março, no Rio de Janeiro, para sistematização dos resultados da pesquisa e planejamento das devolutivas regionais, relatório final do projeto e seminário final de apresentação dos resultados, nos dias 12 e 13 de agosto.

A título de ilustração sobre o grau de envolvimento e empreendimento técnico-científico na pesquisa, contabilizamos que no período de agosto de 2012 a março de 2014 foram realizadas mais de 30 reuniões técnicas entre pesquisadores, bolsistas e gestores do DAPES e PNH, sete Oficinas Metodológicas de Construção Coletiva da Pesquisa, que incluíram cerca de 80 participantes no total. Todos os eventos foram realizados de maneira descentralizada, incluindo diferentes cidades, nas quais as experiências de apoio e as instituições parceiras envolvidas estavam situadas: Rio Branco-AC, Cuiabá-MT, Brasília-DF, Rio de Janeiro-RJ, Vitória-ES e Belo Horizonte-MG.

É importante destacar que, ao longo dos dois anos de projeto, foram concedidas 56 bolsas de produtividade e formação, distribuídas da seguinte forma: 8 para apoio técnico; 2 para bibliotecárias; 15 para bolsistas de iniciação científica; 6 mestrandos; 3 doutorandos; 2 pós-doutorandos e 20 bolsas para pesquisadores (doutores e pós-doutores).

Cabe finalizar destacando alguns encontros que consideramos nucleadores e potencializadores das diferentes fases da pesquisa, possibilitando uma validação dialógica de suas etapas específicas, evidenciando a riqueza da pesquisa em contribuir com o SUS real que dá certo e tem dificuldades em todo o território nacional. Foram apresentados e debatidos metodologias empregadas e aportes conceituais e teóricos, em eventos nacionais e internacionais, dentre os quais destacamos: I Seminário Nacional Incubadora da Integralidade e III Seminário do Programa Incubadora da Integralidade do Hospital Sofia Feldman (25, 26 e 27/09/2012, em Belo Horizonte); V Congresso

Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde (11 e 13/10/2012, em Lisboa, Portugal); XII Seminário Nacional do Projeto Integralidade (13 a 17/08/12, na UFAC-AC),⁴ 10º Congresso de Saúde Coletiva (14 a 18/11/12, Porto Alegre) e 1º. Minicongresso da BVS Integralidade, nos dias 08 e 10/05/13, no Rio de Janeiro); XIII Seminário Nacional do Projeto Integralidade, em Cuiabá-MT (13 a 16/08/13),⁵ Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais (13 a 15/11/13, Rio de Janeiro)⁶ e XVII Encontro da Associação Brasileira de Psicologia Social⁷ (02 a 05/10 /13, Florianópolis-SC).

Podemos assegurar que muitos efeitos e repercussões desta pesquisa não puderam ser incluídos nesta discussão, seja por falta de tempo e de espaço para o detalhamento de cada etapa, atividade e ações. Contudo, almejamos que esta descrição da pesquisa, de caráter interdisciplinar, multidimensional e multirreferenciado, possa contribuir com um debate mais profícuo sobre a pesquisa no campo da Saúde Coletiva. E mais ainda, como nos ensina Eduardo Coutinho, que inspire tantos outros grupos de pesquisa neste campo ou na interseção com outros campos disciplinares, na produção conhecimentos inclusivos e de relevância social.

⁴ Inclui nas suas atividades pré-seminário, no dia 13 de agosto, o Encontro Regional Norte de Humanização e Apoio Institucional, coordenado por Gustavo Nunes (PNH), e no dia 14 de agosto de 2012 uma *Ágora*, intitulada “Áreas Programáticas estratégicas em saúde e integralidade do cuidado: as fronteiras das políticas específicas na efetivação do direito humano à saúde”, coordenada por Dário Pasche (DAPES/MS).

⁵ Para potencializar a discussão e recursos sobre o apoio, foi incluída na programação do evento a atividade “*Ágora* com apoiadores/as institucionais e de humanização da Região Centro-Oeste”, no dia 13 de agosto de 2013, coordenada por Gustavo Nunes de Oliveira (PNH), a 6ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, que aconteceu nos dias 12 e 13 de agosto de 2013, e reuniões do grupo de pesquisa.

⁶ Os pesquisadores participaram da Comissão Científica do Evento (Pinheiro, R.) de grupos de trabalho (Pinheiro, R., Lopes, T.C. e Barros de Barros, M.E.) e de apresentação dos resultados preliminares do mapeamento do perfil sócio-demográfico de apoiadores do SUS (SILVA et al., 2013d), além de duas reuniões do grupo de pesquisa durante o evento.

⁷ O evento contou com ajuda de inscrição e transporte para pesquisadores e bolsistas para apresentação dos seguintes trabalhos, relacionados ao projeto: SILVA et al.(2013a, 2013b, 2013c).

Referências

- LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993.
- PINHEIRO, R.; LOPES, T.C.; SILVA, F.H. *Ações estratégicas pra o fortalecimento das redes de atenção à saúde no SUS*. Relatório técnico 1: agosto de 2012 a maio de 2013. Carta Acordo BR/LOA/1200057.001. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS-UERJ, maio 2013. 62p.
- PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; LEAL, O.; GUIZARDI, F.L. (Orgs.). *Apoiando a gestão do SUS em rio Branco-AC: a estratégia da incubadora da integralidade no desenvolvimento institucional local*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013.
- SILVA, F. H.; ALVES, R. S.; MACHADO, R.O.; MENDONCA, T.C.; DURANS, P.H.S.; PEIXOTO, M.N. Mapeamento dos apoiadores institucionais no Brasil. In: Encontro da ABRAPSO, 17.. *Anais...* Florianópolis, 2013a.
- SILVA, F.H.; ALVES, R.S.; MACHADO, R.O.; DURANS, P.H.S.; PEIXOTO, M.N.; MENDONCA, T.C. Cartografia de relatos de experiências de apoio institucional no Brasil: um olhar intensivo. In: Encontro da ABRAPSO, 17.. *Anais...* Florianópolis, 2013b.
- SILVA, F.H.; MACHADO, R.O.; DURANS, P.H.S.; PEIXOTO, M.N.; ALVES, R.S.; MENDONCA, T.C. *Saúde, trabalho e integralidade no âmbito do SUS: cartografias e apoio institucional*. In: Encontro da ABRAPSO, 17. *Anais...* Florianópolis, 2013c.
- SILVA, F.H.; ROBAINA, J.R.; PINHEIRO, R.; LOPES, T.C.; DAMASCENO, R.; JUNGER, R. *Perfil sócio-demográfico de apoiadores do SUS*. In: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 6. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 13 a 17 de novembro de 2013 (comunicação oral), Rio de Janeiro, 2013d.

PARTE II

Noções emergentes e rotas analíticas

Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde

JANAÍNA MARIANO CÉSAR

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

RAFAEL SILVEIRA GOMES

RAPHAELLA FAGUNDES DAROS

Este texto intenta revisitar e traçar algumas linhas que estiveram presentes como direção ético-política na pesquisa “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”. Direção que implica seu modo de consistir, de se realizar, no que toca principalmente à problematização, constantemente retomada, do trabalho com noções relativas ao apoio institucional, que poderiam nortear o fazer da pesquisa.

Tais noções dizem respeito à constituição da função apoio no campo da saúde nas últimas décadas, em suas lutas por afirmar outros modos de gestão e trabalho no SUS. O apoio é então estratégia metodológica que prima pelo fortalecimento da saúde em sua experiência pública e coletiva, através da ampliação de processos de análise e cogestão. Oliveira (2011), em levantamento das bases teórico-metodológicas do apoio, distingue a importante contribuição de Campos (2013) em seu Método Paideia para a função apoio, definida por ser:

- 1) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; 3) Uma função que considera que a gestão se exerce entre os sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações; 4) Depender da instalação de alguma forma de cogestão (OLIVEIRA, 2011, p. 31).

De modo próximo, a partir da Política Nacional de Humanização em seu documento base (BRASIL, 2008) Oliveira recortará a função do apoiador institucional como sendo a de:

[...] ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (OLIVEIRA, 2011, p. 34).

É importante ressaltar que tais definições se encontram em um esforço por instaurar mudanças nos grupos e organizações, reformulando e, mesmo rompendo, com modos tradicionais de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Afirma-se ainda que não se intervém na produção de saúde e no modo de gestá-la, sem um labor ético na produção de outros modos de subjetividade. Diante disso, o objeto de trabalho do apoio não poderia se dar senão tendo como sua matéria o processo de trabalho dos coletivos que produzem saúde, ou seja, o próprio cotidiano em seus processos díspares, em seus avanços e recuos.

A presente pesquisa, portanto, não se depreende deste caminho histórico de constituição da função apoio na saúde, mas faz isso se interessando pelos modos como o apoio tem se atualizado e mesmo se reinventado na multiplicidade dos territórios onde se engendra, dos sujeitos com quem se trabalha e dos desafios com que se encontra. Ou seja, quais as experiências do fazer-apoio podem ser partilhadas e quais seus efeitos.

Ressalta-se, portanto, o cuidado em não fazer rebater as experiências do chão dos serviços de saúde, que são produzidas em meio à diversidade das regiões brasileiras, a categorias previamente estabelecidas, que assim as avaliariam como sendo experiências legítimas ou não. Ao contrário, o caminho construído foi o de

afirmar o caráter exploratório da pesquisa, em detrimento de uma visão judicativa a respeito dos trabalhos de apoio desenvolvidos.

No entanto, se a pesquisa não pretende um olhar “sobre” as experiências, tampouco abre mão do caráter avaliativo que esta pode fomentar. A avaliação nesse ponto, ainda que este tema seja amplo e complexo, diz da possibilidade de produzir junto com os atores envolvidos no apoio, trabalhadores, gestores, usuários e, de modo geral, com aqueles que permeiam o campo da saúde, um olhar ampliado, pois é também coletivo, para o que tem sido possível construir no plano das práticas de apoio institucional, as estratégias inventadas e os desafios colocados em um percurso aberto.

A partir disso, dois pontos podem ser evidenciados. O primeiro deles aponta para o exercício de uma pesquisa que se realiza a partir das práticas de apoio institucional, que busca cartografá-las (PASSOS et al., 2010) em suas linhas de constituição junto com os sujeitos envolvidos; e, no desdobramento deste, como a análise de tais práticas pode nos fazer encontrar com a emergência de noções e questões, em curso no cotidiano dos serviços, interessantes ao fortalecimento do apoio institucional na saúde.

Evitando os riscos da clássica dicotomia entre teoria e prática, salientamos que as práticas, na esteira foucaultiana, não se opoiam às teorias ou aos discursos que impregnam e produzem o exercício do apoio. Teorias e discursos, quaisquer que sejam eles, devem também ser remetidos a práticas históricas. A prática, no entanto, se opõe à abstração (CANDIOTTO, 2010). E isso porque esta última alimenta totalizações e universalismos, dos quais desejamos nos afastar. O caráter universalista atribuído a sujeitos e objetos advém de um longo percurso construído na história de nosso pensamento ocidental, que, como apontará Foucault (2006), de Descartes a Husserl fortalecerá as condições de pensar sujeitos e mundos como anistóricos e ainda possibilitará a construção de verdades que parecem essenciais e operatórias para todo e qualquer tempo.

Nessa direção, não há aqui pretensão de se construir um projeto totalizante sobre “o” apoio institucional, uma vez que este só se efetiva na multiplicidade e complexidade das práticas concretas, que remetem

ao chão mesmo de tensões e reviravoltas, à luta de forças, aos modos, por vezes incongruentes, como a experiência do apoio se atualiza. As práticas podem então ser tomadas “como lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT, 2010, p. 338). É onde os sujeitos se constroem e a saúde se produz.

Colocar as práticas em análise é ocasião para pôr em questão uma visão idealizante e abstrata sobre o apoio, que muitas vezes acomete os próprios trabalhadores-apoiadores, e que pode, na experiência cotidiana, sufocar o apoio como exercício em construção. Nesse sentido, a análise das práticas permite desnaturalizar o que parece evidente, reencontrando as aberturas, os bloqueios, os jogos de força, as discontinuidades e os processos múltiplos que compõem o campo fértil das práticas em saúde, e nelas o apoio.

Ainda um indicativo: quando se vai às práticas para, na aliança com estas, colher o que nelas pode emergir, o que se passa com os sujeitos no cotidiano, tornando vivo o apoio, não se ignora, como já dissemos, os saberes-fazer, indicações metodológicas, diretrizes e princípios já produzidos no âmbito da saúde sobre a experiência do apoio institucional. Há um plano de constituição presente em desdobramento, forjado também em meio a lutas pela saúde pública. Mas, ao invés de este ser tomado previamente como chave diretiva do que se entende por apoio, pareceu-nos interessante perceber exatamente como esses saberes-fazer, constituidores de uma prática de apoio, estão nela presentes, de que modo os sujeitos têm se apropriado e contribuído para ampliá-los na saúde.

Ao mesmo tempo, deste modo, continua-se a indexar o que já se pôde historicamente construir na experiência do apoio institucional em seu plano de criação, possibilitando visibilizar como os sujeitos nas práticas de saúde têm podido reinventar o apoio, afirmando seus percursos e modos de existência diversos a partir da textura, das singularidades e das problemáticas de cada lugar onde este é realizado. Afirmar o caráter inventivo das práticas é afirmar a liberdade que nelas reside, cultivada em nossa capacidade de intervenção e ação.

O segundo ponto nos exigirá um percurso mais longo e a tentativa de abrir as práticas no exercício de *acontecimentalizá-las*

(FOUCAULT, 2010). Fazer rachar a naturalização de que pode sofrer as práticas de apoio, interessando-nos pelo modo como estas são experimentadas e os modos de relação nos quais surgem apoiadores e apoiados. Ao mesmo tempo, na direção ética do fortalecimento do viver, como o apoio tem podido, diante de vias normalizantes, excludentes e massificadoras da vida, se desdobrar na construção da integralidade e da democratização dos processos em saúde.

Apoio carijo

A roda está se construindo... Acolherá também neste dia os trabalhadores desta pesquisa. Os apoiadores chegam pouco a pouco e vão compondo com a disposição presente. Isso não quer dizer que a roda se expresse necessariamente como círculo, tampouco concêntrico. Como se dirá mais tarde nesse encontro, “apoio é roda” e roda é “colocar as pessoas lado a lado”. Fazer fluir desatando os nós do pensamento que nos impedem de caminhar, fazer circular a palavra, os afetos, os processos. Fazer o cuidado das relações. Fazer o planejamento conjunto das ações. A partilha das responsabilidades e o fortalecimento do coletivo.

Nesta roda que se esforça no exercício do caráter público, coletivo, de seu fluir, as dificuldades em relação ao fazer apoio vão se enunciando e as cenas cotidianas podem surgir: impasses, gestões duras, divisão entre os serviços, compartimentalização da rede de cuidado em caixinhas de ofertas... E é diante dessa matéria de trabalho que os sujeitos-apoiadores compartilham aquilo que tem emergido para eles nessas práticas de saúde como expressão do apoio: “apoio carijo”.

Estamos no Sul. E isso não é trivial, pois o apoio emerge a partir da expressividade dos modos de vida também ali cultivados. Na “terra do carijo”, a produção de erva-mate é um aspecto importante do cenário cultural. O carijo é o sistema mais antigo de produção desta erva. Jirau de varas dispostas horizontalmente, a um metro e meio ou pouco mais do solo. Nele se depositam os feixes de erva-mate, para que sequem ao calor do braseiro que arde embaixo delas. A distribuição do calor exige a constância de uma atenção, realizada pelas rondas do carijo, as turmas de trabalhadores que passam as noites cuidando para que a erva não queime com a força do braseiro, mas

tampouco o fogo se apague. Trabalho dedicado de assoprar quando o fogo parece querer se ir, de não alimentá-lo quando parece querer tomar conta de tudo, de cuidar das composições moduláveis, das relações erva-fogo-braseiro-ar.

Na roda de conversa, por ocasião do processo de pesquisa, uma trabalhadora afirma: “Apoiar é assoprar, está tudo lá e de forma cuidadosa, tem brasa, basta assoprar”. Essa imagem é frutífera para pensar a tessitura do que possa ser o trabalho do apoio institucional. O apoio carijo parece apontar para a não adesão a uma fórmula, afirmando-se como uma atitude frente a inúmeros desafios que forcem um exercício em relação ao próprio fazer apoio. Estar presente, acompanhar o processo de trabalho com outros trabalhadores, nele entrar, disponibilizar-se, sentir a temperatura, assoprar, mas sem tutelar ou fundar-se como centro da roda. Contribuir não impondo a direção, ao mesmo tempo apostando e trabalhando junto com/nos grupos de modo que possam assumir a capacidade de pensar sobre os caminhos que estão a fazer e sobre os que podem ainda devir.

A produção da erva-mate compõe-se de muitas e diferentes operações: cortar, sapecar, secar, socar, acondicionar. Estas são realizadas por grupos de ofício específicos que cuidam para que todo o processo ao final se realize. No entanto, a secagem no carijo é necessariamente uma operação coletiva, vivida como ritual festivo¹.

Se abrirmos a imagem do apoio, que nesta roda surge, vê-se a complexidade desta atividade e as questões que permeiam tais práticas. Como fazer apoio carijo? Como fazer da função apoio uma dimensão do cuidado em saúde que não seja tutela, e sim aposta em autonomia? Que experiência é esta no apoio que é aproximada daquela do carijo? No trabalho em saúde, quando “a erva se põe a queimar”? O que seria o fogo apagar? Como manter aceso o braseiro, gerando as condições necessárias à produção da erva, à produção da saúde? O que é isto que está lá, restando somente assoprar?

Ainda que o carijo seja uma expressão muito singular da experiência de apoio institucional em uma região do Brasil, é interessante perceber,

¹ In: http://www.palmeiradasmissoes-rs.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=4&Itemid=7

a partir do processo de pesquisa, as linhas que se desprendem de uma possível identidade, e que, atravessando as regiões nos extremos do país, possibilitam encontrar ressonância e a constituição de uma afinação e proximidade que se afirma nas lutas pelo direito à saúde. Seria possível que práticas outras de apoio acompanhadas pela pesquisa pudessem oferecer pistas disso que parece ser a matéria complexa, móvel e viva do trabalho do apoio emergido carijo no sul?

Já do carro se via aquele que seria o destino do trabalho naquela tarde de sol, uma Unidade de Saúde da Família (USF) plantada meio ao chão de terra batida. A construção de aspecto novo e amplas dimensões dá à USF certo destaque na paisagem da qual surge. A placa na parede da instituição traz o nome de uma das moradoras do bairro, batismo realizado pela própria comunidade para nomear a unidade.

Lá dentro, meio a movimentação de liberação para a “reunião do apoio”, a equipe de pesquisa é encaminhada a uma sala, onde aguarda juntamente com uma trabalhadora da Unidade. Um analisador² estaria também esperando oportunidade: falamos da usuária que, chacoalhando nos braços seu bebê, adentra o espaço e despeja sua indignação pelo tempo, o sol, o chão percorrido até ali, para não receber o atendimento esperado. Meio ao choro da criança, pergunta-se à trabalhadora no fundo da sala se poderia ajudar: “Sou só a médica! Só executo ordens”. A resposta é tão impactante que no momento seguinte estava o grupo de pesquisa tentando encontrar algum outro auxílio. Impressiona, no entanto, a força da usuária que à apoiadora, que agora chega também à cena, reafirma o direito de sua criança

² Analisador é um conceito ferramenta construído inicialmente dentro do movimento da Psicoterapia Institucional, com formulação de F. Guattari, incorporado também por Lourau e Lapassade na corrente da Socioanálise francesa. “Daremos o nome de analisador àquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1995, p. 284). Os analisadores histórico-naturais e/ou construídos seriam acontecimentos com potencialidade analítica, no sentido de produzir ruptura, de catalisar fluxos intensivos e dar visibilidade aos sentidos naturalizados que impregnam os processos de trabalho e à vida de modo geral. Um analisador, portanto, convoca à análise, ao mesmo tempo em que compõe uma paisagem interventiva.

receber a vacina. A acolhida que aí tem seguimento possibilita escuta e encaminhamentos.

O que estaria ali se passando? Questão a ser acompanhada. A sala, espaço do acontecimento imediatamente anterior, agora recebe enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem, médicos, estagiária, agentes de saúde, em maioria. A Unidade diminui seu ritmo cotidiano para entrar em outros. O encontro é em roda, mas a princípio em uma circulação em graus diminutos. “Hoje tem reunião do PMAQ^{3!}”, diz um trabalhador. A projeção na parede figura um plano de intervenção que vai se construindo a partir de questões que se relacionam às fragilidades do serviço coletivamente mapeadas. E a conversa caminha pela identificação dos principais entraves e demandas da USF, determinando os possíveis encaminhamentos, delegando responsáveis e definindo os prazos.

Entre um ponto e outro um usuário bate à porta, pergunta pelo atendimento, pela Unidade fechada, quer conversar com alguém lá fora. A porta se fecha. A discussão de dentro continua. Seus pontos tocam na falta de equipamento para realização de atendimento de urgência e emergência, que caminha pelas dificuldades da realização de ações de saúde e atividades educativas na Unidade, e assim pela sobrecarga dos agentes de saúde que se dividem atualmente na recepção da USF. E a falta de tempo... *“Não sobra tempo prá nada!”*.

Era a Unidade que estava em questão. Os processos de trabalho ali em jogo. Mas, estranhamente, a “reunião” se abria a uma atmosfera fria e burocratizada. Usuários batiam na porta, temas os mais pertinentes ganhavam pauta e ainda assim monotonia, distanciamento. Estaria o fogo quase a apagar? Apagar ou queimar não indicariam processos de diminuição de vitalidade, de congelamento da capacidade de agir

³ O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), formulado pelo Governo Federal, insere-se em um contexto de ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, dentro de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. Tem como objetivo principal, portanto, avaliar os resultados da política de saúde, principalmente em relação à Atenção Básica (BRASIL, 2012). A USF em questão havia aderido ao PMAQ, realizando encontros mensais para efetivar a proposta avaliativa do Programa, tendo sido o apoio institucional incluído como estratégia para fomentar tal processo.

presente no vivo? De fato, como se dizia lá no carijó, está tudo ali presente. Em todos os cantos, vazando a Unidade, há uma franja de virtualidades, processos em erupção, luta de forças, tensões. Aguarda-se que, em algum momento, algo do que já está presente nos corpos, nos rostos, no ar, se torne possível de entrar em diálogo, de girar a roda fazendo-a movimentar. E o apoio se atualiza nesse estranho ar, sustentando a possibilidade da roda girar, soprando algum arejamento, até que uma agente de saúde conspurca o ar viciado, obliterante: “A gente está junto, mas está separado”. Algo se rompe e a brasa trepida: “A população não entende que tem duas equipes. Temos que trabalhar juntos!”.

Inaugurada há seis meses, a atual USF abarca duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, que, vindas de bairros, expectativas e modos de trabalhar diferentes, encontram-se com o desafio de oferecer cobertura não somente a suas áreas anteriores como a duas outras novas áreas. “*A gente está junto, mas está separado*”. Desafios de entrar em novas composições com o trabalho, com os usuários da nova região, entre equipes, de forma a fortalecer a atenção básica em saúde naquelas comunidades. Com a dificuldade de acompanhamento as famílias antigas e de nova cobertura acedem à USF, buscam o atendimento, e um clima de urgência e emergência se instala. Desafio em fazer soprar, em dar visibilidade a esse plano de questões e trabalhá-las.

A nova infraestrutura para o trabalho era desejo antigo destes trabalhadores, que compartilharam com as comunidades acompanhadas o entusiasmo da mudança, como contam as agentes de saúde. Agora, no entanto, apontavam a frustração sentida por aquilo que não visibilizaram que se consequenciaria: relações com outras equipes, novo território, aumento na demanda pelo serviço de saúde, mudanças nos processos de trabalho. E ainda, a dificuldade relativa à necessidade de uma terceira equipe de ESF, para assim assegurar o trabalho de prevenção e promoção, concernentes à Atenção Básica.

Paradoxalmente, a sede da nova unidade, em contraste com as “pequenas casas” onde anteriormente as equipes trabalhavam, faz surgir outras expectativas também na população: a de um pronto-atendimento, em regime de urgência e emergência, que contrasta exatamente com os esforços na história deste município em fortalecer

sua rede de atenção básica. Enquanto a trabalhadora reafirma “isso aqui não é mais uma unidade de saúde da família! É só curativo, atendimento, atendimento, atendimento!”, usuários apontam “prá que uma unidade tão grande se não tem gente prá atender?”.

A complexidade do trabalho do cuidado se mostra e nela a pertinência do apoio, que pôde se oferecer, na possibilidade daquele espaço coletivo, sustentado não sem dificuldades, como oportunidade de escuta e trabalho em relação aos processos de frustração, de angústia, de obstacularização da ação, coisa que parecia oportuna não somente aos trabalhadores, mas também aos usuários, que solicitavam insistentemente entrada. O encontro se faz na acolhida dos desencontros do trabalho, que vai abrindo a importância do cultivo de uma dimensão de conexões, do exercício de contrair novas composições, das dificuldades que evidenciam fragilidades na rede de relações entre equipes, trabalhadores, comunidade, gestores.

Ao mesmo tempo, analisar tais processos auxilia a sair de uma posição solitária e individualizante em relação ao que se passa. Há um plano de problemas que diz respeito a todos e solicita certo trabalho de reposicionamento para encontro de saídas. Deste modo, as batidas na porta, os pedidos de atendimento e a indignação dos usuários que permearam todo o encontro podem ganhar também outro lugar que não o da perspectiva banalizadora do “barraco”. Religados ao plano mais amplo de questões que envolvem o trabalho da saúde na história daquelas comunidades, esses apelos podem ser experimentados, acolhidos, problematizados.

O encontro então continua, a palavra e os afetos encontram maior grau de circulação. Um plano de trabalho se delinea para continuar a se cuidar das questões que ali surgem, constituir diálogos frequentes, fortalecer os espaços cogestivos, produzir coletivamente saídas possíveis. Aquecer e tecer as redes de relações entre todos, trabalhadores, gestores, usuários. Novo encontro é pactuado para a próxima semana, ainda que não fosse este o calendário previsto, ainda que a trabalhadora-apoiadora fosse entrar de férias. Tratava-se de não deixar escapar o quente tempo dos analisadores, como já apontava o movimento da socioanálise francesa, a fim de adensar o trabalho de análise coletiva do trabalho ali disparado.

A prática do apoio faz-se distante da via idealizadora. O que neste encontro se passa é aquilo mesmo que é a matéria do labor do apoio institucional. O desafio parece ser este de assumir a lida com a matéria viva do trabalho em saúde, lançando um olhar corajoso para nossos modos de relação e existência.

Além disso, faz-se pertinente também pensar o próprio lugar do apoiador na dinâmica do apoio, pois nas situações cotidianas e vivas em que se efetiva, as práticas de apoio institucional não pertencem ou concernem exclusivamente ao apoiador. É nas práticas e nas relações com os outros que este emerge. Paradoxalmente, será preciso esvaziar-se de uma posição centralizadora para que a roda se sustente em ampliação de composições e movimentos. O sopro, por isso, aspira que o coletivo se aqueça, que as formas ativas tomem a dianteira, que o trabalho-cuidado não encrua, ressinta-se, queime, imobilize-se. Há uma aposta do “apoio carijo” que se encontra com o extremo norte do país, aliançando-se a uma dimensão de transversalidade, onde a rede é sua causa-efeito, ponto de incidência do trabalho fomentando sua tessitura, efeito do mesmo ao colher o fortalecimento dos coletivos.

Apoiar é transversalizar

“Apenas assoprar, está tudo lá!”. Essa é a pista que emerge para pensar a dimensão reticular, transversal e transdisciplinar da vida a qual a função apoio se alia como carijo, empreendimento poético na sua dimensão de *acontecimentalização* (FOUCAULT, 2010). Se dizíamos no início que os processos de pesquisa e produção de conhecimento têm como procedimento *acontecimentalizar* as práticas em investigação, de modo próximo, esse princípio parece ser o modo operatório do próprio apoio no encontro com as práticas de saúde. Isso porque a produção de conhecimento é inseparável da intervenção no real, produzindo efeitos-subjetividades, constituição/transformação de sujeitos e mundos.

A imagem “apoio carijo” se coloca como essa operação metodológica de *acontecimentalização* das práticas. Perturbar as verdades que habitam o discurso biomédico hegemônico e seus efeitos de naturalização relativos aos sujeitos e ao trabalho na saúde. Operação por meio da

qual as formas instituídas nos processos de trabalho se desmancham, cedendo lugar ao estranho, ao que provoca.

O encontro naquela tarde em uma USF aponta a importância do procedimento da acontecimentalização, que segundo Foucault,

[...] consiste em reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, bloqueios, os jogos de força, as estratégias, etc., que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade. Ao tomar as coisas dessa maneira, procedemos na verdade, a uma espécie de desmultiplicação causal (FOUCAULT, 2010, p. 339).

A desmultiplicação causal, por sua vez, consistiria em tomar o acontecimento a partir dos processos múltiplos de sua constituição. Romper então com uma atmosfera naturalizada, viciada em alguma explicação estereotipada e mesmo com pautas que não tocam naquilo que de fato está ali à espreita, solicitando análise. O que se buscaria na experiência de apoio, atenta para que o trabalho não encrue ou queime, parece ser a não captura ao que se apresenta como realidade evidente e definitiva e que faz-nos embotar e perder o viço. O procedimento metodológico de exercício de um olhar ampliado para a própria experiência residiria no acesso a essa dimensão processual, aquecida e viva, base de criação dos modos como vivemos, pensamos e agimos.

Salientamos, por isso, o esforço e rigor que este procedimento exige. O “assoprar” da imagem do “apoio carijo” se desdobra, para além do espontaneísmo, como gesto rigoroso, pois exercitar condições mais ampliadas de visão e ação requer esforço e cultivos renovadamente alimentados. A invenção é processo trabalhoso, que exige disponibilização e mergulho neste plano de conexões e encontros, de modo a ampliar e mesmo modificar, na via da saúde que afirmamos, as composições em outros modos de construir trabalho e cuidado. O “assoprar”, portanto, aproxima-se dessa operação que por desmultiplicação causal, por desnaturalização das evidências, trabalha no acesso a um plano de transversalização.

Transversalidade é um conceito construído por Felix Guattari em meio ao movimento da Psicoterapia Institucional francesa na década de 1960/70, que se desdobra naquele da Análise Institucional. A

transversalidade, ou “coeficientes de transversalidade”, exprime-se como experiência de amplitude, de liberdade diante do que parece já constituído. Configura-se como graus de abertura nas formas já dadas de organização do trabalho e de experimentar as relações. O que este conceito em sua faceta operatória nos auxilia é encontrar na realidade, que aparece aos nossos olhos como sólida e irremediável, “vias de passagem” (GUATTARI, 1981a, p. 67), um plano de transversalização, que aponta para o aspecto produtivo e processual que habita o vivo.

Tais graus de abertura e análise, por isso, conjuram tanto as hierarquias, produtos de uma verticalidade, quanto as totalizações e igualdades, frutos de uma horizontalidade. Isso quer dizer que a vida não cabe na dureza dos contornos que fabricamos na busca por segurança e conforto, por uma ilusória tranquilidade, afastando então o risco, os conflitos, a impermanência e a mudança. Essa experiência em que a vida se afirma transversalmente opera um “nomadismo de *fronts*” (GUATTARI, 1981b, p. 81), avizinhando o que parece distinto, criando fluidez e reciprocidades no que compararia fronteira rígida.

Quando no apoio institucional, feito “apoio carijo”, se põe a assoprar, parece ter lugar um exercício de rastreio, Tateando e acolhendo atentamente o que ainda não ganhou forma, não atingiu necessariamente expressão nos coletivos, mas está virtualmente presente de modo pré-reflexivo e afetivo, como plano de forças em movimento. Com Kastrup (2004), podemos pensar que se trata, no trabalho do apoio, como aquele experimentado na USF, menos de busca que de encontro, sustentar uma disponibilidade para a potência do encontro naquilo que é um deixar vir.

A atitude é de espreitar, escutar sem ouvir, olhar sem ver, pois se trata “de deixar vir algo que não é visado pela consciência intencional” (KASTRUP, 2004, p. 11). Algo aquém e além do sujeito, que não se sabe anteriormente ao encontro, que não se trata de resolver, mas de acessar, abrir espaço para assim trabalhar. Essa disponibilidade se agencia na amplificando dos graus de transversalidade nas situações as mais cotidianas da saúde pública. Sem queimar ou apagar como ampliar os graus de abertura à experiência viva que nos envolve?

A atitude de disponibilidade ao encontro desdobra-se no exercício da transversalização, que “tende a se realizar quando uma comunicação

máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos” (GUATTARI, 1981, p. 96). Vejamos que este conceito tem sua emergência na França em um cenário em que a instituição manicomial do pós-guerra está vivendo experiência de fechamento e crise. Encontra-se marcada por posições muito rígidas e por códigos de comunicação que se exprimem em dois eixos preestabelecidos: da verticalidade e da horizontalidade. Aquele que fundamenta relações hierarquizadas entre gestores, trabalhadores e usuários e o outro que, por sua vez, constitui uma comunicação por estames, fomentando os corporativismos e a experiência de grupos fechados neles mesmos.

Há um enfrentamento, portanto, do modo como as relações são construídas, da centralidade nos especialistas e seus discursos de análise e cura, dos processos de infantilização e dependência que desqualificam a possibilidade dos usuários participarem do cuidado em relação a si e ao outro, da atualização de jogos de poder que naturalizam a exclusão e dominação.

A operação de transversalidade apostará na circulação, na abertura dos sistemas, intensificando a comunicação. Porém, esta não se identifica ao esquema tradicional de um emissor e um receptor, dados anteriormente à própria comunicação. Critica-se aqui, inclusive, esse modelo representacional da informação que segue de um polo comunicante a outro, sendo processada e então devolvida. Como apontará o exercício que também se coloca no método da cartografia como uma ética da conectividade: “trata-se aqui de comunicação sem código comum e sem transmissão de informação, numa experiência de contágio pela diferença pura” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2010, p. 104).

O que se amplia nessa proposta não é exatamente a comunicação entre sujeitos, ainda que este possa ser sentido como um efeito, e sim as conexões entre forças que, não absolutamente presas a uma individualidade ou a um grupo, podem abrir novos arranjos e processos de diferenciação. O que se comunica é toda a realidade em sua multiplicidade.

As rondas do carijo atentam para o modo como nele circula o calor, para seus graus de aquecimento, para a composição entre vento, brasa, erva, trabalhadores, as forças que entram em conexão. Atenta-se

ainda para aquilo que, como na experiência na Unidade de Saúde da Família, também vivida em outros serviços de saúde, indicava algum tipo de obstacularização, de um impasse que beira o encruamento, e que necessita de sopro-interventivo para sofrer reposicionamento. Sopro que, ainda que sustentado por um apoiador, só se efetiva e fásca se as equipes também nele entram e, de um modo ou de outro, nele se permitem arejar-ampliar, apoiando-se mutuamente.

O apoio não se efetiva senão em efeitos de fortalecimento do coletivo. Assim pode-se também pensar que o “apoio carijo” aponta para esse cuidado em ampliar graus de conectividade, que, por sua vez, desdobra-se como experiência de cultivo e fomento das redes, mas não quaisquer uma. Esforço incansável de construir e aquecer redes quentes em saúde.

Apoiar é fortalecer redes de trabalho-vida na saúde

Maturana e Varela (1995), em suas investigações anunciam que o padrão geral da vida é a rede. Se desejamos afirmar alguma essência nos seres vivos, ela seria seu modo de organização reticular, sendo exatamente essa característica que torna o vivo um ser autopoietico. Do grego *auto* (própria) e *poiesis* (produção), indicam a relação fundamental entre *autopoiesis* e autonomia. A autopoiese implicaria a capacidade do sistema de especificar suas próprias leis, ou o que possa ser adequado para ele. Isso quer dizer que um sistema vivo define-se a partir de seu funcionamento e pode, por isso, modular e transformar suas relações modificando também este mesmo funcionamento, o que possibilita essa capacidade plástica, performática e inventiva da vida.

Na aproximação com o pensamento desses autores, vindos inicialmente do campo da Biologia, é possível também construir relações com aquilo que Guattari, na década de 60, formula sobre os processos grupais, modos como a vida-rede se atualiza na experiência humana. Em um primeiro momento de análise dos grupos, define duas espécies: grupo sujeito e grupo sujeitado. Porém, não se trata de duas formas essenciais de grupo, naturais e existentes em si mesmos, mas modos de funcionamento. Pode-se dizer: modos de funcionamento da experiência em rede.

Na leitura de Guattari, entendemos que essa diferenciação entre grupos tem como referência atentar para a recusa ou não cultivo da própria condição de vida dos processos grupais, que reside em seu funcionamento essencialmente conectivo e relacional, sustentado por um plano de processualidade, também definido como plano de transversalidade. Os grupos sujeitos se constroem pela tentativa de autoconservação, conjurando os cortes, as tensões que podem neles se instalar, evitando assim a mudança e o morrer de suas formas costumeiras, com a qual estão sempre arriscados a se encontrar. E não seriam esses processos que compõem desafios com os quais se lida no fazer-saúde?

Para conjurar a mudança, os grupos se fecham sobre si mesmos, na tentativa de excluir outros grupos, mas não apenas, afastar processos de diferenciação. Essa questão, como indica Deleuze (2004, p. 7), também alcança os processos de produção de subjetividade nos quais surgem não apenas a experiência grupal, mas os sujeitos. “O indivíduo é, por sua vez, [também] um grupo assim”. Se nos grupos cujo funcionamento preponderante é o do assujeitamento, na dificuldade de assumirem uma atitude crítica em relação a seus processos de constituição, os grupos sujeitos, no entanto, “não param de se defrontar com o limite de seu próprio *nonsense*, de sua própria morte ou ruptura” (GUATTARI 1981b, p. 105). Acolher a processualidade em novas composições que o viver convida de modo constante possibilita que o grupo experimente outros modos de estar junto, não se fiando em um saber construído sobre eles mesmos ou em alguma forma de teorização que fixe seu funcionamento.

Ainda que se visibilizem esses dois movimentos, seria interessante não percebê-los como polos separados ou contrários. O conceito de transversalidade permite, exatamente, que não pensemos nos grupos como solidamente identificados a estruturas, mas se constituindo em graus de abertura e fechamento. A prática da transversalidade não seria uma nova opção ao lado da verticalidade e da horizontalidade, já mencionadas como processos que permeiam os grupos, nas hierarquizações e corporativismos. Não é uma forma nova de grupo. Talvez por isso Guattari fale de coeficientes de transversalidade, de graus de abertura no grupo.

A experiência de ampliação nos processos grupais aponta exatamente para o exercício de reposicionamento em relação a práticas autoritárias, fascistas, competitivas, de desqualificação do outro com quem convivemos e do outro em nós, que convida à liberdade de se pensar diferentemente do que se é. Este movimento de abertura e fechamento de graus assemelha-se, segundo Guattari (1981b), à regulagem das viseiras colocadas nos cavalos, que à medida que se abrem produzem uma ampliação da visão e uma maior circulação, inclusive, territorial. Com olhar ampliado nossas ações também podem se fazer menos centradas em nós mesmos. Ampliar os graus de transversalidade é encontrar-se com uma dimensão de processualidade que nos é constituinte. De outro modo, dimensão de rede, que quanto mais modulável e aberta à diferenciação mais viva e forte se faz.

No que toca o apoio este é tema privilegiado, pois os processos de pesquisa que se instalaram nas várias regiões do Brasil apontam que, de um modo ou de outro, esse exercício de ampliação tem sido buscado em um esforço de efetivação dos princípios do SUS, que na equidade, universalidade e integralidade também distinguem o caráter coletivo, inclusivo e participativo dos processos em Saúde. Há investimento na produção de espaços coletivos de trabalho, de dispositivos grupais de encontros, rodas de conversa, reuniões de equipe, conselhos de gestão, unidades de produção, grupos de usuários, ouvidorias, etc. Investimento, portanto, no aquecimento dessa dimensão de rede, pública, por excelência.

Sabemos, no entanto, como apontava Guattari (2005), que os grupos não possuem em si virtudes analíticas. Fazer grupo e pôr-se em roda não é garantia de processos coletivos. Ele dirá que será necessária toda uma práxis para produzir tais efeitos. É a essa práxis, a esse específico trabalho com o acolhimento da processualidade, da transversalidade, nos grupos que a operação do apoio institucional parece se vincular.

Muitos são os grupúsculos que, animando tão-somente massas fantasias, já dispõem de uma estrutura de assujeitamento, com direção, correia de transmissão, base, grupúsculos que reproduzem no vazio os erros e perversões por eles mesmos combatidos (DELEUZE, 2004, p. 13).

Não bastaria anunciar uma direção de abertura e apregoar princípios, pois as linhas duras com veio de funcionamentos estereotipados somente podem ceder mediante um trabalho sério em relação a nós mesmos. Do contrário, podemos apenas acumular distância entre nossas palavras e nossos gestos.

Tal práxis, sem dúvida, passa pela arte de compor com o outro, saindo de um si ensimesmado. Exercício trabalhoso, difícil por vezes, que exigirá constante renovação. Essa práxis se afirma assim na construção de redes, que se efetivam articulando territórios, integrando ações intersetoriais, sujeitos, categorias profissionais, saberes e disciplinas, o que inclui construção coletiva e compartilhada. Nenhuma ação efetiva em realidades complexas é possível sem ação pactuada e responsabilizada. Isto exige processos de pactuação, coordenação de ação.

Trabalhar em rede, compor projetos comuns implica construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques. Essa é uma exigência ético-política para a produção de práticas em saúde que sejam condizentes com uma vida que se expressa na ampliação do poder de cada um de nós de afetar e ser afetado, afirmando autonomia, interferindo na realidade, modificando-a.

A função apoio se faz, portanto, no encontro com o outro, com a alteridade. Ou seja, o encontro com a diferença, com o outro nas suas diferenças e diferenciações, tendo a rede como primado do viver. A vida que nesse encontro se processa é ponto de partida importante, sendo a matéria de trabalho do apoio. Função apoio que se faz, assim, como acolhimento à diferença, importante componente ético para a construção de uma rede que se proponha potencializar a vida em suas relações humanas.

Desse modo, pode-se pensar que ainda que estejamos imanentemente produzindo-nos a partir de uma dimensão de grupalidade, de rede, nem por isso deixamos de experimentar processos nocivos, mortificantes nessa capacidade viva. As redes podem se fazer, como na experiência de gruposujeitados, como redes frias, cujo efeito é o de homogeneização, de equivalência e de equalização da realidade. Mas também como redes quentes, como nos gruposujeitos, atentos ao que estão fazendo, visando à construção de vínculos afetivos e de

tecnologias relacionais, que incluem a gestão coletiva dos processos de trabalho no dia a dia dos serviços.

As redes quentes se efetuam na constituição de formas de comunicação que não se fazem de cima para baixo, mas de forma a nos colocar lado a lado, dirimindo hierarquias autoritárias, afirmando o princípio de rede como conectividade, não vislumbrando centralismos. Falamos, portanto, de redes vivas, que incluem diferenças, mas que também possam produzir diferença, de forma a acessar o nível de complexidade que constitui quaisquer interações humanas. Sujeitos, pessoas, indivíduos são sempre composições múltiplas e complexas.

O encontro com o “outro”, que se faz nas ações de apoio, implica considerar que cada sujeito tem uma história singular, marcada por trajetos únicos, composta por escolhas, perdas, conquistas que estão inseridas e tecidas no mundo meio a extensas e complexas teias de relações sociais em constante movimento. Isso significa que essas teias não estão dadas de uma vez por todas, mas em permanente processo de redefinição, o que inclui novas escolhas e novas produções, individuais e coletivas. Se assim entendemos as relações humanas, não basta dizer ou considerar que as pessoas são diferentes. É necessário estarmos atentos a essa diversidade de relações e aos efeitos que produzem, aprendendo diariamente a lidar com elas de forma a aquecer as redes.

Estar com o outro então nos coloca, de imediato, em contato com redes de relações que estão permanentemente se fazendo e refazendo, como o que parecia ser o que viviam trabalhadores e usuários, naquela recém-inaugurada Unidade de Saúde da Família e ainda aos encontros que dão sentido à emergência do apoio carijo. Estamos todos comprometidos eticamente com esse processo. O que acontece nos serviços, com destaque para a gestão dos processos de trabalho em saúde, não é de responsabilidade de apenas alguns, mas de todos. Nosso ponto de partida? A rede como padrão da vida, uma vez que nela sempre estamos. Ligados uns aos outros, nos relacionamos para produzir uma vida, para cuidar, para apoiar processos de trabalho. Quando percebemos o mundo dessa forma, acreditamos que seja possível alterar nossa prática cotidiana nos serviços.

É a partir disso que a função apoio se afirma como constituição e afirmação de redes quentes, de forma a viver os acontecimentos focalizando

suas interligações e o que produz cada ligação, o que significa analisar as implicações de cada um de nós nos processos em curso. Nesta esteira, ninguém isoladamente é o único responsável pelo processo de busca para as saídas das dificuldades que nos desafiam no cotidiano dos serviços; a construção de novas estratégias para trabalhar passa, doravante, pelo encontro e inventividade dos diversos personagens envolvidos nas redes de trabalho, uma vez que todo sujeito se encontra em conexão com os demais colegas, outros seres e outras vidas, com diferentes disciplinas e saberes, inseridos numa rede de produção de mundos e de sujeitos. Todos e tudo em rede para afirmar o padrão da vida.

Assim, a função apoio vislumbra a construção de redes de cooperação que acompanhem a vida humana na sua mais ampla diversidade. O tema das redes no que toca às práticas de apoio institucional nos traz pistas também para a relação que construímos com a produção de conhecimento, podendo experimentar os saberes menos como algo estanque que como planos que se conectam. Eis a experiência da transdisciplinaridade.

Apoiar é transdisciplinarizar

Uma das experiências de apoio institucional inscritas na etapa de convocatória realizada no processo de pesquisa tem como seu campo de trabalho-intervenção um hospital de infectologia e como sua região situacional o Nordeste do Brasil. Neste, a maior demanda de usuários, como comenta a direção geral, “é a DST/AIDS e a tuberculose”, tendo sofrido essa demanda um agravamento nos últimos dez anos ao ser sobreposta também à de dependência ao álcool e outras drogas. Se tal problemática se mostra crescente, trazendo ao hospital os desafios de acolher novas demandas junto àquelas mais conhecidas, esta parece ganhar maior visibilidade nessa instituição com a aposentadoria e dificuldades de nova contratação de profissional vinculado à área de Psiquiatria.

[...] com o afastamento dela [da psiquiatria] foi aumentando a demanda, aumentando a demanda, aumentando a demanda, chegando muita demanda aqui, para a direção. Pessoas sem saber como lidar com aquele usuário, principalmente usuário de *crack* (equipe que compõe a Direção geral).

Muitas questões comparecem como novas e desafiadoras para o trabalhador-cuidador: quem é este usuário que chega ao serviço? Como recebê-lo? Como tratá-lo? Como lidar com ele nas fases de fissura e abstinência em relação ao uso de psicoativos? Como cuidar do outro usuário que com este divide o espaço do hospital? Como não criminalizar o sujeito em dependência? Como ver nele o usuário que precisa do cuidado?

A equipe de Enfermagem é uma das que mais sofrem as mudanças, pois não mais conta com o suporte da Psiquiatria, que entendia ser aquela área a que mais teria condições de oferecer o cuidado a este usuário que se encontra em crise. Esta ausência temporária funciona como um analisador que força ver tal demanda e não exime do encontro com esta. Neste ponto, enuncia-se o quanto a sensação de não saber o que fazer para auxiliar este usuário produz entristecimento e sensação de frustração em relação ao trabalho. Isso concorre para processos de recusa e distanciamento nos trabalhadores em relação à prática do cuidado, que também fortalece a produção do medo nas equipes.

A partir do constante pedido, principalmente, das equipes que trabalham mais diretamente com esses usuários, uma experiência de apoio se engendra. Se de algum modo a demanda para este hospital era sentida com fragilização e vulnerabilidade de suas forças, de outro, aquela que a este era tão conhecida, a da infectologia, o era também para outras equipes, por exemplo as de Saúde Mental, que também acolhiam os mesmos usuários. Um projeto então se delineia, no sentido de acionar a rede mais ampla da saúde para a experiência de partilha de saberes e fazeres no que toca principalmente à dependência de álcool e outras drogas.

São convidados trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CapsAD), aqueles também vinculados à luta antimanicomial lotados no Hospital Psiquiátrico da cidade, além dos novos atores que têm nos últimos anos tornado possível a constituição do Consultório de/na Rua. Trata-se de abrir novas

composições com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),⁴ de modo a oferecer suporte a ações (trans)formativas nos processos de trabalho. Há também apoiadores externos vindos da Secretaria Municipal de Saúde, além daqueles internos, lotados no próprio hospital.

Uma das trabalhadoras, vinda do CAPS AD, conta que em um dos encontros, que se iniciaram mensalmente no hospital com os atores dessa rede, surgiu como proposta deste a construção de um protocolo de atendimento ao paciente que dá entrada no serviço.

Eu vi que um protocolo, eu não conseguia imaginar um protocolo de atendimento. Dizia para eles o quanto era subjetivo, o quanto a gente vai abordar cada um de uma forma. Então fazer pergunta número um, depois número dois, difícil para eu imaginar porque eu trabalho em Caps, projeto terapêutico singular, cada abordagem vai ser bem diferente uma da outra. [...] Tentei tirar um pouco desse foco. Calma, não é assim. Depois a gente pode fazer um seminário sobre isso, relembrar psicoativos, mas vamos manter o foco na atenção, na escuta qualificada, na clínica ampliada mesmo, vamos entender primeiro o sujeito” (psiquiatra que prefere ser apresentada como clínica geral).

O protocolo comparecia na demanda por sentir-se seguro, apoiado numa prescrição, principalmente, medicamentosa. Uma das primeiras coisas então que puderam ser discutidas e desconstruídas foi a ideia de um protocolo padrão. O que se deu, ainda que a própria médica dissesse que “tinha gente que saía um pouco revoltado da discussão, porque imaginava respostas prontas. Vamos relativizar e isso incomoda um monte de gente”, é essa experiência de relativizar, ou ainda, de afrouxar os nós apertados que separam e compartimentalizam as

⁴ Através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivos mais gerais: I) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II) promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Articula como pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde; Equipe de Consultório na Rua e Centros de Convivência (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades).

disciplinas e os saberes e que parece ter permitido um novo impulso às equipes de trabalho, bem como novos arranjos de cuidado.

Algumas enfermeiras fazem então um curto “estágio” no CAPS-ad e se surpreendem com o fato de os usuários lá não se mostrarem agressivos com os cuidadores, o que coloca em questão o pensamento essencialista que nos acomete em relação aos sujeitos, como se o modo como se mostram lhes fosse inerente e natural. Os espaços coletivos, como os grupos terapêuticos, também chamam atenção, nos quais é possível conhecer a família dos usuários, seus percursos de vida, provocando outras conexões com o próprio trabalho.

Há muitos e interessantes aspectos desta experiência. Porém, aqui recortamos um ponto que salta de modo importante: o fato de que a rede apoia. Faz isso desindividualizando os serviços, operando em meio a suas diferenças e particularidades a constituição de uma zona de indissociabilidade. Nesta o usuário, o caso atendido, é de responsabilidade de uma rede e não de um serviço apenas. O vazio de saber que num certo momento parece ter se aberto sem o profissional da psiquiatria, e não é que este não seja importante, abriu, no entanto, a oportunidade de gerar outras saídas que ao serem feitas na direção da religação a uma rede de cuidado permitiram, no princípio da integralidade, a circulação e troca de saberes, a composição de outros.

A rede transversaliza porque nos abre a um plano mais ampliado de comunicação e de composição, mas ao mesmo tempo transdisciplinariza, porque solicita a criação de zonas comuns. Porém, tal “comum” não é aquele do protocolo padrão que poderia ser usado por todos uniformizando a ação, mas aquele que diz do acesso a uma zona de confiança, de partilha, de interdependência, que faz com que o outro sinta que pode experimentar, que tem condições de exercer o cuidado a partir da singularidade de cada caso.

É interessante entender que, por exemplo, quando Maturana e Varela desenvolviam seus estudos sobre a problemática da vida como experiência reticular, seu trabalho parecia vazar à concentração a uma área de saber. A matéria com que lidavam não cabia apenas na Biologia, como campo de conhecimento, pois ainda que estivessem a estudar os seres vivos, lhes interessava a natureza autônoma de seu modo de organização, inseparável, portanto, dos estudos da Cibernética, o que os levava ao

problema da identidade que pode ser mantida durante a evolução que gera a diversidade, problema também da Filosofia e ainda da Psicologia. Esses autores precisam, por exigência da vida como sendo sua matéria de investigação, operar em um plano de transdisciplinaridade.

Ressalta-se, no entanto, que quando essa experiência transdisciplinar emerge naquelas de apoio institucional, não se está abolindo as disciplinas, os saberes e até mesmo as especificidades de ofício. Ao contrário, se está dando visibilidade a uma zona de indeterminação presente entre elas. Esta experiência, no Nordeste do Brasil, nos deixa entrever que os recortes dicotomizantes operados nos últimos séculos pelo paradigma das ciências não nos auxiliam no cuidado com essa matéria não delimitável que é o viver. Como apontam Passos e Benevides (2003, p. 84), “estamos começando a transitar por entre práticas cujas fronteiras apresentam porosidade maior, aberturas suscetíveis à ação de saberes variados que ao serem colocados fora de seus campos específicos são forçados a atravessar planos até então desconhecidos”.

A perspectiva transdisciplinar não buscaria, portanto, a estabilidade, mas interferência entre as disciplinas. Por isso não falamos de uma experiência inter ou multidisciplinar que continuaria a fixar territórios fechados de campos disciplinares, o que pode ser um obstáculo para a construção de novos arranjos institucionais em saúde, que se constituam em efeitos de polifonia (BARROS, 2008). Afirmamos, com Passos e Benevides (2000, p. 20), que “não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir, construir alianças”. Problematizar os limites de cada disciplina é argui-las em seus pontos de congelamento e universalidade, nomadizar as fronteiras, tornando-as planos instáveis. Princípio orientador para saída de um assujeitamento nos grupos, impeditivo de lançarem-se a novos desafios na relação com outros grupos e sujeitos.

Portanto, ao aquecermos redes nos processos de trabalho, torna-se importante um processo de sintonia entre os saberes que conjure tentativas de homogeneização e padronização de modos de trabalhar-ser-viver. Para isso, parece importante, conforme as experiências de apoio institucional dão prova, a acolhida de um tempo outro, que não este das urgências trefistas.

A construção e acesso a essa zona de indiscernibilidade entre saberes exige tempo de investimento e gestação, desdobrado em espaços de partilha e gestão compartilhada dos problemas e das saídas, em que um pode disponibilizar ao outro a entrada a um campo de experiências, como o Caps possibilita ao Hospital de Infectologia, por exemplo. O que é compartilhado e que produz a matéria da transdisciplinaridade não são os saberes bem constituídos sobre objetos do conhecimento especificamente, e sim um plano de experiências.

Neste plano, onde se aprende a pensar e fazer junto com os outros, os sujeitos podem ganhar novo surgimento, numa rede de relações que altera o rumo do isolamento e de um processo fragmentado, individualizado, marcado pela competição e pela quebra das alianças. O apoio institucional se mostra também aí pertinente na medida em que coaduna com a empreitada ético-política de se debruçar sobre o que surge como problema, acionar e inventar com os sujeitos outros modos de trabalhar e de produzir conhecimento-experiência. Há um esforço na direção de uma prática de transdisciplinaridade, que não estando definida *a priori*, exigirá um labor diário de todos os envolvidos.

Destacamos, ainda, que uma equipe que opera no exercício da transdisciplinaridade não se assemelha a uma reunião de indivíduos ou de categorias profissionais, mas exerce cada vez mais a força das redes, que se aquecem no dialogismo, como redes de conversação (MATURANA, 1998). É esse funcionar em rede que nos permite escapar ao que está cristalizado nos estabelecimentos, e que, muitas vezes, dificulta ou restringe os processos de criação. Assim, os grupos de trabalho expressam um coletivo-rede, o que permite ultrapassar a dimensão apenas prescritiva dos processos de trabalho para uma dimensão ampla do agir-criar.

Tais coletivos-rede não trabalham executando ordens ou obedecendo a prescrições de forma cega e, muito menos, a partir da simples escolha individual, uma vez que estamos sempre enredados nas normas que dizem de um patrimônio que os trabalhadores da saúde construíram, e continuam construindo, coletivamente ao longo da história. Logo, nunca estamos trabalhando sozinhos, mesmo quando isso nos parece óbvio. Nunca estamos totalmente esvaziados ou em total solidão, às vezes precisamos apenas construir estratégias para

acionar esse patrimônio. Cada trabalhador impregna o trabalho de marcas singulares – nas quais circulam afetos, desejos, cognições referendadas nas histórias individuais –, mas sempre tomamos como eixo valores que se constroem em coletivos.

Não se pode, portanto, compreender o “trabalho de equipe” sem procurar conhecer os coletivos-rede em funcionamento nas situações reais. A coatividade reúne os trabalhadores e a cooperação supõe que todos ajam em conjunto com um fim comum. Quem exerce e gere os processos de trabalho é esta rede, e a função apoio vislumbra fortalecê-la, contribuindo para seu aquecimento.

É com essa direção de análise que abordamos, aqui, a temática da transdisciplinaridade e a função apoio. O apoio se exprime como essa operação de contágio, da oportunização de espaços e atividades que alimentem o diálogo e a partilha. Isso significa tornarmos as fronteiras disciplinares instáveis, para que outros modos de trabalhar sejam possíveis. Esse modo de funcionamento rompe com as fronteiras rígidas que marcam, muitas vezes, uma maneira de agir em saúde. Aqui o que se privilegia é a relação entre os diferentes trabalhadores e os diferentes saberes, o que quer dizer privilegiar o fortalecimento de redes quentes.

Com isso, chegamos a outro ponto dessa discussão, da gestão compartilhada dos processos de trabalho, cuja incidência tem comparcido, de modo geral, nas experiências de apoio pesquisadas, exprimindo-se na saúde como modo de exercitar a ampliação dos graus de transversalidade. Assim a função-apoio se afirma, colocando em análise os processos de trabalho e a coletivização da gestão, pois a construção de políticas públicas implica um comprometimento com essa coletivização. Para tanto, é preciso afirmar a gestão como algo inerente à atividade, às práticas cotidianas no trabalho, sendo que atividade e a gestão da atividade não constituem instâncias separadas. A função apoio não desconsidera a dimensão dos processos de trabalho; coloca-os em análise e, dessa maneira, não se dissocia de uma perspectiva de intervenção, na medida em que fomenta e potencializa movimentos, desvios e rupturas, que sugerem transformar os modos de trabalhar e de ser no trabalho (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 603).

Ao afirmarmos a gestão como algo indissociado das práticas de trabalhadores, usuários e “gestores”, pretendemos nos distanciar do postulado de localização da gestão na figura do gestor, ou um postulado de propriedade que a centraliza nas funções administrativas (HECKERT; NEVES, 2010). A função-apoiador institucional consistiria em auxiliar na gestão e organização de processos de trabalho, transversalizando relações, indagando fronteiras disciplinares e profissionais, construindo espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção, assoprando, cuidando para que a erva não apague ou queime. Ou ainda, desviando o ar para que da estagnação possa reposicionar-se em sopro de vida.

A atuação dos apoiadores incide, portanto, no engajamento no trabalho, de forma a ampliar a capacidade de análise, ampliando o grau de transversalidade – ou seja, ampliando processos comunicacionais das forças presentes. Não se vislumbra nessas circunstâncias o reconhecimento do que verdadeiramente se passa nos mundos de trabalho em saúde, mas a possibilidade de habitar o plano de coemergência das formas (trabalhadores, serviços, etc.), abri-las a outras composições possíveis e intervir em coletivos e sujeitos que vão se forjando no processo. Trata-se, portanto, de uma tecnologia relacional transdisciplinar por excelência.

Referências

- BARROS, M.E.B. De amoladores de facas e cartógrafos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 279-296.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- CANDIOTTO, C. *Foucault e a crítica da verdade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
- DELEUZE, G. Prefácio. Três problemas de grupo. In: GUATTARI, F. (Org.). *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.
- ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do*

método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. Mesa redonda em 20 de maio de 1978. In: _____. *Ditos e escritos IV*. Estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. *Revolução molecular*: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

_____. Devir criança, malandro, bicha. In: _____. *Revolução molecular*: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981a.

_____. O feticismo. In: _____. *Revolução molecular*: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981b.

_____. *Psicanálise e transversalidade*: ensaios de análise institucional. São Paulo: Ideias & Letras, 2005.

HECKERT, A. C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 242p (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

KASTRUP, V. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. *Psicologia & Sociedade*, v. 16, n. 3, set/dez, p. 7-16, 2004.

LOURAU, R. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MAURANA, H. Ontologia do conversar. In: _____. (Org.). *Da biologia à psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 79-94.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento*: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Psy, 1995.

OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador*: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R.D.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, jan-abr, p. 71-79, 2000.

_____. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. (Orgs.). *Cartografias e devires*. A construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

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

Apoio institucional e processos de pesquisa: a pertinência de pensar o problema da formação

FABIO HEBERT DA SILVA
JANAÍNA MARIANO CÉSAR
TATIANA COELHO LOPES

Apresentação do problema

Na última década, o exercício da afirmação de uma política efetivamente pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou a problematização do tema da formação cada vez mais pertinente (BRASIL, 2004; 2009; 2010). Expressa o esforço desafiador no sentido de tornar vivos nas práticas cotidianas da experiência em saúde seus princípios ético-políticos: universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde.

Também é possível apontar tal preocupação na produção de pesquisas que têm se debruçado sobre os processos formativos investigando e problematizando sua direção na construção de cursos de formação de profissionais de saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006), o que implica colocar em questão as concepções e práticas de saúde que vigem nos cursos formativos. Trata-se de articular a formação e a qualificação dos trabalhadores da saúde à perspectiva da integralidade do cuidado, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários e do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2009). Aqui vale ressaltar que entendemos que essa articulação e reflexão sobre os processos formativos no âmbito deste texto não se limitam aos cursos oficiais, embora sejam estratégias de grande importância para efetivarmos um SUS indissociável de seus princípios.

No fortalecimento dos princípios e diretrizes da política pública de saúde, investiga-se também a presença de uma capacidade pedagógica na tessitura do SUS, que afirme esta rede como uma rede de ensino-aprendizagem (CECCIM, 2005; MERHY, 2005; DAVINI, 2009), como rede de efetuação de uma educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, há ainda a problematização da formação a partir da Política Nacional de Humanização, interessada em efetivar mudanças nos modelos de atenção e gestão, operados por gestores, trabalhadores e usuários, formulando estratégias formativas que possam consolidar tais transformações no exercício do trabalho (BARROS; MORI; BASTOS, 2006; GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009; HECKERT; NEVES, 2010).

Todas essas iniciativas de estudos e pesquisas se afinam na perspectiva de que a mudança das práticas de atenção e gestão do SUS e de seus modos de organização do trabalho passa também por pensar outra formação em/na saúde, que se desdobra como outros modos de relação com o trabalho e com aqueles com quem se partilha a prática do cuidado.

O plano das questões evidenciadas e que parecem compor os desafios que a saúde enfrenta é também a problematização tecida pela pesquisa “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, no encontro com experiências de apoio na diversidade das regiões brasileiras.

O apoio institucional em sua dimensão formativa

O apoio institucional na experiência da saúde pode ser pensado como metodologia de gestão (CAMPOS, 2013), mais especificamente da cogestão, que, inseparável da atenção, tem como direção a modificação dos sistemas e modelos hierarquizados. Traduz-se no desafio de um fazer “com os outros”, afirmando a partir da própria prática do apoio aquilo que com ela se objetiva: romper com a tradicional separação entre os que pensam e aqueles que executam, ativar nos processos de trabalho a capacidade de ação e análise dos trabalhadores em relação à atividade do cuidado, do fazer saúde.

Para Campos (2013), o apoiador trabalha nas equipes, auxiliando-as na construção e operação de espaços coletivos, onde o grupo exercita

a análise e intervenção sobre seus processos de trabalho. A direção de constituição da atividade do apoio reside na sustentação de uma atitude e aposta em relação aos outros com quem trabalha, de que são capazes de juntos deslocar-se de posições de heteronomia.

Existe uma discussão de gestão participativa, né? Uns mandam e outros obedecem, é uma cultura que já está arraigada, de longa data, então não há gestão participativa nenhuma. Há o interesse de se criar, que ainda vai levar um bom tempo pras pessoas amadurecerem e entenderem o que é uma gestão compartilhada. Mas eu vejo que o grupo em si é forte porque ele não desiste. Embora tenha resultado, é um trabalho de formiguinha. Uma coisinha aqui, outra ali, e às vezes as pessoas vão construindo e chega lá na frente vêm outras situações, a questão do planejamento e a falta de integração, acaba por desmanchar tudo aquilo que foi feito, aí recomeça, mas o grupo não parou (Apoiadora - Macrorregional Norte).

Contudo, esse exercício, como apontava a apoiadora, não é uma questão trivial no cotidiano dos trabalhadores que geralmente vivem cargos e hierarquias bem estabelecidas.

Bem articulado a um modo tradicionalmente verticalizado de gestão está o ritmo intenso demandado por um modo hegemônico de se pensar a organização dos processos de trabalho dentro do SUS. Quase sempre atrelado a certa agenda que prima por um produtivismo, o ritmo intenso termina por pautar tanto a gestão dos processos de trabalho quanto a atenção à saúde. Como se o trabalho ficasse enormemente condicionado pelo “apagar fogo”, e nesses casos fica muito visível a diminuição dos graus de análise e autonomia das equipes. Mesmo o apoiador, quando apanhado nos processos que compartimentalizam o trabalho, ratificando menos a experiência de interdependência entre todos, base para a produção da saúde, que processos de hierarquização e desqualificação de fazeres e saberes, acaba por se encontrar com certa confusão em relação ao próprio fazer apoio, como a separação entre ser apoiador institucional ou apoiador temático. Como se em um caso ou no outro se tratasse da implantação de diretrizes e protocolos indissociados das estratégias de garantia do direito à saúde ou da ampliação da democracia institucional.

Esse plano de problemas, sentir se pode interferir ou não efetivamente nas questões cotidianas dos serviços e mesmo no ritmo intenso de trabalho, muitas vezes associado a agendas predefinidas, aponta para o que está no cerne das experiências de apoio, em suas capturas e fugas, um modelo de gestão hierarquizado tradicionalmente atualizado no campo da saúde, que toca não apenas ao trabalhador, de modo geral, mas também ao trabalhador-apoiador.

Não à toa, isso implica o trabalho do próprio apoio como exercício de outros modos de gestão e organização do trabalho, numa direção fundamentalmente participativa. A direção ética inerente à constituição de uma prática de apoio pode provocar os modos de se trabalhar e de se ver como trabalhador, inclusive em relação ao próprio apoiador, que antes que posto, pronto e formado, no início do processo, também nele surge de outro modo. Encontra-se então diante não de uma tarefa a ser executada ou um lugar bem localizado a ser mantido, mas com a lida com processos de trabalho que, nessa especificidade, instaura uma função paradoxal, vivida pelos sujeitos-apoiadores e pelos trabalhadores com os quais encontramos no compartilhamento das experiências.

Ao se buscar o apoio, não o encontramos onde se poderia supô-lo, localizado numa pessoa ou na ação de um sujeito. O fazer apoio vivido como um exercício, diante das forças hegemônicas que mobilizam também o trabalho, coloca-se como operador de passagens, de processos de desestabilização e mudança. E pede, então, que o encontremos em seus efeitos, no mover do coletivo, no fortalecimento do exercício de autonomia dos grupos, na capacidade de lançar um olhar renovado sobre a experiência do trabalho em saúde.

Nunes (2011, p. 31), a partir de Campos, aponta que o processo de autenticação da experiência de apoio inscreve-se na possibilidade de uma relação recíproca com algum grau de democratização institucional, ou seja, “arranjos de participação efetiva e de deliberação conjunta entre os sujeitos”. Estes seriam modos de acompanhar as ações do apoio: a partir dos efeitos de fortalecimento dos sujeitos e dos coletivos.

Ainda assim, os trabalhadores se perguntam como fazer isso num contexto de adversidades? Na pesquisa, tornou-se relativamente

comum ouvir nos coletivos que ser apoiador exigiria certo sacrifício individual e mesmo alguma vocação. Não raro, percebeu-se também que tal sacrifício se mostra totalmente ineficaz e ineficiente e provoca adoecimento nesses trabalhadores. O esforço e ação puramente individuais podem gerar efeitos de sobreimplicação,¹ que efetivamente não alteram processos de trabalhar-viver. Como então pensar a ampliação de democracia institucional, o aumento dos graus de transversalidade e da produção de grupalidade, a ampliação da clínica, diante de sujeitos enormemente solitários e distantes da própria dimensão pública do SUS?

Os desafios encontrados, no âmbito do apoio, parecem apontar muitas vezes para o que ficou evidente na sistematização das experiências: imersos no contemporâneo em processos de controle e modos individualizados, que atravessam a experiência do trabalhar, do pensar e do cuidar, vemos proliferar formas de desqualificação, desvinculação e produção de indivíduos e coletivos amedrontados e fragilizados (TEIXEIRA, 2004). Coletivos privados de sua potência de ação.

[...] porque a gente tem participante do grupo que tem dia que fala “não hoje eu só quero desabafar”, “carregar minhas energias”, e às vezes isso é importante para o trabalhador. Às vezes ele não tem espaço pra fazer isso e nas nossas rodas a gente tem momentos de discussão de processos de trabalho (Apoiadora - Macrorregional Norte).

Parece ser em relação a um esforço de modificação no pensamento e nas práticas que se evidenciam para a pesquisa inúmeras experiências

¹ O conceito de sobreimplicação tem referência na Análise Institucional Socioanalítica, corrente desenvolvida na França durante as décadas de 1960/70. Faz relação com pelo menos outros dois conceitos: o de instituição e implicação. Instituição pode ser entendida como práticas sociais históricas produzidas, não se referindo, portanto, a um local ou estabelecimento, mas a lógicas de pensamento e ação. Podemos também pensar o apoio como uma instituição produzida historicamente. A partir dessa corrente de pensamento como direção ética, entende-se como sendo fundamental realizar a análise de implicações, análise do modo como as instituições operam em nós, nos constituindo. Trata-se do exercício de pôr em questão nossas pertenças. A sobreimplicação apontaria, portanto, a impossibilidade e/ou dificuldade em fazer a análise de implicações, porque sobreimplicado naturalizam-se as instituições. Naturaliza-se, por vezes, inclusive, o apoio, o que obstrui movimentos de liberdade na construção e reinvenção dessas práticas.

de apoio articuladas a ações formativas: produção de cursos, de oficinas, de rodas de conversa, encontros de fortalecimento das redes de trabalho. Dispositivos que se agenciam à preocupação de que a direção do fortalecimento do SUS e de seus princípios, principalmente no que toca construir outros modos de relação com o cuidado, solicita processos de mudança nos modos como surgimos como sujeitos na experiência da saúde, inclusive, na apropriação dos processos inventivos que já se fazem cotidianamente. O debate sobre a formação afirma a indissociabilidade entre formação e intervenção, entre formar-se e modificar-se, transformar-se. O apoio, por isso, pensado em sua dimensão formativa, se expressa em questões articuladas aos problemas vividos, na produção de relações de confiança, na habilidade sempre coletiva de acompanhar movimentos e processos nos territórios vivos.

Ao mesmo tempo, podemos pensar que se esta é a direção do trabalho, haveria em toda e qualquer prática de apoio, ainda que não vinculadas a uma estratégia formativa *stricto sensu*, uma dimensão formativa implicada, como plano de suas operações e investimentos. “O apoio não nos ensina nada como imposição de fora, mas nos ajuda a nos apropriarmos de nossas habilidades e potências” (Apoiadora – Região Sul).

Em algumas das experiências pesquisadas, os processos formativos articulados ao apoio institucional estão mais próximos da estrutura e funcionamento de cursos; outros, da montagem de dispositivos de intervenção em meio ao cotidiano dos serviços; outros, mais focados na construção de espaços colegiados, que articulam atores e instituições, conselhos, movimentos sociais, universidade, secretarias estaduais e municipais; e ainda, voltados à discussão do apoio integrado² ou

² “O Apoio Integrado é uma estratégia de cooperação interfederativa para a qualificação da Atenção e da Gestão do SUS. O objetivo maior do trabalho é o cumprimento do Planejamento do Ministério, que visa à implementação das 14 diretrizes do Plano Nacional de Saúde e do Decreto nº 7508, de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa. O Apoio Integrado também pretende integrar as ações do MS, visando a uma mudança cultural na organização do órgão rumo ao conceito de Ministério Único da Saúde, porém sempre preservando as especificidades de cada secretaria”. Disponível em : <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=558:apoio-integrado-oficina-reune-apoiadores-dos-territorios-e-gestores-do-ms&catid=3:noticias&Itemid=12>.

apoio relacionado à implementação de redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde. De modo geral, nos exercícios do apoio se visibiliza uma preocupação: não tornar o apoio institucional, por um lado, um movimento “espontaneísta”, que independe de ações planejadas por outro; e de outro, um simples “cumpra-se a normativa”. No cotidiano, é possível observar no apoio como um espaço do pensar-agir corresponsabilizado,

O que parece indicar a importância para renovar o exercício coletivo no fazer saúde, de uma formação situada que toca não somente aos trabalhadores, mas estende-se à formação de estudantes, estagiários, alunos de iniciação científica, residentes, que estão em vias de também assim se tornarem.

Desafios como matéria-prima para o apoio e para os processos de formação: narrativa de um encontro-convite...

Nós a encontramos, a enfermeira, no Hospital Psiquiátrico da cidade, no Nordeste do país. Ela chegara pontualmente às 14 horas, horário que tínhamos marcado uma conversa. No dia em que nos conhecemos, estava de plantão em seu hospital de trabalho, o de Infectologia. Naquele dia, rapidamente se apresentou, disse que não poderia falar muito conosco naquela hora, mas que poderíamos marcar outro dia. Logo encaminhou que estaria disponível em sua folga, pois no horário de trabalho seria muito apertado.

Como morava próximo ao Hospital Psiquiátrico, aonde já iríamos no dia marcado, ficamos de nos encontrar por lá. Chegáramos quase juntos e logo recebemos o convite das trabalhadoras daquele hospital para conhecermos a ala hoje destinada ao tratamento e desintoxicação de usuários que fazem uso de álcool e outras drogas. Esse também era um ponto de nossa conversa: essa demanda crescente de cuidado advinda dos efeitos do uso de drogas em nossos dias. Como o convite era muito interessante, fomos todos caminhando para dentro do estabelecimento. Uma visita que se estendeu para todas as alas.

Cinquenta anos de hospital psiquiátrico e seus processos de desinstitucionalização, suas lutas, pareciam impregnar aquelas paredes, as pessoas e os trabalhadores, que a elas nos apresentavam. A

enfermeira-trabalhadora ia junto: vez em quando dizia um interessado “ié?”, em relação a alguma explicação que nos era dada, em meio à longa caminhada pelo gigante hospital.

Cansados, depois de uma visita-caminhada que durara quase duas horas, nem as frondosas árvores próximas ao hospital pareciam convidativas. Talvez, por isso, o parque ao lado tenha nos parecido convidativo. Lugar mais tranquilo, arejado, de vento e verde. Claro que nós todos estávamos interessados em ar, coisa que nos faltou por vezes vendo a violência na produção da história de uma saúde mental, ainda que muitos acontecimentos já tenham ali produzido outra direção.

Dali ao parque, a trabalhadora que conosco caminhava animadamente nos levou a entrar na história do serviço de saúde onde é trabalhadora do cuidado há cerca de 20 anos. Também o hospital onde trabalha era um sanatório inicialmente. Ela lembra:

Eu vim trabalhar em uma época, num hospital, que não tinha os antirretrovirais na terapia, não existia, era tudo muito precário. Não tinha medicamentos específicos para as infecções oportunistas mais sérias, não tinha o suficiente pra população que já aparecia naquela época. Um caos. O primeiro mês eu quase fui embora. [...] Ninguém queria que eu fosse, ninguém queria trabalhar com Aids e até hoje ninguém quer. Aí eu fui trabalhar com Aids e muita coisa foi acontecendo, muito óbito e já existiam usuários de drogas.

Contava e, ao mesmo tempo, chamava nossa atenção para grupos de crianças em alguns cantos do parque, seus pais ali tirando fotos, entremeando a história de seu trabalho com contos sobre o próprio parque onde estávamos. Apresentava-nos as árvores nativas, ao mesmo tempo, em que dizia das mudanças vividas no hospital.

A certa altura ela nos sugeriu um lugar para sentarmos, próximo a algumas árvores. Nós todos bem cansados de muito tempo ficar de pé, também estávamos procurando algum assento. O assunto então se adensou cada vez mais em torno das relações de trabalho-vida. Assim ela conta:

Tinha muita gente com transtorno mental, que confundia se era do transtorno, da complicação das drogas, mas não se falava tanto em uso de drogas quanto já existe nos últimos dez anos pra cá. Foi por

isso que eu comecei a brigar [...]. Depois de muitos anos trabalhando já com isto a gente foi começando a ver: o comportamento dos doentes era altamente insuportável prá quem trabalhava com ele, por que eles vinham com abstinência, na fase de fissura [...]. Atritos grandes foram acontecendo.

Ali vai se constituindo um hospital de recentes novas demandas. Uma equipe que entende que seu paciente é o tuberculoso, o soropositivo, mas que agora ele chega com “uma outra parte”, ele vem também com transtorno mental e uso de drogas.

[...] Já existia abuso de drogas, mas não era tão agravante quanto está sendo hoje. Tudo foi aumentando... E os pacientes foram se agravando, se agravando e a clientela foi piorando, ao ponto de perturbar quem administra os medicamentos, quem tá lá com eles vendo as alterações, que é a enfermagem. [...] Hoje eu vejo como doença, mas todo mundo tem raiva do paciente usuário de drogas, vamos prá direção, vamos pedir a polícia aqui perto da gente...

É aí que ela também nos conta que começaram a fazer documentos à direção, a pedir ajuda para lidar com os pacientes. E ia à reunião de Colegiado ampliado no hospital para pedir providências... *“E muita coisa foi sendo feita”*.

Todo o dia fazia umas ocorrências desse tamanho. A gente tem que fazer alguma coisa, a gente não pode ficar com uma clientela dessa aqui, esse povo um dia vai agredir a gente, vai ferir a gente e quem vai responder...? E perturbava de um lado, todo o dia. Minhas colegas passando pela mesma coisa. Até que se tomou a iniciativa... de formar essas oficinas.

É quando as oficinas modulam a conversa. Construídas a partir das demandas da equipe de enfermagem, foram se montando mensalmente há mais de um ano como modo de discutirem e pensarem sobre a demanda de álcool e outras drogas que chegava ao serviço. Os convidados para a produção desses encontros são aqueles que já trabalham com esses usuários na rede de atenção psicossocial, trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool

e Drogas (CAPS-ad³), do Consultório de Rua,⁴ aqueles vinculados à luta antimanicomial, inclusive advindos do hospital psiquiátrico. A rede toma o hospital. O hospital se desdobra na rede. A enfermeira-trabalhadora diz que não conhecia todo aquele povo, não sabia que tinha tanta coisa sendo feita em outros lugares.

Depois que o Dr... passou numa grande oficina. Aí eu fiquei: isso é doença feia mesmo, aí a gente vai mudando a mente. Eu comecei a entendê-los mais, de não ficar, como é que eu posso dizer..., muitas vezes é impossível a gente não julgar, não condenar, mas eu já entendo mais, eu já vejo diferente... Ele pode ser o bandido lá fora, prá gente ele é paciente.

Ela também conta que houve um estágio lá no CAPS-ad, onde com outras colegas- trabalhadoras passaram um tempo vendo e participando do trabalho que lá acontece. Diz que não sente como se tivesse feito um estágio, acredita que foi mais algo como umas visitas que fez e que ajudou a ver outros jeitos de trabalhar.

A partir daí, a conversa continuou ainda um tempo, havia muito para compartilhar da vida e do trabalho. Ainda que estivéssemos ali

³ O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Seu público específico são os adultos, mas também podem atender a crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). [...] O CAPS apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento. Os projetos desses serviços muitas vezes ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possam garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, dentre outros. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>>.

⁴ No ano de 2013, quando a pesquisa se encontra com as experiências de apoio institucional, o consultório de rua estava em processo de transição para “na” rua. Transição já constituída. Vinculada inicialmente à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça, a mudança de nome indica também a de vinculação agora ao Ministério da Saúde. A mudança talvez possibilite indicações sobre a problemática do cuidado com a população de rua e que também se colocava no hospital, na experiência em jogo. Questão de justiça? Questão de saúde? “O Consultório na Rua é uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php>.

no parque dos namorados, não havia romantismos ou ingenuidade. A trabalhadora da saúde sabe que o hospital necessita de continuar em processos de mudança, que há coisas a cuidar, que ainda necessitam de fortalecer a equipe e que há muito das condições de trabalho que precisam ser repensadas. Nessa experiência de pesquisar juntos se abriam os fios da caminhada de uma vida em suas lutas, mudanças, dificuldades, em seus desafios. E nós ali sentíamos estar acompanhando as linhas de um percurso formativo.

Nos territórios visitados, questiona-se o quanto os processos de formação estão articulados aos desafios que se colocam para a saúde hoje, tendo em vista muitas vezes serem “ofertados” aos trabalhadores como uma mercadoria, apresentados como um problema abstrato, apartado de questões concretas. É exatamente na contramão desse modo de perspectivar a formação que se situa o encontro com o trabalho do apoio nas cenas compartilhadas.

É ainda no sentido de afirmar a possibilidade de outras práticas formativas imiscuídas na vida do trabalho que se afirmam, de modo geral, os debates e trabalhos de pesquisa comentados anteriormente e que problematizam a formação em saúde na crítica à insuficiência de uma formação separada dos processos do cotidiano da atividade. O que não é o mesmo que dizer de uma formação apenas situada no espaço-tempo do serviço, mas da formação que se alimenta e colhe seus sentidos e propósitos do próprio trabalhar.

Crítica-se, portanto, a perspectiva de uma formação-consumo (HECKERT; NEVES, 2010), que, fundada na importação de *kits* ou pacote de técnicas, intentam gerar novas habilidades, apartadas muitas vezes das necessidades dos serviços. Estas ganham enormemente a forma de estratégias pedagógicas capacitadoras, ofertando uma transferência de informações, de modo que os sujeitos considerados “descapitados” possam adquirir as capacidades desejadas; ou, ainda, a forma da reciclagem, de modo a sanar déficits de informações e mesmo remodelar, “concertar” os sujeitos e suas práticas (PASCHE; PASSOS, 2010).

Tais estratégias formativas apontam, no entanto, para uma tradição fundada num paradigma de transmissão escolar⁵ (DAVINI, 2009) ou da educação bancária, como já apontava Paulo Freire (1981), atrelado frequentemente à transmissão de um conjunto de conhecimentos tomados como verdadeiros, de modo que os sujeitos em seu acesso possam ser por eles iluminados, seja para aumento da capacidade de saber e/ou para realizar as funções de trabalho de modo mais eficaz.

No que tange à concepção de aprendizagem, esta se coloca como ação que se dá entre sujeito e objeto, dados de modo *a priori*, que acaba por reificar aquelas noções que postulam, de um lado, emissores, e de outro, receptores (ainda que estejam tomados como sujeitos ativos do processo de conhecimento)” (HECKERT; NEVES, 2010, p. 25). Além disso, traduz-se como desenvolvimento de capacidade de resolução de problemas, como também afirma Kastrup (1999). Não é que tal capacidade não seja importante à vida, mas é ação muito limitada, pois resolver problemas colocados por um mundo já dado não implica alterar e reinventar este mundo, ao ponto que, em outra perspectiva de aprendizagem, trata-se mais de desaprender e equivocar a naturalidade do mundo e de seus dilemas, formulando outros problemas que nos permitam reposicionar a nós mesmos e ao mundo que estamos construindo.

Enunciar um problema desse modo é desnaturalizar o “mundo”. Essa ênfase constitui que cada problema pede uma solução sempre situada, cada território exige de si mesmo uma complexidade de ações sempre singulares. De outro modo, pode-se afirmar que essa solução sempre situada seria em última instância, “reproblematização”, problematização contínua. Não se trata de inventar uma solução de uma vez por todas, nem de substituição de uma alternativa por outra. Dizemos com Foucault (2014) que a potência de um problema está em não se deixar fechar sobre si.

⁵ Afirmamos, no entanto, que tal paradigma compõe a hegemonia de uma lógica que atravessa o espaço escolar. No entanto, a escola é experiência mais ampla, acolhendo inúmeros outros processos, que apontam para experiências formativas resistentes e afeitas a outras relações entre alunos e professores, entre estes e comunidade na produção do conhecimento.

Penso que o trabalho que se deve fazer é um trabalho de problematização e de perpétua reproblemática. O que bloqueia o pensamento é admitir implícita ou explicitamente uma forma de problematização e buscar uma solução que possa substituir-se àquela que se aceita (FOUCAULT, 2014, p. 217).

A formação como aplicação sistematizada de conteúdos estanques (MATURANA, 2008), reforça o tratamento de questões relativas ao cotidiano laboral, de forma independente e solitária, fora do âmbito de uma análise coletiva dos processos de trabalho, o que dificulta que a saúde se desenrole da teia de seus desafios.

O outro ponto pertinente diz respeito aos efeitos dos métodos que utilizamos para levar a cabo os projetos de formação. Este se torna um ponto importante, na medida em que os trabalhadores apontam um aparente fosso entre um “saber acadêmico” e outro produzido na própria experiência de trabalho em saúde. Tratar-se-ia, portanto, menos de lançar mão de uma nova proposta pedagógica ou algum programa inovador. A problemática da formação ganha maior relevo quando percebemos que se trata de pensar o modo como, ao longo dos séculos na história do pensamento ocidental, certo modo de relação com o conhecer, com a questão da verdade, tornou-se impositivo, desqualificando outros (FOUCAULT, 1984).

O que se impôs ao longo dos séculos foi uma relação com a verdade em que esta é reconhecida como estando já dada, disponível neste mundo e somente à espera de descoberta.⁶ Assim, na busca por conhecer, por “formar”, aspiram-se respostas e soluções que parecem prontas, aguardando por nós em algum momento do ato de conhecer, o que torna dispensável e até sem sentido produzir outro tempo dedicado a trabalhar as questões cotidianas, não para respondê-las, mas para abri-las e debatê-las, quase que desmontando seu aspecto inexorável. Aspecto que se faz como desafio no trabalho do apoio,

⁶ Este modo de relação entre sujeito e verdade teria tomado a forma e se imposto como norma do conhecimento, afirmada pela prática científica e pelo discurso filosófico (FOUCAULT, 2006a), produzindo então a direção da construção de disciplinas de conhecimento, como a medicina, a psiquiatria, a psicologia, a pedagogia, etc. Não sem lutas e resistências, pois é no plano da verdade que também se instalam e frutificam as tensões e confrontos.

pois parece não haver tempo para refletir individual e coletivamente sobre os efeitos dos processos de trabalho. Assim, o debruçar-se sobre nós em nossos fazeres é obliterado tanto pelos processos de heteronomia que nos atravessam, quanto pelas agendas sobrecarregadas de determinações e prazos.

Como aponta a apoiadora:

[...] acho que constantemente a gente tem que ter reuniões pra retomar o que a gente está fazendo aqui, o que é o nosso trabalho, o que é o meu papel ali como trabalhadora da secretaria, isso pra mim está muito em voga, eu pensar pra mim, mas eu também ter esse incomodo, essa manifestação para os meus colegas, acho que eles compartilham disso de alguma maneira. E aí pra gente não ser atropelado pelas demandas burocráticas, pontuais, aquelas que precisam também existir, em termos de metas, de poder justificar recursos, precisam existir, são importantes, mas não podem atrapalhar a outra lógica que é do apoio, mexe com tudo isso, ela vai sensibilizar todo o resto, e talvez a gente só consiga fazer essas perguntas a partir dessa provocação do lugar do apoio, do apoiador (Apoiadora - Macrorregião Norte).

A atividade de trabalho em saúde, a fim de construir-se de forma não automatizada e mesmo não responsiva a todas as demandas que lhe são colocadas, parece não poder prescindir da aliança com processos formativos de reposicionamento em relação a si e ao outro, como comenta a apoiadora “pra retomar o que a gente está fazendo aqui, o que é o nosso trabalho”. Isso sob pena de limitar esse trabalho a implantação de “supostos dispositivos” ou a obediência quase cega aos protocolos e normativas.

A gravidade, portanto, de certa relação hegemônica com a experiência formativa, com o conhecer, distante da concretude de nosso viver está no fato de acreditarmos que “verdadeiramente” somos capazes de encontrar saídas para nossos problemas, sem que nosso ser seja posto à prova (FOUCAULT, 2006b), sem que se peça de nós mesmos uma “transformação estudiosa” (FOUCAULT, 2010b, p. 248), um trabalho ético, de modificação para construirmos novos caminhos – como demandaria o trabalho do apoio, a partir de certas perspectivas conceituais e metodológicas.

Como consequência, formar-se, em nosso tempo, relaciona-se mais à obtenção de certos conhecimentos verdadeiros e aplicáveis, que não necessariamente nos auxiliam a viver, que a experiência de um processo, em que se há o encontro e partilha de conhecimentos produzidos meio ao mundo, esta não é sua finalidade última. O que está em jogo é que a relação com o conhecer traduz-se como modos de ser, de existir, inseparáveis de modos de fazer (MATURANA, VARELA, 1995).

Como então temos surgido como sujeitos nos processos formativos nos quais nos envolvemos? Guattari (2004), analisando a direção hegemônica que se impõe na atualidade na produção de subjetividade, aponta:

O resultado desse trabalho é a produção de um indivíduo que seja o mais mal preparado possível para enfrentar as provas decisivas de sua vida. É completamente desprovido de condições e ele vai enfrentar a realidade, sozinho, sem recurso, paralisado por toda a moral e todo o ideal estúpidos com que o impregnaram e de que é incapaz de se livrar. Esse indivíduo foi, de alguma maneira, fragilizado, vulnerabilizado, estando pronto a aderir a todas as abjeções institucionais que foram estabelecidas para acolhê-lo [...] (GUATTARI, 2004, p. 361).

O que está em jogo, portanto, é uma formação, que não faça apoiadores simplesmente mais doutos, tampouco os trabalhadores imersos nas experiências do apoio, mas que auxilie na lida com o viver, com a construção de um SUS como política pública. Que nos possibilite algum exercício em nosso pensar-agir, a fim de enfrentar os acontecimentos de nossas vidas. É nisto que podemos nos tornar mais competentes. Trata-se do cultivo de uma competência ética.

As questões que Guattari, juntamente com Foucault (2006b), nos força a pensar são também aquelas que nesta última década parecem ter se tornado urgentes no campo da saúde: como enfrentar nossos desafios? Como afirmar outros processos em Saúde? Como fortalecer o cuidado como experiência relacional, plano em que nos fazemos junto com os outros? Em tempos de sequestro do coletivo (TEIXEIRA, 2004), como fazer das práticas em saúde exercício de alteridade?

Trata-se, portanto, do desafio de construir outras condições de possibilidade em que os sujeitos possam tomar posse de seus processos de constituição, neles produzir intervenção, de modo a modificar-se. O que se forma, nesse ponto, é um esforço ético de produção de si e do mundo em outras direções. A formação afirma-se nesta outra via de relação com o conhecimento como processo interventivo, aberto, cujo material de trabalho é a obra que estamos fazendo de nós mesmos na fabricação de um *ethos* (CÉSAR, 2013).

A ética é sempre impessoal, é sempre prática (entendendo uma acepção mais ampla possível para o termo), jamais se localiza em um sujeito... Uma abordagem embasada na noção de um sujeito sólido e essencial talvez argumentasse: “Como avaliar então, o sujeito?”... Quando avaliamos o sujeito, só podemos fazê-lo a partir da delimitação de uma identidade. Há uma grande diferença no modo de colocar o problema: avaliamos não os sujeitos, como portadores de uma essência ética, mas as práticas e seus efeitos... E um aspecto fundamental dessa escolha é dar visibilidade ao caráter processual e relacional da atividade de trabalho [...] (SILVA, 2011, p. 109).

Formar-se apoiador, nos territórios visitados, em parte implica produzir outras subjetividades, experiências mais alargadas e menos verticalizadas dos processos de trabalho em saúde. Como se produz isso? O modo como os apoiadores têm lidado de fato com todas as dificuldades da inclusão dos diferentes sujeitos e dos coletivos, apesar de todo um conjunto de práticas que negam de forma enfática os princípios do SUS, apresentam-se como pistas interessantes.

A problemática da formação se expressa diretamente relacionada ao trabalho cotidiano, no que toca ao apoiador, ao trabalhador ou a um estudante quando conclui a graduação e se coloca no trabalho no SUS. Vê-se, a partir da pesquisa, que há uma aposta nas práticas de apoio sustentada não em modelos pedagógicos ideais de cursos descontextualizados, mas na efetivação de um processo que se dá na complexidade das prescrições, das reapropriações e das invenções cotidianas. Uma história que ganha corpo nas estratégias compartilhadas pelos humanos. Localizar os processos de formação nesse plano é afirmar uma formação em situação de trabalho, bem

como um modo de pensar a pesquisa em saúde e uma formação acadêmica bem articulada com questões que ultrapassam os muros da universidade.

Apoio, processos de formação e produção de redes- Narrativa de uma roda

Estávamos nos encaminhando para uma roda de discussão na universidade e a apoiadora fazia as últimas ligações para confirmar a presença dos convidados. Apresentamo-nos uns aos outros. A diversidade de atores chama a atenção – são estudantes, professores, trabalhadores do município e do estado, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Movimento dos Pequenos Agricultores, conselheiros de saúde. A roda começa a girar timidamente, e com habilidade a apoiadora convoca, após as apresentações: “Vamos falar então da nossa relação com o apoio ou o que o apoio tem a ver com nossas vidas”.

Nós entendemos que a participação das pessoas na construção de todas as políticas públicas e nas suas concepções é importante porque existem as diferenças regionais e microrregionais. Não dá para se construir uma política em Brasília que seja igual em todo o país, tem diferença de cultura, clima, alimentação, então esses coletivos, esses grupos, essas rodas de conversa, esse apoio, quando ele vem na perspectiva de que tem que construir coletivamente uma proposta de acordo com as suas realidades, sempre na concretude dá certo. Porque não é uma coisa imposta. E nós dos movimentos sociais, do MST, que participamos desses espaços, nós também levamos esse conhecimento para dentro dos nossos movimentos. E nos ajuda a transitar em todas as áreas, da saúde, da educação, habitação (Representante de movimento social - Macrorregional Sul).

Rapidamente as implicações começam a ganhar visibilidade – o coronelismo tradicional na região, que “forçou” os trabalhadores a se organizarem, os movimentos sociais que “puxaram” a universidade e a discussão pela saúde pública. Nesse ponto entra o apoio como atividade meio, que expressa o conjunto e complexidade desse plano de lutas e, principalmente, esse plano constituindo-se como um potente processo de formação. “Quando falamos da construção de um hospital, não estamos falando da construção de um equipamento,

mas da construção de um projeto de saúde para o nosso território” (Representante de movimento social).

A roda se aquece com o debate sobre uma militância da população e dos movimentos que buscam um modo de fazer política que recusa práticas de dominação e violência.

Quando a gente vai discutir o território, a gente tem que discutir o modo de vida das pessoas que habitam aquele território. Não dá para discutir separado as coisas, se vai discutir saúde tem que discutir modelo de produção, tem que discutir ecologia, tem que discutir a cultura daquele território (Representante de movimento social - Macrorregional Sul).

Os alunos que participam da roda expressam os desafios de fazer apoio como produção de encontro, principalmente na articulação entre academia, trabalhadores, gestores. E se por um lado relatam a importância de participar do cotidiano dos serviços, por outro os trabalhadores dos serviços apontam a importância dessa presença dos estudantes a produzir estranhamentos nas práticas muitas vezes naturalizadas pelo hábito dentro das unidades. “Para a gente é um dos momentos mais importantes participar do cotidiano dos serviços. Não estamos só aprendendo uma profissão, estamos ajudando a construir o SUS, estamos nos formando cidadãos” (Estudante que participa do VER-SUS⁷ - Macrorregional Sul).

O apoio, na perspectiva dessa roda, vislumbra a integralidade, não se trabalha com linhas de cuidado. Isso não expressa um modelo melhor ou pior, apenas modos singulares de lidar com o “problema” da produção de saúde naquele território. O apoio tem se feito integrando na prática diferentes áreas temáticas, ainda que naquela região as discussões e proposições temáticas do Ministério da Saúde não tenham ainda abrangência prática suficiente.

Aquelas pessoas diziam que discutir um projeto de saúde implica discutir modos de produção, exige pensar território como território

⁷ “O VER-SUS/BRASIL faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do SUS em todo o território nacional” Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf>.

existencial e produção de saúde como produção de território. O ponto interessante é a afirmação de que alguns anos atrás não seria possível pensar essa qualidade de discussão. Em certo sentido, a formação que temos apontado se dá nessa transformação. E o que se evidencia é uma dimensão formativa no apoio que se expressa nessa capacidade do próprio coletivo de dar visibilidade para si como produto-efeito dessa transformação. Experiências singulares, mas sujeitos capazes de afirmar para si: “Fazíamos de um jeito e agora fazemos de outro”; “eu já entendo mais, eu já vejo diferente”. Algo não muito bem localizável se passou. Algo que se configura como desafio da construção do próprio SUS, como matéria-prima do trabalho do apoio. Desafios que “forçaram” trabalhadores das mais diferentes regiões do Brasil a criar estratégias de enfrentamento. Algo se passou e pactuou-se, e pactua-se ainda hoje: lidar com isso que se passa, juntos!

Quando estamos aqui, na roda, é de verdade que podemos saber e fazer bastante coisa! E que o encontro com o outro que sabe outras coisas é de uma potencia. Não convidamos uma pessoa para a roda porque ela é do MST ou de outro movimento. A gente convida porque eles sabem das questões do território e sobre isso se dá aula. As pessoas sabem e quando isso se conecta é uma outra coisa (Apoiadora –Macrorregional Sul).

A conversa entra no tema da construção do hospital público regional. “A quantas anda a construção do hospital?” – pergunta o pesquisador. “Na verdade, não há ainda um tijolo na obra! Mas faz seis anos que estamos construindo o hospital”. Aquela conversa não se fazia como reivindicação de um hospital para a região, mas, como as demais questões, como um projeto de saúde – um hospital que seja ao mesmo tempo, referência para algumas necessidades de atenção à saúde e dispositivo de produção de rede.

Esse equipamento do hospital regional vem com essa característica, vem para cumprir essa função de articular, de ser o articulador, de ser apoiador e ser apoiado também em relação aos demais equipamentos de saúde da região. Mas, muito mais criar uma concepção, criar um projeto de saúde para a região (Representante de movimento social - Macrorregional Sul).

Os espaços para construir o projeto do hospital, a instituição de momentos de negociação, a preocupação com a inclusão dos diferentes sujeitos e setores e dos conflitos que surgem ao longo do processo expressam, nessa experiência singular, dimensões formativas que constituem a prática do apoio na região. Vale ressaltar, ainda, a importância da abertura da universidade, através da participação e viabilização da proposta de apoio, para compor uma agenda focada em torno das questões concretas do SUS. Uma dimensão formativa do apoio que se articula de modo bem estreito com o que temos tratado até aqui – caminhos para uma formação em situação de trabalho.

Acho que é um momento importante que passa a região e muito provocado pelos trabalhadores da universidade, não é tanto pela universidade, porque a universidade ainda está moldada para ser o transmissor de conhecimento e não o construtor de conhecimento. Nós temos trabalhadores na universidade, os educadores que tem essa concepção de construir o conhecimento e isso tem nos ajudado, ajudado a população desse território, tenho sentido que mudou muito na região a forma de construir o conhecimento. Isso é importante (Representante de movimento social – Macrorregional Sul).

Análises e caminhos de uma formação em situação de trabalho

Ao pensarmos, portanto, uma relação possível entre a pertinência dessa dimensão situada dos processos de formação e os percursos formativos compartilhados durante o encontro da pesquisa com as experiências de apoio institucional, emerge um universo de singularidades e modos de se compor e inventar um SUS, expressão de seus princípios. Por isso, quando pensamos no percurso formativo que salta das conversas com a trabalhadora-enfermeira de um hospital, destaca-se que não se trata de algo individualizado, pertencendo “à” enfermeira, que com os pesquisadores se encontrava, mas de “uma”⁸ enfermeira que ao contar um percurso acaba por abrir aquele também

⁸ Dizemos uma enfermeira a fim de equivocar a identidade que residiria em dizer “a” enfermeira, que aponta para o entendimento de um sujeito separado do plano de relações que lhe é constituinte, e que conta sobre algo que lhe é pessoal. Queremos afirmar, portanto, a dimensão impessoal e coletiva, dimensão de imanência do viver, presente nos seres e que nos torna interdependentes uns dos outros.

da Saúde e nesta de uma prática de apoio institucional. Ou quando convocamos a roda de conversa sobre o apoio para nos ajudar a pensar uma dimensão formativa que se expressa na produção de rede ou na invenção de um hospital-dispositivo, também não se trata de algo que pertence a um movimento social ou categoria de trabalhadores. Quem são os apoiadores neste caso?

Conversando com os trabalhadores envolvidos nas experiências, cada um nomeia o outro e o outro, apontando, que se há sujeitos-apoiadores estes encontram sua potência no apoio feito na e pela rede.

E aqui, com que se lida ao fazer apoio? Com as questões contemporâneas que têm constituído nosso mundo. A toxicomania, a fragilidade dos vínculos afetivos, a violência, os processos de exclusão, a miséria que varre o hospital, a unidade de saúde, os pronto-atendimentos, um modo de se pensar o território, o enfrentamento a uma lógica de saúde privada, os efeitos e modos de se articular com a terra... Fazendo ver aqueles processos também presentes na feitura dos próprios serviços de saúde, pois não são exatamente externos a estes, mas também os constituem, ainda que façamos, por vezes, tais divisões, fora-dentro, interno-externo, individual-social. O que se passa num hospital, com a crescente “nova” demanda de cuidado e a dificuldade de acolhê-la num primeiro momento aponta também para o modo como efetivamos tais exclusões e violências e/ou como as equivocamos. Aponta como se vivencia a relação entre garantia do direito à saúde e apoio institucional.

É também importante visibilizar que o apoiador encontra nesse momento histórico condições de compartilhar tais questões com os outros trabalhadores, gestores, outros usuários. Naquela experiência no Nordeste do país está em curso, por exemplo, já há alguns anos, o exercício de uma cogestão em sua democratização das relações, marcado também pela experiência de apoio.

Esta parte da gestão participativa foi um programa que começou, eu sou muito sincera, não participava disso não, eu achava isto uma besteira, um saco, perder tempo com essas coisas. Tem as vantagens, vocês devem ter conversado a respeito desses colegiados. Através da gestão participativa foi que se organizou esses grupos de colegiado, dos setores, colegiados ampliados. São os momentos que a gente

encontra de tentar resolver os problemas com a gente mesmo, as melhores maneiras que os problemas oferecem. Várias situações. Situações de assistência e administrativos também. Foi uma mudança, mas eu não participava disso não. Quando eu comecei a ver... Ah! tem um negócio que o pessoal faz uso. Eu vou lá, eu vou lá porque vou reclamar. Mas, de uma certa forma a gente vai conseguindo encaixar a nossa necessidade com o sistema, que é a mudança desta gestão participativa (Trabalhadora da saúde - Região Nordeste).

Há então espaços de fala e discussão em exercício. O exercício afirma menos a consolidação idealizadora de tais espaços coletivos e mais um modo de avaliar os efeitos dos processos de trabalho. Avaliação que não se traduz por imposição externa e abstraída das questões concretas do território, pois convocar especialistas e novos conhecimentos para gerar capacidade, muitas vezes, escamoteia o que se passa, em vez de intervir na vida dos serviços. Não sem dificuldades, em todos os casos que trouxemos, com muitos avanços e recuos, como tudo que se aliança com a produção de uma política pública, estes exercícios avaliativo-formativos em relação aos processos de vida nos serviços têm se feito possíveis.

Entram em cena as oficinas, as rodas, a proximidade e a produção de uma relação de confiança com o coletivo que se apoia. Há uma construção gradual a partir da abertura das inquietações e das necessidades⁹ presentes nos dispositivos constituídos.

Nas primeiras cenas, em meio à agitação de um hospital, estudos, debates e trocas entremeiam-se. Há aquele dia memorável em que

⁹ Teixeira (2004), ao problematizar as redes de conversação na experiência da saúde, dialogando com a experiência do acolhimento como uma técnica de conversa, aponta que o acolhimento se orienta pela busca de maior conhecimento das necessidades que o usuário se faz portador e os modos de satisfazê-las. Tratar-se-ia, porém, não somente de responder a necessidades, como se realmente estivessem já dadas. Nossas necessidades nem sempre se nos apresentam de modo transparente e definido. Também no caso do apoio, como apontamos, as necessidades que se enunciam algumas vezes podem não ser exatamente as que realmente estão em jogo. Como, por exemplo, nesta experiência de apoio em que a equipe de enfermagem inicialmente desejava a resolução do problema, que houvesse suporte da psiquiatria para medicações e a lida com os usuários em questão e na falta deste profissional que houvesse um protocolo padrão que os trabalhadores pudessem realizar. Portanto, neste caso, não se tratava de responder à necessidade evidenciada, mas de abri-la e mesmo reinventá-la junto com estes.

muitos contam que durante uma oficina uma enfermeira acorre para pedir ajuda em seu plantão. Não se sabia o que fazer com o usuário “magrinho, jovem de 25 anos no máximo”, “desorientado”, que se debatia e dizia que ia quebrar tudo dentro do posto de enfermagem. O apoiador presente naquele encontro vai até o usuário com outros trabalhadores, “foi, sentou com o cara, emagrecido, alcoólatra, usuário de *crack*, estava na rua e a família não sabia nem que ele estava internado”. Memória expressiva do agir inventivo diante da ausência de normas e protocolos, que parece ter sutilmente equivocado rigidezes dos procedimentos de cuidado.

Na segunda cena, da roda-rede de trabalhadores, há uma atenção para o tamanho do desafio de se constituir um SUS bem articulado e interessante para todos, e também uma habilidade de em meio à análise de que ainda há muito a ser feito, não perder de vista tudo o que já foi feito.

Tem mudado muito nos últimos anos. Tem acelerado o acesso. Nós tivemos períodos aqui, [...] que muitos agricultores tinham que vender suas vacas de leite para levar alguém da família para o hospital, para o médico. Até a última vaca que possuíam e hoje não tem mais isso. Ninguém precisa se desfazer de nada, tem o acesso, até nos pequenos municípios. [...] (Representante de movimento social – Região Sul).

É interessante perceber que estas cenas-experiência apontam para um deslocamento em relação a um modo de relação individualizante e fragmentador. Talvez por isso as ações do apoio se expressavam para nós, pesquisadores, como produção de uma memória coletiva, como experiência que reduz o distanciamento sustentado numa produção fantasiosa. No plano da experiência do viver, quando a ela nos conectamos, sentimo-nos mais fortes, mais potentes para viver o que nos acontece e agir diante disso.

A formação está no encontro, na partilha, na integralidade da ação de cuidado. Apontamos, neste texto, essa dimensão formativa fortalecida nos modos do apoio. Em última instância, essa dimensão percorre e ancora toda a nossa vida. Com ela nunca estamos desacompanhados. Há um plano coletivo de forças permanentemente

em devir, que alimenta formas de vida e trabalho. É também o que podemos pensar como a dimensão viva do cotidiano nos serviços. Podemos chamar tal dimensão de uma formação-força (HECKERT, NEVES, 2010), ignorada muitas vezes nas ações e estratégias formativas oficiais, como antes já trazíamos.

Isso não diminui a importância e mesmo a necessidade dos cursos, capacitações e modos como a formação na educação mais tradicional se realiza. Ao contrário, convoca-nos a também pensar como reencantar sempre a formação oficial de modo a que se aliance com a vida.

Quando pensamos essa dimensão formativa nas experiências visitadas como o “motor” do apoio, trazemos aquilo que se produziu como visibilidade para nós pesquisadores, operada nos encontros com os trabalhadores, o que intenta contribuir para a problematização de realidades institucionais, para a constituição junto com as equipes de saúde de mudanças nas percepções e modos de acolher os conflitos, além da ampliação de processos de grupalidade, “alterando atitudes e produzindo as condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde” (PASCHÉ; PASSOS, 2010, p. 12). Diante da direção ética que move o trabalho do apoio, podemos pensar que a dimensão formativa de produção de sujeitos é seu plano de trabalho por excelência.

Considerações desses percursos

Pensar o problema da formação na pesquisa é lidar com uma dimensão ética, ali mesmo, onde nos constituímos como sujeitos. Por isso, referimo-nos a sujeitos em contínua produção de si e não a sujeitos prontos e classificados desde sempre em categorias estanques. E se não falamos de um mundo dado, falamos então de um coengendramento. Dos sujeitos se constituindo na relação com o mundo, consigo mesmo e com os outros. Como efeito, temos sujeito e mundo nascendo como um problema contínuo, sujeito e mundo em formação. Tentamos trazer o problema de uma dimensão formativa do apoio, atravessado pelas questões concretas e pelos modos como se surge como sujeito-apoiador, como trabalhador, e como se produz uma paisagem de experiência singular dos princípios éticos do SUS.

Temos como aposta compartilhada que cuidar dessas questões concretas é produzir saúde e experimentar um trabalho como uma estreita rede de interdependência. Questões concretas que precisam estar próximas de um conjunto de diretrizes éticas, que dizem inclusive, de garantia do direito à saúde, num contexto marcado pela tensão entre políticas de um Estado “mercadológico” e políticas que se pretendem públicas.

A experiência de “fazer pesquisa” também se amplia para nós – na medida exata em que participar do cotidiano institucional nos conduz e nos coloca a todo instante diante das questões sobre como temos gerido e gestado os processos de trabalho na pesquisa e não como transformamos o outro em um “objeto” de pesquisa.

Tal preocupação, em nosso entendimento, implica o que temos apontado como a pertinência do problema da formação na relação com a saúde, o cultivo de uma atitude ética. Este problema se relaciona tanto com os modos de realizar uma atividade de apoio, de trabalho de modo mais amplo, como de pesquisa, bem como da condução compartilhada dessas práticas, afirmando, por exemplo, a especificidade de cada experiência e ao mesmo tempo, evitando a armadilha de estabelecer um plano comparativo entre o apoio em cada território, no lugar de se efetivar um plano analítico.

Este texto, portanto, ensejava compartilhar o esforço que se evidencia nas experiências de apoio na saúde, que tomam a formação como processo de intervenção, no sentido de gerar um renovo do presente, perspectivando transformações de sujeitos e seus mundos compartilhados de cuidado-trabalho-vida-saúde.

Referências

BARROS, M.E.B.; MORI, M.E.; BASTOS, S.S. O desafio da política nacional de humanização nos processos de trabalho: o instrumento Programa de Formação em Saúde e Trabalho. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2006, p.31-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CÉSAR, J.M. *O que se passa nos processos formativos? O labor de um êthos na produção de si*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação, Vitória, 2013.

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2006a.

_____. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

_____. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: _____. *Ditos e escritos IV. Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010d.

_____. O cuidado com a verdade. In: _____. *Ética, sexualidade, política. Ditos & Escritos*, v. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b.

_____. Sobre a Genealogia da Ética: um resumo do trabalho em curso. In: _____. *Ditos e escritos*, v. IX. Genealogia da ética, subjetividade e sexualidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. Uma estética da existência. In: _____. *Ética, sexualidade, política. Ditos & Escritos*, v. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010c.

GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

_____. Somos todos grupúsculos. In: _____. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

GUEDES, C.R.; PITOMBO, L.B.; BARROS, M.E.B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1.087-1.109, 2009.

- HECKERT, A.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 242p (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS, v. 1).
- KASTRUP, V. *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Campinas: Papirus, 1999.
- MATURANA, H. *Formação humana e capacitação*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Psy, 1995.
- MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.
- NUNES, G.O. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.
- PASCHE, D.; PASSOS, E. Cadernos temáticos PNH: formação em humanização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 242p (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS, v. 1).
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- SILVA, F.H. *Atividade docente: implicações ético-formativas*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação, Vitória, 2011.
- TEIXEIRA, R.R. *As redes de trabalho afetivo e contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público*. In: Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality. Latin America Center for Iberian and Latin American Studies University of California, San Diego, 2004. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>

O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio

JANAÍNA MARIANO CÉSAR

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

RAFAEL SILVEIRA GOMES

RAPHAELLA FAGUNDES DAROS

A cena acontece durante a mesa de abertura de um Fórum da Rede de Saúde Mental em um município no Sudeste do país. Os convidados para o debate são dois profissionais com atuação considerada bem-sucedida em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); uma médica da Saúde da Família que trabalha em interseção com a Saúde Mental; e um defensor público que recebe as ações judiciais para as internações, voluntárias e compulsórias. O debate prossegue promissor em meio a tantas possibilidades de trocas de experiências. A rede da Saúde Mental se aquece no encontro com outras redes. E eis que a presença do defensor público dá visibilidade a outras demandas presentes em meio aos trabalhadores reunidos. Muitas perguntas ao final das exposições orais se direcionam então para a questão da internação compulsória.¹ As questões, no entanto, não problematizam tal prática, mas, ao contrário, buscam os caminhos necessários para sua concretização. É quando a organizadora da mesa, trabalhadora de uma Regional Estadual de Saúde, questiona: “A gente aqui está

¹ A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que uma pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. Não conta, portanto, com a autorização familiar tampouco a do sujeito em questão para internação. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

pensando no fim, será que não poderíamos pensar em tudo que dá para construir junto antes de precisar da internação?”.

Ao contar a cena, a trabalhadora prossegue afirmando: “*Então, acho que é isso.*” Esse *isso*, difícil de definir, refere-se ao modo como entende a realização do Apoio Institucional, propondo uma inversão dos modos hegemônicos de intervenção, marcados não apenas por uma gestão verticalizada dos processos de trabalho em saúde, mas que priorizam determinados produtos e/ou resultados em detrimento de seus processos de constituição. Eco de diretrizes ético-políticas afirmadas e compartilhadas por muitos daqueles que apostam no exercício de um modo de fazer apoio como estratégia de enfrentamento de um modelo autoritário de gerir o trabalho em saúde. Modo de fazer apoio como estratégia para afirmar o trabalho em sua potência de singularização na medida em que permite aos sujeitos a criação de diferentes modos de trabalhar, fazendo questão ao já dado, seja em normativas técnicas quanto na constituição subjetiva acerca do que é trabalhar ou ser trabalhador.

No outro extremo do país, em um município situado justamente na Região Norte, trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF) rural afirmam: “*O apoio é um norte*”. Excelente metáfora a trazer a dimensão do que seria, para estes, uma função que se caracteriza por ser norteadora, ou seja, aquilo que nos aponta o caminho, que nos direciona quando estamos desorientados em nossos espaços de atuação, aquele ponto para onde olhamos em busca de nos resituarmos. Enfim, aquilo que nos apazigua por um momento, dando-nos a sensação de que caminhamos na direção desejada.

Em outra USF, no mesmo município, a produção de sentidos sobre o apoio continua: “*O apoio é um cutucador!*”. A palavra que aqui adjetiva a função apoio enuncia sua polissemia. Cutucar a dor, produzindo incômodo onde antes talvez houvesse anestesia. Chamar alguém lhe tocando o corpo, fazendo despertar a atenção antes dispersa. Remexer coisas e sentidos. Para esses trabalhadores, o apoio-cutucador parecia dizer tudo isso ao mesmo tempo: aquilo que incomoda, mas desperta, impulsionando a saída da inércia e a busca de outros movimentos, texturas e sentidos. Essa conotação não coincide exatamente com a tranquilidade dada por um norte,

mas para o movimento e o sentido de alerta oferecidos por um toque. Uma torção.

Tais metáforas, além de nos darem pistas sobre como os próprios trabalhadores sentem o apoio institucional, nos dão a dimensão do desafio de colocá-lo em funcionamento. Atividade tão potente e ao mesmo tempo impalpável e imprevisível. O que é fazer apoio institucional? Uma rápida revisão da literatura reforça sua pertinência e complexidade. O apoio institucional tem a tríplice função de “ativar coletivos, conectar redes, e incluir conflitos”, ampliando a capacidade destes coletivos de analisarem seus processos de trabalho (OLIVEIRA, 2012; SANTOS-FILHO, BARROS; GOMES, 2009; BARROS; GUEDES; ROZA, 2011), considerando as relações de saber, poder e a circulação de afetos (CAMPOS, 2000), para produzirem transformações nos modos de ser, gerir e cuidar (PASCHE; PASSOS, 2010).

Visibilizado como dispositivo, método, tecnologia de gestão capaz de contribuir para a produção de sujeitos autônomos, para a ampliação do coeficiente de corresponsabilidade e para a construção de relações mais democráticas, tem sido creditada ao apoio institucional, por sua potência disruptiva, a possibilidade de acionar movimentos de transformação das práticas de cuidado e dos modelos de gestão e atenção em saúde (PASCHE; PASSOS, 2010; BARROS; GUEDES; ROZA, 2011; PEREIRA JUNIOR, 2013). Com isso, experiências de apoio no âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais vêm se ampliando e se difundindo por diversas áreas, como estratégia para a implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de garantia do direito à saúde.

Tendo como base importante a Política Nacional de Humanização² (PNH) até 2010, tanto no que se refere à produção de textos e documentos oficiais, quanto à contratação e formação de apoiadores institucionais, temos a partir de 2011, com a retomada da discussão

² Em 2003, a temática do Apoio (Matricial, Integrado e Institucional) começou a integrar a pauta do Ministério da Saúde, especificamente na Política Nacional de Humanização (PNH) e no Departamento de Apoio à Descentralização, ambos vinculados à Secretaria Executiva na época. No entanto, a partir de 2005, a discussão do apoio institucional fica restrita, quase que exclusivamente, à PNH (PEREIRA JUNIOR, 2013).

sobre o Apoio Integrado como estratégia do Ministério da Saúde para fomentar a cooperação a estados e municípios, a difusão da noção de apoio institucional para outros setores. Os documentos “Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS” e “Política Nacional de Atenção Básica”, editados em 2012, destacam a função estratégica do apoio institucional para transformação do modelo assistencial vigente (PEREIRA JUNIOR, 2013).

É neste contexto de ampliação, difusão e indução das práticas de apoio institucional pelo Ministério da Saúde que surge a demanda para realização da presente pesquisa. Partindo de pressupostos que afirmam a singularidade, imprevisibilidade e processualidade das práticas de apoio institucional e pautados em uma postura ético-política de abertura e afirmação da experiência do outro, realizamos visitas a 12 experiências selecionadas na etapa inicial de convocatória da pesquisa. Propusemo-nos a conhecer diferentes modos como o exercício do apoio institucional tem se atualizado nos territórios e serviços. Esses encontros, marcados pela curiosidade exploratória, possibilitaram a emergência de muitas questões, tanto no que se refere à produção de outros modos de trabalhar e cuidar, quanto no que diz respeito aos desafios encontrados no exercício da função apoio.

Mostrou-nos que, mesmo diante de certa clareza de seus princípios e diretrizes, o apoio caracteriza-se pela complexidade de uma atividade que se efetiva em ato, no exercício ensaiado nos encontros, situados em cenários e contextos muito singulares. Apoio como atividade situada, reforçando que fazer apoio não é algo uníssono. Em meio à singularidade das experiências, os encontros possibilitaram a visibilidade de muitas torções, tanto no que se refere à produção de outros modos de trabalhar-cuidar, quanto no que diz respeito aos desafios enfrentados na transformação dos processos de trabalho, da produção de coletivos, da ativação de redes (CAMPOS, 2013).

Por essa via, a realização desta pesquisa mostrou-se potente no exercício coletivo de se pensar as práticas que vêm sendo atualizadas pela via do apoio, resultando em ensaios junto com os trabalhadores-apoiadores de definições e reelaborações, que encontram em comum a afirmação de que o apoio acontece a partir do território em que se efetiva, com os sujeitos que habitam e conformam as diferentes

instituições. A partir desses encontros, emerge uma questão que buscaremos abordar neste capítulo.

Entender o apoio institucional como atividade de trabalho é o desafio que se nos apresenta, na medida em que essa função se caracteriza primordialmente pela imaterialidade de sua prática, pela amplitude de suas prescrições e pela impermanência das balizas de sua atuação. Com o que lida? Como experimenta este trabalho? Que relações com ele constrói? Como performatiza essa função? Como sustenta um olhar mais amplo, de análise, quando é essa sua matéria de trabalho? A que exercícios se dispõe? O que é para um apoiador ser apoiador? E junto a isso, em meio a qual contexto – condições e organização do trabalho, formação, modelos de gestão predominantes, apoio ou não do gestor, adesão/resistência da equipe etc. – e este apoiador busca exercer essa função apoio?

Este texto não pretende, no entanto, responder a tais questões, mas de fato colocá-las, pois que parecem se vincular ao próprio fazer apoio como exercício renovado de uma análise sobre este, a fim de sustentar vigor em suas práticas.

Apoio como atividade de trabalho: cartografando normas e valores

Após a etapa de seleção das experiências de apoio, iniciamos a fase de contato com as instituições que iam ser visitadas pelos pesquisadores. Já no primeiro contato com umas das experiências, fomos informados da preocupação da diretora do serviço com a mudança completa do cenário apresentado na descrição inicial: saída de um dos apoiadores, licença de outra, aposentadorias de alguns trabalhadores, mudanças que provocaram a suspensão temporária do projeto.

Naquela ocasião, reconhecemos e agradecemos o cuidado com a pesquisa e a preocupação de nos avisarem, mas reafirmamos nossa pretensão de ir conhecê-los, de ver como estava se dando o apoio nesse novo cenário. Quais elementos haviam sido transformados? Como estavam lidando com a mudança? Assim que chegamos e foi-nos contextualizada a experiência, a referência constante à história e às perdas decorrentes da saída de alguns atores começou a nos sinalizar que, mesmo diante da continuidade do processo, havia uma fixação na experiência de apoio anterior, relatada e selecionada na pesquisa,

sempre referida como muito bem-sucedida, e que dificultava a abertura às possibilidades latentes. Era preciso atualizar a experiência de apoio, ressaltar sua processualidade.

[...] ajudar a compreender que a desestabilização faz parte dos processos de trabalho e que o caminho é a mobilização para provocar outras e novas desestabilizações [...] compreender que, ao contrário de se conceber idealmente os processos de trabalho como “equilíbrios esperados”, é preciso analisar e gerir os desequilíbrios (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 610).

Analisar o Apoio Institucional como atividade de trabalho nos impõe uma aproximação da experiência, das possibilidades e constrangimentos que a constituem, uma vez que entendemos que só é possível analisar o trabalho considerando o modo singular como o trabalhador atualiza a atividade em uma experiência. E por quê? Porque o trabalho só se efetiva por meio da experiência do labor, que se realiza como um processo contínuo de aprendizagem. Trata-se de uma experiência singularizadora do trabalho, que como nos indicou Clot (2006, p. 12), “não é uma atividade entre outras. Ele exerce na vida pessoal uma função psicológica específica que se deve definir. E isto precisamente em razão de ser ele uma *atividade dirigida*”. Daí ser preciso tomá-la como uma história sempre incompleta, inesperada, numa visada processual, dirigida a outrem, considerando-se seu desenvolvimento e seus impedimentos. Atividade, então, associada a uma dimensão inventiva do vivente humano que problematiza formas constituídas nos ambientes laborais.

Se assim é, entender as relações entre os trabalhadores e a organização do trabalho, como se dá a gestão dos processos de trabalho, como os sujeitos se inserem e se relacionam e quais as condições para o exercício de suas funções, constitui prioridade no projeto de pensar o apoio como atividade. Toda atividade humana é marcada pela atualização incessante do “como fazer” que nunca se reduz a prescrições ou antecipações de qualquer ordem. O exercício do trabalho em ato não conhece regularidades ou predeterminações, a atividade é efeito, sempre, de encontros conflituosos “entre uma intenção inscrita em uma história e um projeto, de demandas e

limitações às vezes exógenas (que provêm de um entorno material ou relacional mais ou menos estável) e endógenas (que provêm de um estado funcional instantâneo não estável)” (TEIGER, 1998, p. 149).

Há um grau de indeterminação que marca toda situação de trabalho, um modo singular de fazer, efeito da confrontação entre o proposto “que se deve fazer” e o que é passível de se fazer em dada situação, entre a antecipação e a confrontação com a realidade. A experiência de trabalho, assim, não pode ser resumida à execução de prescrição ou das normas antecedentes.³ Ela se caracteriza por um nível de arbitragens e ajustes, por uma multiplicidade de deliberações locais definidas pelos trabalhadores no curso da ação, para que a tarefa se efetive diante das variabilidades cotidianas.

O exercício de toda atividade se dá no encontro entre a história dos dispositivos técnicos e tecnológicos, a história de vida do sujeito que a realiza, os modo de atuar, pessoais e coletivos, a combinação particular de sujeitos singulares, num dado meio, em condições determinadas (SCHWARTZ, 2000). Para destacar a complexidade do trabalho em saúde e ressaltar sua dimensão singular de “encontro”, Mehry (2002) propôs o conceito de “espaço intercessor”. Espaço-tempo de encontro em que todos estão munidos por suas crenças, valores e concepções constituídas nos processos sociais e históricos. Complexidade que precisa ser gerida para que o trabalho aconteça e se atualize.

A atividade em geral e o trabalho em saúde, em especial, são marcados pela tentativa, nem sempre eficaz de atualizar o meio de trabalho em função do que se é e de como se deseja que fosse (SCHWARTZ, 2007). A atividade se dá em meio ao debate entre normas e valores antecedentes e o imperativo à sua ressingularização, a processos parciais de renormatização (SCHWARTZ, 2002), a partir desta relação entre a antecipação e a confrontação com a realidade, da negociação entre o plano desenhado e a atividade. Deste modo, tão

³ Telles & Alvarez (2004) e Brito (2006) consideram que a noção de normas antecedentes amplia a noção de trabalho prescrito ao abarcar, além da dimensão prescritiva abstrata, baseada em preceitos técnicos, científicos e organizacionais, uma dimensão histórica marcada pelos saberes-fazeres, pelas experiências dos trabalhadores, a um patrimônio coletivo que se transforma no encontro com a situação real de trabalho, e uma dimensão político-jurídica que se refere a valores.

importante quanto conhecer as diferentes realidades e os diferentes sujeitos que exercem a função apoio é entender quais normas e valores comparecem nos debates da atividade, quais prescrições e tentativas de antecipação que buscam definir e subsidiar o trabalho estão disponibilizadas. Essas são importantes estratégias para nos aproximarmos da atividade dos apoiadores institucionais.

Das normas, valores e prescrições: entre a amplitude dos fins e a fragilidade dos meios

A produção acerca do apoio institucional é recente, e ainda que tenha tido aumento considerável nos últimos anos, mantém-se restrita. Os primeiros documentos no âmbito do Ministério da Saúde que apontaram a noção de apoio são de 2004 e circunscreviam as noções de apoio matricial e apoio integrado. Uma definição de apoio institucional foi apresentada na terceira edição do Documento Base da PNH, em 2006 (PEREIRA JUNIOR, 2013). De lá para cá, ela tem sido ampliada e difundida em outros documentos e textos ministeriais.

Na sua edição de 2008 (BRASIL, 2008, p. 52), o mesmo documento detalha o entendimento da PNH sobre o Apoio Institucional como uma “função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”, cujos objetivos são “fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações” (p. 52). Tem como objeto os processos de trabalho dos coletivos organizados para a produção de saúde, e como diretrizes a ampliação da democracia institucional e a produção de sujeitos mais autônomos. Dentre suas funções destacam:

[...] 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (BRASIL, 2008, p. 53).

O documento “Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS”, de 2012, propõe o Apoio Institucional como modo de se relacionar do Ministério da Saúde com os outros entes federados, que supere a normatização excessiva e a indução financeira, um reposicionamento “subjeto, técnico, pedagógico, ético e político de acordo com os objetivos estratégicos da gestão federal [...] e as demandas e/ou necessidades dos estados e municípios” (BRASIL, 2012, p. 9). Ainda que destaque, com pouquíssimas alterações, as mesmas funções apresentadas no documento da PNH, acrescenta uma série de atribuições no apoio aos estados e municípios (BRASIL, 2012, p. 9). Dentre elas, contribuir:

- no planejamento em Saúde, no âmbito estadual e municipal;
- no planejamento regional integrado, no âmbito de cada região de saúde;
- na elaboração do desenho da rede de atenção à saúde em cada território;
- na implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas estabelecidas nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde e de acordo com a RENASES⁴ e RENAME;⁵
- na implementação de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), expressão dos compromissos de cada ente federado para com o sistema de saúde;
- e nos processos decorrentes destas ações, tais como regulação, monitoramento e avaliação, gestão do trabalho e educação na saúde, vigilância em saúde, dentre outros.

Tais documentos, ainda que avancem bastante na definição das diretrizes, objetivos e funções do Apoio Institucional, detalhando o que deve ser feito, oferecem pouco subsídios aos apoiadores com relação a normas-prescrições que possam contribuir no desenvolvimento dessa atividade. Corrobora a afirmação de Brito et al. (2011), que é frequente na área da saúde o paradoxo entre a inflação e a ausência de normas, em que os trabalhadores são, a um só tempo, exigidos a

⁴ Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

⁵ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

alcançar metas amplas e difíceis, mas com meios frágeis para alcançá-las. A fragilidade de normas reforça os desafios intrínsecos à própria atividade de apoio, abrindo o espaço, entre outros elementos, para o sobretrabalho e seus efeitos de sobreimplicação.

Sobre a fragilidade dos meios: a atualização das práticas de apoio entre as nuances do sobretrabalho e da sobreimplicação

A construção do apoio institucional é operação de décadas recentes na história de nosso país, estando em pleno processo de debate e renormatização, o que o faz aberto em suas experimentações e produção de caminhos. Quando por isso dizemos do aspecto paradoxal que também alcança as práticas de apoio entre a inflação e o vazio de normas, não consideramos tal ponto expressão de demérito, mas tensão importante que salta nos encontros de pesquisa com trabalhadores da saúde, dentre estes também apoiadores. Se de modo geral os discursos afinavam-se ao tom de valorização das experiências de apoio concretizadas e a reafirmação da relevância de suas práticas para a transformação dos modelos de gestão e cuidado, de outro, não se subsumem os desafios, dúvidas, adesões e desistências e até mesmo “sacrifícios” que parecem acompanhar práticas de apoio em suas realidades cotidianas.

Na tensão que ora observamos entre o que é fazer apoio e o que o apoio está também sempre em vias de tornar-se, expressão da variação e abertura que essas práticas comportam ao tomar como matéria de trabalho a atividade cotidiana do fazer saúde em sua complexidade constitutiva, uma problemática ganha forma. O apoio vivido e reivindicado como relação empregatícia, vinculada a um cargo de apoiador e/ou articulador, com respaldo de portarias e nomeações a partir destas, pressupondo suas atribuições, garantindo a possibilidade de sua continuidade e o apoio experimentado e afirmado como uma função, que antes que de saída dirigido à especificidade de certas tarefas e relações, formula-se como um operar desidentificado com um lugar, pois que se imiscui fluindo como atividade que atravessa e compõem-se nas e com as outras atividades que permeiam o trabalhar.

Portanto, em meio à diversidade das experiências e dos relatos, encontramos aqueles para quem o apoio era, ou ao menos deveria

ser, a atribuição de um cargo específico. Atravessados por demandas técnicas articuladas às necessidades dos territórios, os trabalhadores-apoiadores, mas não apenas, gestores e outros trabalhadores acabam por “colar” o apoio à figura do apoiador, visto então como uma espécie de supervisor ou consultor responsável por uma atividade de suporte. Apoio preferencialmente realizado a partir de um “olhar externo” sobre as práticas, atendendo a uma necessidade técnica para a implementação de dispositivos e/ou redes temáticas na saúde, de modo prescritivo e normativo.

[...] Se você for avaliar em relação à questão da rede, esses apoiadores, pra nós, eles são importantes, porque a estrutura estadual, ela não consegue. Nós não conseguimos pela nossa agenda de trabalho, a gente não consegue estar no tempo que se faz necessário nesses estabelecimentos, que são constituídos pontos de atenção dessa rede. Nós precisamos de que alguém esteja lá conduzindo o trabalho programado e que ele tenha uma busca de resultados, através de um termo de adesão e de um termo de compromisso, com métodos fixados, e eles ficam nesse trabalho do dia-a-dia (Trabalhadora-apoiadora na Saúde - Região Nordeste).

Ao cargo-emprego como modo de definição do que seria a atividade-apoio, junta-se o trabalho programado, a busca por resultados, o empenho de compromissos, os métodos fixados, que são modos também pensados para entrada do apoiador na pertinência de realizar a saúde, de operá-la, de fazê-la no real do cotidiano.

De outro modo, esta perspectiva convive com outra, por vezes afirmada nos encontros da pesquisa com os serviços, como viés que ao primeiro se opõe, apontando a atividade de apoio como função inerente a um modo de conduzir o processo de trabalho no coletivo, exercendo-a como um método singular na execução de suas tarefas cotidianas junto com os outros. Os trabalhadores vinculados ao apoio veem-se e veem tal atividade como intercessora em um fluxo coletivo de análise dos processos de trabalho e reorganização dos serviços.

[...] o Apoiador é apoiador sempre. Eu vou ter quantas horas extras, quando vou ser liberado para ser apoiador? Não é isso! Apoiador é apoiador dentro do seu processo de trabalho. Acho que é isso: a postura, o conhecimento. Acho que tem que conhecer a questão da

política, como se relaciona com o outro. [...] O papel do Apoiador não é fazer pelo outro, mas fazer o outro analisar, pensar (Gestora-apoiadora da saúde - Região Nordeste).

As questões apontadas pela trabalhadora deixam entrever uma resposta à queixa da sobrecarga de trabalho e da falta de tempo para realizar a atividade de apoio, enunciada por alguns trabalhadores-apoiadores, que anseiam por não ter tarefas concorrentes que impeçam a dedicação “exclusiva” ao apoio.

Por isso há muitos que se sentiam, quando apoiadores, realizando uma atividade paralela às tantas outras tarefas cotidianas de seus postos de trabalho. Para estes, o apoio demandava um tempo maior de investimento, que, muitas vezes, competia com o trabalho prescrito de seus cargos originários e as muitas demandas urgentes, que se colocavam em um tempo cada vez mais escasso. Interessante que o que os mantinha nisso que se considera por vezes “pesado”, “cansativo”, era enunciado como uma aposta política mobilizada pelo desejo.

Eu tenho mais atividades aqui, e aí não consigo ir aos territórios. Já elas [articuladoras municipais] não, elas tem o papel de ir ao território e articular lá. [...] Porque isso eu não consigo muito e acabo tendo demandas inúmeras, e o apoio acaba acontecendo em momentos pontuais, num coletivo, numa roda, e acaba sendo um limite (Apoiadora da saúde no âmbito estadual - Região Sudeste).

Eu disse que gostaria, mas não daria conta, porque aqui eu tenho que conciliar as atividades da coordenação do CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] com as da articulação. E confesso que não faço o melhor trabalho possível, mas eu tento. Mas eu vejo importância nisso se formalizar. Então, num determinado momento uma gestora - a assessora do Secretário de Saúde - me colocou como articuladora, mas sem ser publicado nem nada. Eu aceitei porque acho importante a gente não perder essa força que vem do Departamento Regional de Saúde. Porque se a gente tem eles lá, a gente consegue manter determinadas coisas independente da gestão política. Eu tenho então ocupado esses dois lugares até as coisas se formalizarem (Articuladora de Saúde Mental - Região Sudeste).

A percepção dessas diferentes formas de pensar, sentir e exercer o apoio parecem também articular-se aos diferentes momentos de

implantação das estratégias em que se encontravam os territórios. Em uma organização do trabalho baseada nas formas verticalizadas e segmentadas de gestão, experiência hegemônica nos espaços de saúde, a proposta de fazer coletivamente exige esforço inicial, que quando assumido mais intensamente por alguns trabalhadores, pode gerar a sensação de árdua luta e realizar-se quase como ato heroico. Nesta atitude, as responsabilidades podem ficar individualizadas e os esforços produzirem, por vezes, uma separação também em relação aos outros trabalhadores, que parecem representar o comodismo e a despotencialização frente à mudança. Os sujeitos são confundidos com os próprios obstáculos a serem vencidos.

As pessoas não estão acostumadas a essa dinâmica de trabalho, onde elas são colocadas na responsabilização, no fazer. E ficar do lado do isolamento é bem mais fácil, mais cômodo, embora seja sofrido, mas é menos sofrido do que colocar a mão na massa. O que eu tinha percebido que esse lugar de escuta é necessário, as pessoas não tinham esse lugar de escuta. Essa comunicação se dava de forma muito individual ou em pequenos grupos ou não funcionava no coletivo. Na hora que se abriu a roda para que as coisas fossem resolvidas dentro do coletivo, há uma resistência muito grande porque as pessoas não acreditam nisso, acham que tudo é balela, que quando essa gestão passar vem outra e acaba com tudo, porque a gente tem vivido muito isso neste país como um todo (Trabalhadora da assistência e apoiadora - Região Nordeste).

É importante observar que as dificuldades relativas aos processos de mudança não são exatamente pessoais, ainda que vividas de forma individualizada. A descrença, o descrédito, o comodismo não são defeitos dos sujeitos, mas efeitos dos modos de vida e trabalho que se deseja mudar. Como efeitos, atualizam a matéria de trabalho em jogo. Talvez por isso a apoiadora também enuncie a importância da escuta e a roda que faz circular também essas dificuldades, palco do trabalho desafiador de todos sobre todos que o apoio investe.

Contudo, mesmo quando se sente avançar no caminho e a aposta no coletivo comparecer compartilhada como direção a seguir, resta ainda sempre experimentar aprender outros modos de caminhar e a lida com um cotidiano que se faz muito mais na tensão entre processos de

autonomia e de heterogestão, entre linhas muito cristalizadas e outras de fuga, que uma conquista eternizada. São estes processos de passagens e aprendizagens que coexistem nas práticas, nas diferentes formas de operar com os processos de trabalho, como o apoio experimentado como relação empregatícia bem determinada, a partir da realização de determinadas tarefas e o exercício de uma função, que, como aponta a gestora vinculada ao apoio, faz com que o apoiador seja “apoiador dentro do seu processo de trabalho”. O apoio neste ponto se configura mais como uma atitude a ser acessada e efetivada por muitos que uma investidura de alguns poucos. Em algumas experiências, o apoio tampouco se atrela a um sujeito, pois pode ser efetuado como um grupo, uma unidade de saúde, uma unidade de produção em um hospital apoiando outros grupos e unidades.

Afirmamos, no entanto, que não é nosso objetivo neste texto fazer a defesa de um ou outro modo; ao contrário, interessa-nos problematizar tal oposição e apontar a importância do debate, pois se a nomeação a partir de um cargo especificado como sendo de apoiador, não impossibilita que a função apoio se inscreva, tampouco a garanta, e parece-nos ser esta a questão importante. A instituição do apoio como um cargo não garante necessariamente que a função apoio se atualize. Torna-se pertinente pensar que dimensão de trabalho é esta que o apoio implica e problematizar sempre e cada momento o modo como se realiza a partir de seus efeitos. Estes não são outros que o fortalecimento do coletivo no aumento dos graus de análise e ação.

Neste sentido, práticas e discursos que permeiam os serviços de saúde e que afirmam o apoio como função acabam por vislumbrar que há uma dimensão real da atividade de apoio, plano do dever do trabalho, que se expressa como potência de mudança, de tornar diferente, equivocar, as formas conhecidas de produzir a si a ao mundo pelo trabalho em saúde. Dimensão do dever da atividade apoio, que nos remete às esferas virtuais que aguardam para se atualizar em modos de trabalhar (AMADOR; FONSECA, 2009). É neste ponto que o debate entre normas antecedentes e as variabilidades do meio de trabalho ganha força, pois é exatamente o cultivo dessa capacidade de constituição de normas permeáveis às imprevisibilidades e desafios do viver que apoia e onde se faz o apoio.

No entanto, é possível perceber, a partir dos processos de pesquisa, efeitos experimentados pelos próprios trabalhadores-apoiadores nesta atividade como de sobretrabalho, advindo da sobreposição de tarefas sentidas como aspecto limitador, na medida em que, ao se empenharem na realização da atividade de apoiador, somada às atribuições cotidianas de seus cargos, se deparam com a confusão e a sensação de impossibilidade de realizar todas as tarefas necessárias à execução do que consideram ser um bom trabalho. A sensação de não conseguirem realizar o que entendem como sendo o trabalho que deveriam desenvolver produz uma experiência de sofrimento, de ação impedida.

A dificuldade que eu encontro é o acúmulo de funções. Além de articuladora eu sou também psicóloga, e no município, temos apenas duas para adultos, e como eu faço atendimento dinamizado, isso acaba me tomando muito tempo, eu tenho pacientes em leitos, em domicílio, tenho grupos de álcool e drogas etc. Na minha autoanálise a função de articulação acaba ficando prejudicada nesse sentido. Mas eu me esforço. Recebo as discussões das reuniões do que vem sido discutido nos municípios, e aí a gente troca muita coisa, formas de fazer, de entender a rede. E aquilo que tem dado certo eu tento levar para o município para que a gente pense (Articuladora-apoiadora municipal de Saúde Mental – Região Sudeste).

[...] mas quase sempre eu não consigo acompanhar essas equipes pela questão do tempo. Outra questão é que a gestão não quer mais permitir acúmulo de horas – uma questão política eu acredito. E eu acabo ficando sem tempo (Apoiadora Estadual – Região Sudeste).

Nesse contexto, tornar-se apoiador passa a significar submeter-se a um esforço extra. Abre-se o espaço do sobretrabalho, e o exercício do apoio se enreda nas tramas da sobreimplicação.⁶ Afinal de contas, como nos lembram Coimbra e Nascimento (2012, p. 211):

A sobreimplicação é a crença no sobretrabalho, no ativismo da prática, na aceitação das demandas e dos mandatos sociais como aspectos naturais de qualquer profissão [...] Alguns dispositivos podem estar contribuindo para o fortalecimento de práticas de sobreimplicação no mundo contemporâneo: o acúmulo de tarefas e a produção de urgências.

⁶ Conceito da Análise Institucional francesa proposto por René Lourau (1993; 2004).

Assim, na tentativa de driblar o sobretabalho construído nessa configuração, algumas estratégias vão sendo traçadas. Em alguns territórios, a aposta tem sido sensibilizar trabalhadores da gestão para que assumam a função apoio, uma vez que há o entendimento de que os trabalhadores da assistência estariam ainda mais sobrecarregados com as atividades dos serviços, uma vez que “*para quem está na assistência fica difícil, embora tenha o desejo*” (Gestora-apoiadora - região norte).

Em algumas situações o fato do apoiador estar vinculado também à gestão parece pôr em funcionamento um encurtamento e a problematização das distâncias entre as dimensões da gestão e atenção que compareciam como polos identificados e separados do serviço de saúde.

Nós éramos desprovidos de informação. Os instrumentos burocráticos/administrativos eram ultrapassados. O apoio é a presença da Secretaria de saúde aqui. Auxilia no planejamento e na sustentabilidade das ações (Trabalhadora de uma Unidade de Saúde da Família - Região Norte).

Eu acho que um grande problema é esse trânsito entre articulador-apoiador e gestor. Quanto mais um compreende o trabalho do outro melhor isso caminha, e o nosso papel é diminuir essas distâncias entre a atenção e a gestão, com a utilização dessas figuras que a gente chama articuladores (Gestora-trabalhadora da saúde – Região Sudeste).

Como vemos, no primeiro caso o gerente de áreas estratégicas da saúde disponibiliza-se na função apoio construindo em algumas unidades de saúde da família estratégias e dispositivos coletivos de análise do trabalho em encontros regulares, o que produz como efeito inicial a fratura dos pressupostos sobre gestão, que agora é vivida de modo mais aproximado. Na continuidade do trabalho do apoio, como sentimos também em outras unidades, a própria gestão pode sofrer desobjetivação em relação ao atrelamento a um órgão ou a um sujeito, podendo ser experimentada como via já atualizada pelos próprios trabalhadores em seus cotidianos: atenção e cuidado exigem sempre processos de gestão compartilhados, base imanente do labor. No segundo caso, o apoio se efetiva junto aos gestores municipais

na experiência interventiva de também abrir os processos de gestão desdobrando em experiência coparticipativas.

Dois modos que expressam este exercício de afirmação da inseparabilidade entre cuidar e gerir, que continua a apontar seus desafios paradoxais, como observam os trabalhadores-apoiadores: “[...] o fato de ser da Gestão e ser apoiadora é uma questão delicada, pois ora a gestão se configura como aquela que se presentifica e enxerga as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da assistência, e ora aquela que cobra e fiscaliza”. Em alguns casos, o fato de o apoiador ser um trabalhador da gestão parece gerar mais distanciamento do que aproximação, na medida em que a equipe ainda enxerga o apoiador como alguém da secretaria, a quem eles direcionam todas as demandas de infraestrutura dos serviços, e que, no entanto, continuam sem respostas. Situação essa que indica um trabalho a ser realizado não somente com os trabalhadores, mas também dos apoiadores sobre estes.

Retornamos, portanto, ao ponto anunciado pela apoiadora anteriormente “Apoiador é apoiador dentro do seu processo de trabalho”, o que indica não ser um papel desempenhado em apenas algumas ocasiões, reuniões do apoio, por exemplo, mas um *ethos*, exercício outro de estabelecer relação com o trabalhar. E se há separação – “agora estou aqui como gestor, como psicólogo, como coordenador”, “agora vim como apoiador” – talvez isso aponte para a pertinência de uma sempre renovada análise sobre como estamos nos constituindo no presente das práticas e que efeitos isso produz.

O trabalho a ser realizado e continuado no encontro entre todos sofre muitas vezes paralisações que se articulam à queixa do sobretrabalho, na voz de apoiadores que, apesar de acreditarem e apostarem no apoio como estratégia de mudanças das práticas, afirmam não encontrar tempo suficiente para dar prosseguimento às intervenções iniciadas, mostrando-se exauridos e despotencializados nos encontros.

Neste ponto saltavam para os pesquisadores os efeitos das práticas atravessados pela crença no sobretrabalho, quando o apoio se vincula quase a uma missão salvadora, árdua tarefa de transformação dos processos de trabalho e do modelo assistencial de cuidado, construção e manutenção de ações orientadas por diretrizes ético-políticas muito

específicas, a que os apoiadores sentiam não conseguir sustentar por muito tempo.

Outra coisa é que se por um lado eles nos veem assim, por outro eles nos veem como a tábua de salvação. A gente é muito solicitado, tá acontecendo isso e isso. Como se a gente fosse levar para a direção pra resolver. Ser Apoiador, não é fácil, para mim que estou na assistência, aqui na direção, porque trabalhar essas angústias, essas necessidades dentro de um coletivo, é uma fala constante, cotidiana e incansável. O tempo todo eu escuto a reivindicação, a necessidade, eu faço uma elaboração, vamos levar para o colegiado. Por isso, eu queria sair do lugar, da gestão, da gerência, queria ir direto para a assistência (Trabalhadora na assistência-apoiadora na saúde - Região Nordeste).

Agora, nós temos acesso à direção, antes a gente nem via o diretor, é uma fala muito forte, é um reconhecimento. Por isso que eu digo, existem muitas coisas mudando. O lugar do Apoiador é um lugar muito difícil, na realidade ele vem apoiar um processo que almeja mudança. O apoiador vem refletir como estamos. Ele não apoia sozinho, ele vem na busca de construir: nós estamos juntos? Nós vamos enfrentar mesmo? Quem é do movimento da mulher, quem é do SUS, e quem é do PT não pode desistir (Apoiadora na saúde - Região Nordeste).

Nesse sentido, reiteramos que a análise de nossas práticas aponta para o exercício de análise da implicação e sobreimplicação, que possa problematizar a “adesão” dos trabalhadores à função apoio, dando visibilidade às problemáticas da articulação entre apoio e “missão”. Dizemos com Coimbra e Nascimento que:

[...] tais imposições levam a um ativismo. Este, como em qualquer atividade especializada, praticada por um *expert*, é entendido como exercício da verdade. Esta prática de onipotência caminha junto com as outras, de fragilização e de desqualificação do profissional. O ativista, em muitos momentos, a partir de seu território iluminado, estaria trabalhando no sentido de beneficiar outras pessoas, assumindo a responsabilidade por tudo, aceitando como naturais as demandas de seu próprio mandato social. Dessa forma, passa a carregar sobre seus ombros todas as soluções, sentindo-se dominado pela culpa, pela obrigação e pelo sacrifício (COIMBRA; NASCIMENTO, 2012, p. 212).

Culpa, obrigação, sacrifício são processos que se vinculam à experiência de sobreimplicação. Como antes apontávamos, o conceito de sobreimplicação tem referência na Análise Institucional Socioanalítica, corrente desenvolvida na França durante as décadas de 1960/70. Faz relação com pelo menos outros dois conceitos: o de instituição e de implicação. Instituição refere-se a práticas sociais, políticas, econômicas, afetivas, midiáticas etc. produzidas historicamente, não se referindo, portanto, a um local ou estabelecimento, mas a lógicas de pensamento e ação. Podemos inclusive pensar o apoio como uma instituição. A partir dessa corrente de pensamento como direção ética, entende-se como sendo fundamental realizar a análise de implicações, análise do modo como as instituições operam em nós, constituindo-nos, análise dos mandatos sociais que assumimos como sendo nossos, de nossos gostos e preferências, de tudo o que se oferece como natural e cristalizado em nós. Trata-se do exercício infundável de pôr em questão nossas pertenças. A sobreimplicação apontaria, portanto, a impossibilidade e/ou dificuldade em fazer a análise de implicações (MONCEAU, 2008) porque sobreimplicado naturalizam-se as instituições. Também nessa via o apoio se naturaliza, o que obstrui movimentos de liberdade na construção e reinvenção dessas práticas.

A análise de implicações, portanto, constitui-se como prática fundamental no que toca ao apoio, indispensável em qualquer situação, tendo em vista a especificidade e natureza desse trabalho. Não somente para estar atento à sobreimplicação, que no caso da militância pode ser gerada, mas também pela possibilidade de um esvaziamento da função apoio, de sua burocratização e/ou quase sua não realização.

Esse exercício já comparece em muitas das experiências de apoio investigadas, na sustentação de espaços coletivos entre apoiadores, em encontros frequentes, de modo a possibilitar a circulação da palavra e dos afetos, gerando apoio mútuo e solidariedade, análise dos modos de trabalho efetuados, dos desafios colocados, das estratégias possíveis. Estes espaços são considerados fundamentais por muitos trabalhadores-apoiadores.

Vemos ainda que, no bojo de uma experiência de sobretrabalho, comparece o debate acerca das questões inerentes à concepção de trabalho que perpassa a função apoio, tanto no que diz respeito à

problematização das dificuldades de se afirmar o apoio como atividade de trabalho. A imaterialidade do fazer coloca em xeque a visibilidade dos produtos dessa atividade, e conseqüentemente a utilidade de tal função, como no que se refere à necessidade de compreender o apoio como um modo de trabalhar a ser cuidado, e não exatamente como mais uma tarefa a se assumir.

Por tudo isso, comparece a pertinência de visibilizar o apoio como atividade de trabalho, que por seu aspecto multifacetado comporta várias dimensões, as quais, quando compreendidas em sua indissociabilidade, funcionam como “cutucadoras”, na medida em que nos convocam ao constante reposicionamento e, como “norte”, indicam uma direção ético-política, a partir da qual caminhos podem ser coletivamente construídos e trilhados, quando se trata do constante renovo das práticas. Tais dimensões comparecem no processo de pesquisa como estando presentes nas práticas de apoio investigadas e sendo cultivadas como planos em que a atividade de apoio se desenvolve.

Dimensões da atividade do apoio

A partir da aproximação com essa dimensão experiencial do apoio em situações concretas, e com a literatura consultada, propomos pensar ao menos cinco dimensões que atravessam e constituem a atividade do apoio. Divisão didática, uma vez que tais dimensões são indissociáveis. Ainda que as diferentes experiências, a partir do que o cotidiano de trabalho em saúde solicita, cultivem uma mais que outras, podemos afirmar que toda a atividade de apoio, em suas práticas, se esforça no acesso e construção das seguintes dimensões: interventiva, formativa, cogestionária, de produção de redes e clínica.⁷

A dimensão Interventiva do apoio é, talvez, a mais explícita e corrente quando se pergunta sobre o fazer do apoiador. A noção de que fazer apoio é intervir nos processos de trabalho é recorrente,

⁷ As dimensões formativa e de produção e fortalecimento de redes também podem ser encontradas no trabalho de dois textos presentes também neste livro e que coadunam com a direção que aqui imprimimos: “Apoio institucional e processos de pesquisa: a pertinência de pensar o problema da formação” e “Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde”.

corroborando e reproduzindo parte da literatura sobre o tema. No entanto, por que seria esta a matéria de trabalho do apoio?

Desde a década de 1970, vem se discutindo a necessidade e se propondo estratégias para superar o modelo assistencial biomédico, avaliado como ineficiente e ineficaz para lidar com as demandas por direito à saúde em nosso país (VIANA; DALPOZ, 1998; GIL, 2005). Apesar da necessidade de produzir estratégias de transformação, as mudanças implantadas no SUS em seus primeiros anos tiveram efeitos pouco perceptíveis na reestruturação e efetividade do sistema (SENNA, 2002). As normas e valores vinculados ao modelo biomédico, apesar de questionadas, ainda se fazem presentes nos modos de organizar os serviços de saúde e de produzir (des)cuidado. Modulando práticas, expectativas e formulações de trabalhadores, usuários e gestores, reforça-se o princípio de que não se transformam os modos de cuidar sem mudanças nos modos de gerir os serviços de saúde (BRASIL, 2008) e vice-versa.

Congruente com este princípio, o apoio institucional emerge como estratégia de intervenção nos modos de cuidar e gerir. Como propõe Campos (2000), o apoio seria uma tecnologia de gestão, que busca romper com a racionalidade gerencial taylorista, que fundamenta a organização do trabalho no modelo assistencial hegemônico: hierarquizado, verticalizado, que produz atomização dos sujeitos e redução da autonomia, desresponsabilizando e alienando os diferentes atores, fragmentando o cuidado e encurtando o alcance da saúde. Um método que se efetiva no concreto do cotidiano dos serviços, afirmando o potencial transformador do fazer-saúde. Propõe uma inflexão na tradição extensivista das práticas do Ministério da Saúde, por meio do agir situado, intensivo, ativando processos de mudança em curso. Ações e intervenções cuja extensividade se alcança por contágio (PASCHE; PASSOS, 2010), num movimento de expansão e retração, que não é alheio às alterações de cenário e as intempéries.

Há desejos, há apostas, mas há movimento contrário, não conseguimos avançar na categoria médica, não conseguimos avançar na categoria de enfermeiros, não conseguimos diminuir as caixinhas, os indicadores na minha avaliação avançaram, mas são indicadores hospitalares e indicadores de qualidade. A produção dos trabalhadores

avançou muito, mas é frágil. Quando eu penso em tudo isso, me dá inquietação, mas quando eu penso que a gente constitui um colegiado gestor ampliado de três anos com alta dinâmica, altas decisões macro e, às vezes, micro. Quando eu penso que agora temos unidades de produção, mesmo ainda precisando se sustentarem e se verem enquanto equipe, que decidem e podem mexer no processo de trabalho. Quando eu vejo uma política de Educação Permanente implantada, quando eu vejo uma ouvidoria implantada aqui dentro e também o reconhecimento por parte, há mudança (Trabalhadora da Assistência-apoiadora da saúde - Região Nordeste).

Intervir nos processos de trabalho para produzir outros modos de cuidar, novas formas de produzir saúde. Mas, como fazê-lo? De que modo intervir nos processos de trabalho? Salvaguardadas as devidas singularidades com que as experiências de Apoio Institucional se atualizam nos territórios, podemos observar uma diretriz comum nesse sentido: a intervenção nos processos de trabalho se dá por meio de sua análise coletiva.

Estava falando das questões das dificuldades, trazer para o coletivo não é fácil porque é muito dinâmico o serviço, tem coisas que requer uma intervenção imediata da gestão. Dá vontade de descer e dizer: tá acontecendo isso e isso vamos fazer o quê? Mas, trabalhar muito mais a ansiedade desse imediatismo, compreender que muitas coisas vão ficar em aberto e que devemos trazer para o coletivo porque a resolução ou solução vai ser mais consistente. Fazer essas intervenções pontuais muitas vezes apagam o fogo na hora, a ansiedade daquele que está trazendo, mas não dá resolutividade no coletivo (Apoiador da saúde - Região Nordeste).

A análise coletiva se produz em espaços e arranjos distintos: rodas de conversa, reuniões de equipe, grupos de trabalho, de estudo, colegiados gestores, unidades de produção, cursos formativos, fóruns, etc. Tais arranjos vinculam-se a uma experiência recorrentemente remetida ao fazer roda. A roda como método de circulação de saberes e afetos, de produção de relações lateralizadas, potencializa a produção coletiva e a cogestão (CAMPOS, 2013).

Se a roda é o espaço-tempo privilegiado para produção de análises coletivas, o exercício da atividade de apoio não se finda na construção

desses espaços, na garantia da roda, mas também no modo de “fazer a roda rodar”, em que intervir é “estar entre”, “tomar parte em”, “fazer com” e não “fazer pelo outro”. Esta proximidade exige a atenção de “não se deixar confundir com os sujeitos com os quais interage; não tomar o lugar do outro” (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 443). Exercício difícil e por vezes equivocado, quando simplificado em sua complexidade.

A gente interferia em algumas coisas sim. Só que era um sofrimento, porque o consultor falava com a gente: “Oh, a gente não pode se afetar e a gente não pode interferir!”. Aí o outro consultor veio aqui e a gente ficou aliviado porque eu pensava: “como eu não vou interferir?”. Não podia induzir eles a fazerem nada, só reflexão. Mas a gente precisava dar alguma diretriz, e como eu vou dar uma diretriz sem interferir? E aí este último consultor falou assim: “O apoiador tem que se implicar sim!”. Aí eu lavei a minha alma (Apoiador de uma área programática - Região Sudeste).

Outra enunciação que com esta se articula também salta do encontro com uma trabalhadora no Nordeste do Brasil, cujo desafio apontado como sendo do apoio é o de inserção nas equipes de trabalho e como sustentar a atenção àquilo que seria seu papel. Quando o apoiador se perde deste, torna-se por vezes gerador de conflitos, ao tomar “partido” e fazer a defesa de uma ou outra pessoa, ou seja, ao atualizar movimentos que fragilizam as relações e que constituem matéria de intervenção. Nesse sentido diz: “o apoiador tem que saber nitidamente qual é o seu papel de apoiador, ele tem que ter o equilíbrio emocional no sentido de não se envolver nas questões do grupo”.

A atividade de apoio mostra-se como experiência paradoxal. Quem intervém? Em que se intervém? Como estar ali e não interferir? Mas, como interferir sem controlar?

Não se envolver ou não interferir compõem-se como pressupostos inatingíveis para alguns apoiadores, por vezes paralisadores, pois se aproximam de uma não ação ou de uma não implicação, direção oposta a outras diretrizes já comentadas, formuladoras do próprio apoio. Ao mesmo tempo, a preocupação com a relação de implicação e/ou envolvimento neste caso também é importante, pois o que está em jogo parece ser sempre um exercício de ampliação da visão e não

de ancoragem em pontos de vista pessoais. É a dimensão da intervenção que também se encontra com aquela do fortalecimento da rede, do trabalho coletivo.

Antes que resolver a polarização: implicar-se ou não, envolver-se ou não, a atividade de apoio na sua dimensão interventiva solicita constante análise de implicação, como já apontávamos, “análise dos ‘lugares’ que ocupamos, ativamente, neste mundo” (LOURAU, 1993, p. 14). Processo doloroso, inclusive, pois é como martelar nossas pertencas, idealismos e práticas cristalizadas. Por isso, estar implicado não é demérito, pois implicados sempre estamos; no entanto, exige um vigoroso trabalho de atenção, abertura e análise.

A importância de tais questões sentidas junto *com os* trabalhadores-apoiadores assinala que o apoiador, antes que “redentor” dos grupos ou o próprio interventor-condutor, também sofre o processo de intervenção. Para isso, aliança-se com analisadores, situações e acontecimentos catalisadores de forças, que intensificam a análise nas relações nos/entre grupos, nos processos de trabalho, potencializando a produção coletiva. A atividade do apoiador, portanto, está na criação e aposta em condições-analisadoras das instituições que se atualizam nos estabelecimentos, nos grupos, inclusive em relação ao apoio em construção, sobretudo no que toca às relações saber-poder.

Todo mundo está numa grande tentativa, tanto a gestão, os servidores, e como nós apoiadores. Eu não fiz o curso de apoiador, talvez, até pela prática da minha profissão, então, isso se torna um pouco menos difícil escutar e elaborar essa escuta. Mas, para mim foi muito sofrido, muito mais no início, porque como eu estou na assistência, eu sou um deles, um dos servidores que se angustiam, que sofre com o usuário, que sofro com a coisa que não funciona, que sofro com aquilo que foi deliberado, mas não foi encaminhado, ou foi encaminhado, mas chegou em algum lugar e barrou. Eu também sou uma das que teve a fantasia de que tudo isso não iria funcionar, saí da roda extremamente esperançosa, com os encaminhamentos e chega a outro lugar da gestão maior, você se depara com uma estrutura que vem fazendo um movimento contrário, então, eu me misturo, é minha angústia se misturando com a dos servidores com quem eu trabalho e a dos usuários. O

grupo de Apoiadores tem esse trabalho de nos colocar em outro lugar (Trabalhadora da assistência-apoiadora - Região Nordeste).

A dimensão interventiva nos abre à **cogestionária**, tendo em vista que se a superfície de labor do apoio reside nos processos de trabalho, é exatamente porque se busca o fortalecimento de uma dimensão cogestiva, fundada em relações de interdependência que produzem o trabalhar. Tal dimensão não se afirma como um fim ou a meta a ser alcançada num depois, mas o próprio caminho. Por isso as estratégias são aquelas que se vinculam a uma análise coletiva do que acontece e do que pode devir entre todos.

Voltemos então ao tema da atividade na sua diferença, com a simples execução de uma tarefa. Dizíamos que a clínica da atividade afirma uma função psicológica do trabalho, entendendo que este “psicológico” não designa a esfera estrita do indivíduo. Aponta, no entanto, um paradoxo que está no fato de o trabalho comparecer como objeto estranho a nossas necessidades imediatas, que não correspondem diretamente a nossa atividade. Ou seja, “o trabalho não é mera expressão de necessidades individuais” (SILVA; BARROS; LOUZADA, 2011, p. 192). Isso porque os sujeitos se dirigem ao trabalho sobreocupados pela atividade de outrem. Isso aponta que quando nomeamos certo trabalho como sendo “nosso”, há aí uma dimensão que está sendo invisibilizada. Para que uma tarefa seja executada, será necessária a concorrência solidária da atividade de outros sujeitos, funções, equipes, usuários. Isto não é exatamente algo que os trabalhadores escolhem viver, mas é a própria condição que torna possível a experiência do trabalho.

Esta “concorrência solidária”, ou ainda uma necessária presença do coletivo na atividade, é também o que possibilita que, diante de uma tarefa, por mais rígida que seja sua prescrição, compareçam diversas possibilidades de ação que multiplicam os caminhos da atividade. No trabalho com os processos de saúde, em que a atividade por excelência é dirigida a outrem, os trabalhadores, nos menores detalhes, experimentam intenções concorrentes que permitem assumir certas direções a partir do que se passa situacionalmente. Ainda assim, tais

decisões não podem ser estritamente remetidas ao trabalhador em jogo, pois surgem a partir de um plano de interdependência presente na experiência, que também se relaciona ao patrimônio histórico comum dos coletivos de trabalho.

Portanto, é preciso pensar que a realização de uma tarefa, qualquer que seja ela, exige um esforço de elaboração, de decisões moleculares, que traduz a transformação da própria tarefa. Gerir as infidelidades, arbitrar em meio a amplidão dos patrimônios normativos, subverter prescrições, debater valores que emergem no infinitesimal da ação,

[...] toda atividade humana é sempre, e em todos os graus imagináveis entre o explícito e o não formulado, entre o verbo e o corpo, entre a história coletiva e o itinerário singular, o lugar de um debate incessantemente reinstaurado entre normas antecedentes a serem definidas a cada vez em função das circunstâncias e processos parciais de renormalização centrados na entidade atuante (SCHWARTZ, 2002, p. 135).

A transformação efetivada pelos trabalhadores a cada experiência é o que permite que a atividade se realize e seja sede de investimentos vitais, fazendo o trabalho desdobrar-se como meio de vida e modulando modos de existência. Por isso, a atividade não é apenas o que foi feito, mas tudo o que virtualmente foi mobilizado para sua realização, inclusive seus impedimentos (CLOT, 2010).

Sendo assim, pode-se pensar que os trabalhadores estão todo o tempo a gerir, a trabalhar sobre o trabalho, modificando-o e tornando-o possível.

Nesse sentido, podemos dizer que a base da experiência do labor é sempre cogestiva, o que nos indica que a política de participação e da democratização institucional nas práticas de trabalho é menos uma concessão aos direitos dos trabalhadores do que a afirmação dessa base cogestiva inerente à experiência do labor (EIRADO; PASSOS; BARROS, 2014).

A atividade do apoio nessa esteira se coloca como experiência inventiva, pois está constantemente se transformando naquilo que ganha contorno a partir do trabalho feito com os outros. O apoiador está sempre pendente na concorrência entre direções não

necessariamente harmônicas, que lhe exigem tomar determinadas direções e assumir certos riscos no processo de intervenção. No entanto, não faz isso sozinho, porque sua atividade está em extrema relação com o movimento dos processos de trabalho, de onde também surge como um apoiador.

Além disso, trabalha nessa direção de produção/ampliação da cogestão, da democracia institucional. Paradoxalmente, faz isso numa aposta nessa dimensão cogestionária, que é a base da própria experiência do trabalhar e que, por vezes, é ignorada dos trabalhadores. A análise coletiva do trabalho é este exercício da análise das práticas cogestivas entre todos. Como temos trabalhado? Que decisões são tomadas? Como tocam aos outros? Como podemos atualizar outras direções ainda não realizadas, mas disponíveis na virtualidade da atividade? Como podemos continuar gestando juntos o trabalho?

A **dimensão formativa** do Apoio Institucional, inseparável da intervenção, baseia-se no exercício da produção de espaços coletivos que fomentem a emergência, produção e compartilhamento de saberes coletivos e situados, dando visibilidade e potencializando a criação de outros-novos modos de trabalhar e cuidar. Ampliando o coeficiente de transversalidade, minando as hierarquias que distinguem os que sabem dos que não sabem, bem como a desqualificação de alguns saberes em detrimento de outros, pode se abrir uma formação que tenha na potência disruptiva dos saberes e fazeres compartilhados (HECKERT; NEVES, 2010) seu grau de pertinência e índice de eficiência.

A disponibilidade pedagógica aos acontecimentos imanentes, a abertura às metamorfoses incessantes dos serviços são pilares do desenvolvimento das práticas pautadas nos saberes produzidos cotidianamente pelos próprios trabalhadores. Produzem o efeito Paideia (CAMPOS, 2000), decorrente do processo de ampliação da capacidade dos sujeitos de analisarem e compreenderem sua condição e seus processos de trabalho, aumentando seu poder de agir sobre essas situações.

Formação, nesta direção, se fundamenta em outra noção de aprendizagem, que não se baseia na mera reprodução e aplicação dos conteúdos e técnicas transmitidos, mas na ideia que “aprender é operar sobre determinadas práticas de modos diferentes dos que se

estava acostumado” (BARROS, 2001, p. 70), transformando as formas de ser, se relacionar e trabalhar. “As informações são fagocitadas, ingeridas, transformadas, produzindo-se, então, outras subjetividades, outras formas de estar no mundo” (BARROS, 2001, p. 72).

É difícil, e se é que eles são um dispositivo mesmo, eu fico me questionando, será que é uma formação que faz o articulador ser articulador? Acho que há coisas que são do próprio profissional, a capacidade de conduzir uma roda, por exemplo, há uma aprendizagem, onde ele aprende a nomear certas coisas (Articuladora Saúde Mental - Região Sudeste).

[...] acho que é um acúmulo de conhecimento e de experiências mesmo. Experiência no fazer apoio. Por que você vai mexer com saberes, com vivências das mais distintas, você vai ter que lidar com essas questões no território, eu acho que apoiador tem que ter muita estrada pra fazer isso, porque se não ele vai começar a reproduzir. Quando colocar junto pra conversar, ele tem que trazer alguma oferta. Se não fica numa coisa muito de constatar problemas, pensar algumas soluções e fica sempre faltando alguma coisa. (Gestora na saúde - Região Sudeste).

Tocamos então no ponto em que a formação se desprende de seus modelos tradicionais escolarizados e pode se afirmar como processo, uma dimensão formativa imiscuída no cotidiano, extremamente aliançada ao desdobramento da atividade de trabalho, onde então os sujeitos constroem a si e ao mundo. Faz-se menos como aquisição de novos conhecimentos e técnicas, ainda que também isso possa promover, desautomatizar certas normas de trabalho já caducas, hábitos de trabalho-vida e funcionamentos adoecedores. Talvez por isso, inseparável das dimensões de intervenção e cogestão, como seu precioso efeito: uma (trans)formação.

Como formar apoiador? Bem, eu penso no meu próprio percurso. Eu fui fazendo coisas, lendo sobre, me informando sobre, tentando marcar alguma diferença. Eu vejo que tem diferenças. Como se colocar no coletivo? A gente pode até dizer que é apoiador, mas agir como ditador. Então é muito mais do modo como a gente faz do que o nome que a gente dá [...] (Gerente na saúde - Região Sudeste).

Tal direção formativa, fundada na emergência, socialização e produção de saberes coletivos, saberes situados, potencializa a produção de novas formas de trabalhar e habitar os serviços de saúde. O apoio institucional, desse modo, funda-se numa função amplificadora, de alargar o potencial destabilizador inerente à atividade. Permitir-se interpelar pela atividade produz sempre “um ‘reposicionamento’ de exercícios profissionais e sociais. Vê-se outra coisa, faz-se uso de si de outro modo [...]” (SCHWARTZ, 2011, p. 154). Ao apoiador cabe criar meios e condições para que os diferentes sujeitos se deixem ser interpelados pela atividade, que se conectem de outros modos ao que fazem e com quem coatuam: trabalhadores, usuários e gestores.

Desafio substancial, conforme relata uma das apoiadoras entrevistadas, diante do costume ao isolamento e a descrença nas propostas que propõem outra inserção dos atores e outros modos de trabalhar. Diante disso, novos desafios se impõem ao exercício do apoio institucional como atividade de trabalho: quais estratégias construir? Como superar a descrença em propostas que visam transformar o trabalho e ampliar a democracia institucional? Como combater o sentimento de isolamento em que não se percebe no outro um aliado para resolução das questões que nos afligem no trabalho em saúde?

O trabalho com tais afetos emerge como questão nodal para os apoiadores, uma vez que contribui para a invisibilização da dimensão coletiva do trabalho humano, restringindo a potência dos trabalhadores para lidar com as exigências do real, diminuindo sua autonomia⁸ e, com isso, sua margem de liberdade para atuar e produzir mudanças. Contexto em que emerge a dimensão de **produção de redes** do apoio institucional.

Como já afirmamos, o trabalho sempre se dá num plano coletivo. Não se trabalha sozinho. No trabalho em saúde, pautado numa ética do cuidado integral, esse entendimento é radicalizado, pois o cuidado

⁸ A autonomia, neste sentido, não se confunde com um estado de autossuficiência, mas com um processo de conquista que “[...] supõe de um lado, uma atividade sobre si mesmo (trabalho de subjetivação) e, por outro, uma ação comum entendida como práxis, prática social” (LHULIER, 2013, p. 489).

em saúde supõe o exercício drástico da alteridade, da inclusão do outro e suas demandas por saúde em toda sua amplitude. Expõem-se os limites das práticas profissionais, das disciplinas, dos serviços. Impõem-se outros modos de atuar, não mais voltados para dentro, mas para fora, que enxerga no outro (sujeito, disciplina, serviço, etc.) um catalisador para a eficácia das práticas de cuidado. Efetivar estratégias de conexão e de inclusão é fundamental para superação do modelo assistencial biomédico que produz e legitima práticas fragmentadas e excludentes.

A estratégia utilizada com mais frequência nas experiências que visitamos tem sido a criação de espaços coletivos de conversa: reuniões de equipe, oficinas, reuniões de coordenadores, rodas de conversa, colegiados gestores, fóruns, reuniões intersetoriais etc. Muitos arranjos, nesta direção, vêm sendo experimentados nas diversas regiões do país. Porém, se a frequência no uso dessas estratégias corrobora a avaliação de sua pertinência e potência para produção de outros modos de trabalhar, os apoiadores explicitam que não se trata de uma tarefa banal; ao contrário, é destacada uma importante competência para exercer tal função. Como anuncia uma das apoiadoras entrevistadas para ser apoiador, é preciso ter “capacidade de sustentar uma roda, quem não sustenta uma roda não pode ser apoiador” (Apoiadora - Região Nordeste).

Lidar com angústias e demandas coletivas, reivindicações e necessidades que estão presentes nos serviços e que emergem quando se funda um espaço em que os trabalhadores podem falar sobre o trabalho, não é simples, nem suficiente. Fazer roda, reunião, fórum, não é garantia de transformação dos modos de cuidar ou gerir os serviços de saúde. Em alguns casos, tais espaços podem se burocratizar e se tornar refratários à mudança, contribuindo para a permanência de determinadas formas instituídas (ESCÓSSIA, 2009).

[...] assim surgiu a roda de conversa, como um espaço a princípio pra dar conta da nossa fragilidade técnica – já que não sabemos, vamos chamar pessoas que saibam pra poder trocar com esses que estão começando agora. Quando propomos a roda os municípios perguntaram por que só os CAPS participariam, a princípio nosso problema era a implantação de CAPS (outros equipamentos puderam

participar?) então essa roda em certos momentos está extremamente povoada e em outros diminui, isso tem muito a ver com as agendas da DRS, e certas demandas (Gerente na saúde - Região Sudeste).

O apoiador, no exercício da sustentação de uma roda, lida todo o tempo com normas que são tão pertinentes quanto imprecisas: “ter a capacidade de escuta”; “ter a capacidade de coordenar”; “não fazer pelo outro, mas fazer o outro analisar, pensar”; “saber como se inserir nas equipes, como ser aceito pelas equipes”, “ter postura”. Estas foram algumas das “competências” descritas pelos entrevistados; “competências” que, novamente, apontam mais para um **modo de fazer** do que para **o que fazer**. “Não tem uma receita pronta, cada apoio se constrói na realidade local” (Apoiadora, Região Nordeste), junto com os atores que a compõe e a produzem. Há, então, que se pensar num método.

A Política Nacional de Humanização propõe que o exercício do apoio institucional se funde no método da tríplice inclusão. Método que não se pauta em regras e procedimentos predefinidos, mas que se efetiva em processo. Reafirmando a pertinência da construção de espaços coletivos, por sua potência de produção de forças de diferenciação, o método da tríplice inclusão afirma a consideração de três planos:

[...] plano de inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; plano de inclusão dos analisadores institucionais e sociais ou dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança; plano de inclusão dos coletivos - movimentos sociais, redes e grupos (ESCÓSSIA, 2009, p. 691).

“Sustentar a roda” é incluir estes outros planos, incluir os sujeitos, analisadores e coletivos num espaço de fato democrático, onde a fala possa circular livremente; espaço em que as hierarquias e relações de poder são secundarizadas em detrimento do que se enuncia, onde o planejado não se sobrepõe ao emergente. Produzir análises coletivas sobre os processos de trabalho, sobre os modos de gerir e cuidar.

O exercício da função apoio aponta, portanto, uma maneira de se fazer gestão inseparável da clínica, ativando coletivos em espaços de negociação permanente entre aqueles que ocupam os lugares de gestores por excelência e os trabalhadores que gestam e gerem cotidianamente seu trabalho, tendo como um dos principais efeitos o encurtamento de distâncias entre as atividades de planejamento, execução e avaliação (OLIVEIRA, 2011).

O apoio realiza a discussão das soluções, que são dadas pela própria equipe. Há uma valorização da equipe. As soluções são melhores que as soluções prontas. A forma simples é que é a melhor. A Gestão tem muito o que aprender, e o apoio contribui para a aproximação com a Gestão (Apoiadora - Região Norte).

Interessa-nos dar visibilidade aos modos de concretização dessas práticas e seus efeitos na transformação dos processos de trabalho e dos sujeitos (trabalhadores e usuários) que se produzem nesse exercício. Deste modo, ressaltamos ainda a **dimensão clínica** da função apoio:

[...] inscrita em arranjos concretos que põe em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses, com a missão de ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de invenção de problemas, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si, implica em uma tarefa clínica-crítica-política (OLIVEIRA, 2011, p. 158).

Clínica entendida como experiência de desvio, que produz bifurcações no percurso de vida, criando novos territórios existenciais. Como produção de diferenciação, de desestabilização. Aponta para certa “postura”, um “exercício de escuta”, de “fazer o outro [com o outro] analisar, pensar”, que objetiva a abertura a novos possíveis, e não o fechamento a categorias predefinidas, baseado numa noção adaptacionista, utilitária ou ortopédica (BARROS; GOMES, 2011). Uma clínica da ação e não do enquadramento.

Apontamos que neste texto optamos por abordar a dimensão clínica do apoio institucional por um viés específico, dentre os inúmeros possíveis, que é como uma clínica do trabalho. É preciso cuidar do serviço, do espaço-tempo de produção de saúde, em que se desenvolve

o trabalho ou se é usuário. Em última instância, é preciso cuidar do próprio trabalho para evidenciar que os diferentes atores que compõem os serviços de saúde são seres humanos responsáveis pelo que fazem, e que são capazes de transformar o que fazem (CLOT, 2011).

Considerações finais

O encontro com as experiências de apoio apontam, portanto, os desafios, enfrentamentos e avanços que têm permitido a continuidade do debate e a pertinência do apoio. Diante do vazio de normas ou de seu excesso, da sensação de exiguidade do tempo diante da tarefa monumental que parece ser a do apoio, tentamos ressaltar a importância da análise com outros apoiadores e com outros trabalhadores, usuários e gestores na saúde, de modo geral. Trata-se sempre de não sucumbir à solidão limitadora, de não separar-se dessa dimensão coparticipativa, cogestionária, coletiva, base do trabalhar. Também de redimensionar os objetivos, as metas colocadas sobre si e sobre os outros, de desidealizar o cotidiano e a própria mudança, para inventar olhos que colhem os gestos inabituais, as modificações cotidianas mais imperceptíveis.

De outro modo, importante também aliançar-se a um método que, como direção, não prescreve o caminho, mas auxilia na lida com o movimento e a permanência. Neste se divisam algumas dimensões nas quais a atividade de apoio tem operado; nestas alguns sentidos fortalecem-se: o apoio investe no fomento da análise da organização do trabalho, que expropria o outro da responsabilidade por suas ações, que restringe a autonomia dos sujeitos, definindo lugares, papéis e modos de operar. Produz dispositivos que permitem aos diferentes atores olhar seu trabalho/cuidado com outros olhos, a partir de outros ângulos, percebê-los por/com outros sentidos. Aspira e trabalha pela ampliação do poder de agir dos sujeitos, entendido de forma inseparável do alargamento do poder de ser afetado (idem). Ampliação da capacidade de produção de novas normas, da margem de tolerância às infidelidades do meio.

Cuidar do trabalho, neste caso, cuidar das práticas de cuidado, é produzir condições para que os serviços se relacionem com os sujeitos em sua singularidade, a partir de suas demandas de saúde. É lutar contra

as práticas cristalizadoras, de formatação das queixas, dos quadros, dos sujeitos ou das ações. É disponibilizar-se à inventividade, potencializar a gestão dos imprevistos e dos inantecipáveis, coletivizar os riscos, suportar os insucessos e compartilhar os avanços. Com a apoiadora, dizemos:

É levar para o coletivo, eu vejo como um espiral. O apoio começou no sujeito, um consultor, um apoiador, depois veio outro, aí, passou a ser um grupo, agora, a gente está identificando uma unidade, de repente é o Hospital como um apoiador para outro hospital e é esta construção que deve ser feita (Apoiadora - Região Nordeste).

É esta construção que pode ser feita, do apoio que se amplia nos coletivos e como *ethos* instaura o exercício de transformação das práticas, colhendo como efeito a alegria do viver-cuidar-trabalhar junto com os outros.

Referências

AMADOR, F.S.; FONSECA, T.M.G. Por máquinas de guerra em tempos de militarização *high tech*. *Revista do Departamento de Psicologia* (UFF). Niterói, v. 21, p. 101-110, 2009.

BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal, Rev. Psicol.* Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, dez. 2011.

BARROS, M.E.B.; GUEDES, C.R.; ROZA, M. M.R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

BARROS, R.D.B. Grupo: estratégia na formação. In: _____. *Trabalhar na escola? Só inventando o prazer*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, J. Trabalho prescrito. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

- BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- _____. Clínica do Trabalho e Clínica da Atividade. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A. (Orgs.). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.
- _____. *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- COIMBRA, C.M.B.; NASCIMENTO, M.L. Sobreimplicar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L. (Orgs.). *Pesquisar na Diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- EIRADO, A.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Processos de trabalho docente em análise: intercessões com a clínica da atividade. In: SILVA, F.H., CÉSAR, J.M., BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Saúde e trabalho em educação: desafios do pesquisar*. Vitória, 2014. No prelo.
- ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. *Interface*, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009.
- GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.
- HECKERT, A. C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 242p (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS; v. 1).
- LHULIER, D. Trabalho. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 3, 2013.
- LOURAU, R. *René Lourau na UERJ: análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993.
- _____. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONCEAU, G. Implicação, *sobreimplicação* e implicação profissional. *Fractal Rev. Psicol.* Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan.-jun, p. 19-26, 2008.

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

_____. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.

PASCHE, D.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 413-418, jul-set 2010.

PEREIRA JUNIOR, N. O Apoio Institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2013.

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

SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarès, 2000.

_____. Disciplina epistêmica disciplina ergológica: paideia e politeia. *Pro-posições*, v. 13, n. 1, p. 37, jan-abr 2002.

_____. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho In: SOUZA-E-SILVA, M.C.P.; FAÍTA, D. (Org.). *Linguagem e trabalho*. Construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A. *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.

SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 203-211, 2002.

SILVA, C.O.; BARROS, M.E.B.; LOUZADA, A.P.F. Clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A.P. (Orgs.). *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011.

TEIGER, C. El trabajo: obscuro objeto de la Ergonomía. In: CASTILLO, J.J.; VILLENA, J. (Orgs.). *Ergonomía: conceptos y métodos*. Madri: Complutense, 1998.

TELLES, A.L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 12-48, 1998.

Apoio, gestão e democracia institucional: o potencial formativo

GILSON SAIPPA DE OLIVEIRA

LILIAN KOIFMAN

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

No Brasil, dentro do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), há inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia na gestão de instituições de saúde. A descentralização de poder para os municípios e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, com maioria de usuários, foram os principais dispositivos sugeridos pelas leis que implantaram o SUS, visando alterar o funcionamento burocrático do Estado. Foi possível assim atingir algum nível de participação popular ou de municipalização, mesmo que com grande dificuldade. No entanto, estas medidas parecem insuficientes tanto para alcançar os objetivos do SUS, quanto para diminuir o alto grau de alienação que se constata entre maioria dos trabalhadores (CAMPOS, 1998).

Houve nesse período um grande desenvolvimento teórico e operacional sobre métodos e técnicas de Planejamento em Saúde acumuladas no debate de pensadores do campo, como Mario Testa, Carlos Matus e outros (RIVERA; ARTMAN, 2003). No entanto, o Planejamento não esgota a maioria das tarefas de um sistema de gestão. Um bom método de planejamento, por si só, não dispensa um bom sistema de gerência para que, inclusive, seja garantida a real implantação do plano elaborado. Rivera e Artman (2003) chamam a atenção para as insuficiências das abordagens do Planejamento em produzir diálogos entre os vários atores envolvidos em cada arena, principalmente onde a hegemonia de grupos é frágil, fruto

de suas disputas internas, e a produção de consensos é dificultada pela pulverização de interesses. Rivera (1995), em contraponto às formulações do Planejamento Estratégico Situacional de Matus, já havia proposto o aporte da teoria de Habermas (agir comunicativo) como possibilidade de instituir processos de negociação política.

Para Habermas (1984), a compreensão de aspectos de integração entre diferentes visões de sociedade ocorre a partir da integração do sistema, dominado por uma *racionalidade instrumental e estratégica* e o mundo da vida, caracterizado pela *racionalidade comunicativa* que tem por horizonte e referência a cultura. As convicções que se constroem e se afirmam pelos e nos processos de socialização nos obrigam a produzir leituras dinâmicas sobre fazeres e práticas dos sujeitos.

Baseado em outras perspectivas teóricas, Campos também reforçou esta crítica:

Reconhece-se a conveniência do planejamento ascendente com envolvimento de profissionais e de usuários. Entretanto, não há ainda métodos seguros para articular participação horizontal da base com a preservação dos objetivos primordiais do SUS. Como combinar democratização institucional com capacidade operacional e, portanto, com algum grau de centralização vertical, sem a qual os estabelecimentos se perderiam em discussões intermináveis ou em particularismos? Como propiciar independência e autonomia para cada equipe, sem que se perca o sentido de rede de compromissos, sem que se perca a noção de sistema, ou sem que seja comprometida a diretriz da integralidade da atenção? Como assegurar um diálogo (ou um agir comunicativo na visão de Habermas (1989) entre usuários e técnicos? Como diminuir em alguns graus a alienação ou a burocratização atualmente verificada entre os servidores públicos? Como motivá-los, como ampliar sua capacidade de reflexão e autoestima? Como articular autonomia e criatividade com responsabilidade profissional? (CAMPOS, 1998, p. 864).

Estimulados por essas questões, temos como objetivo deste ensaio refletir sobre a função Apoio, posicionando-a no pensamento de Gastão Wagner Campos, cotejando-a com o pensamento de outros autores. Procuramos também dialogar com as práticas de apoio encontradas em várias regiões do país, na pesquisa

“Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, realizada pelo Laboratório de Pesquisas e Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS, do IMS-UERJ, financiada pelo DAPES-MS em cooperação com a OPAS. Buscamos, neste sentido, valorizar a função Apoio enquanto categoria operatória que se constrói na perspectiva de produção de espaços dialógicos de gestão, orientados para a produção de transformações dos processos de saberes e fazeres sobre o trabalho, a formação e o cuidado. Acreditamos que esta perspectiva traga potencial de criação de instituições (e suas relações) com horizonte de consolidação de processos de democratização institucional.

Tal opção justifica-se pela necessidade de discutir o Apoio, entendido aqui enquanto dispositivo relacional do método Paideia, proposto por Gastão Wagner Campos, entendendo-o como elemento central de produção de corresponsabilizações dos sujeitos nos processos de deliberação e compreensão dos destinos de uma determinada instituição que são capazes de instaurar novos saberes e novas práticas (CAMPOS, 2000).

Instituindo novos saberes e práticas

O referido método parte do reconhecimento da pluralidade e transversalidades presentes nos diferentes espaços relacionais e de decisão que convivem nas instituições, valorizando aspectos da gestão enquanto indutora de processo de politização das práticas na direção da instauração de espaços permanentes de coprodução, negociação de contratos e compromissos sempre provisórios (NUNES, 2011).

A fala de um apoiador entrevistado numa das experiências dá a dimensão de potencialidades e dúvidas presentes nesta abordagem:

Mais interessante porque o apoio trouxe aproximação dos próprios núcleos de poder, daí foi ganhando tranquilidade naquele serviço, e a gente só atuou como apoio mesmo, não tivemos intervenção nenhuma. Apesar de que a gente interferia em algumas coisas sim. [...] a gente não pode se afetar e a gente não pode interferir. [...] O apoiador tem que se implicar sim!. Aí eu lavei a minha alma (Entrevistado – Região Sudeste).

No entanto, o posicionamento de cada sujeito que ocupa tais espaços depende dos sentidos de pertencimento, que cada sujeito elabora e dá sentido a suas práticas e revela-se através de uma polissemia de sentidos definidas por três concepções ou “topos” diferentes: a subjetividade, o julgamento e a argumentação (GAUTHIER et al., 2006, p. 299-333).

O que se denomina, aqui, de “saber” originário na subjetividade é todo tipo de certeza subjetiva produzida pelo pensamento racional, que se orienta por uma oposição aos outros tipos de saber como, por exemplo: a fé, as crenças, convicções e a imaginação. Nesse sentido, o saber possibilita a quem o produziu uma certeza racional, cujo ideal encontra-se no pensamento lógico-matemático (GAUTHIER et al., 2006, p. 334).

A segunda concepção associa o “saber” a um juízo verdadeiro, não como resultado da intuição nem de uma representação subjetiva, mas consequência de uma atividade intelectual presente num discurso. Tem formato assertório e surge como resultado de um processo intelectual que afirma algo em relação a um fenômeno particular (GAUTHIER et al., 2006, p. 334).

Por fim, apresenta-se a concepção do “saber”, que ultrapassa o terreno da subjetividade para alcançar o da intersubjetividade e a relação com o outro. Ganha uma dimensão argumentativa, definindo-se como atividade discursiva por meio da qual o sujeito tenta validar uma proposição ou uma ação, geralmente por meio da lógica, da dialética ou da retórica (GAUTHIER et al., 2006, p. 335).

Por essa ótica, “saber” alguma coisa implica a capacidade de apresentar as razões de uma pretensa verdade, resultado de uma atividade eminentemente discursiva que busca validar-se por meio de argumentos, operações (lógicas, retóricas, dialéticas, empíricas etc.) e linguísticas. Por meio de proposições e ações, coloca-se na fronteira da subjetividade em direção à intersubjetividade. Implica sempre o diálogo com o outro e manifesta-se como fruto de discussões, de trocas e acordos discursivos dentro de determinada comunidade que compartilha certos valores (OLIVEIRA, 2000, p. 86; GAUTHIER et al., 2006, p. 336).

Os princípios estruturantes das práticas, por sua vez, se apresentam como regras e rotinas que se exprimem numa certa modalidade de saber. Podem se manifestar em estado prático – sentido contextual e implícito da ação (*consciência prática*) – ou em discurso – sentido explícito e específico (*consciência discursiva*) e exige um tipo de polimorfismo do raciocínio (GIDDENS, 2003, p. 8).

Os esquemas de ação e percepção se organizam como se fossem “estoques de *habitus*”¹ são utilizados em diferentes contextos como *inscrição nos corpos*.² São experiências anteriores que criam esquemas de percepção, apreciação e ação que dependem do grau de legitimidade que os diferentes capitais acumulados em cada campo de pertencimento. Permitem tanto operar atos de conhecimentos práticos, fundados no mapeamento e reconhecimento de estímulos a que estão dispostos a reagir, como engendrar, sem posições explícitas e cálculos racionais, estratégias adaptadas e renovadas, circunscritas aos limites estruturantes dos campos a que pertencem (BOURDIEU, 2001, p. 172; LAHIRE, 2002, p. 37).

A produção de polimorfismos revelada pela ação dos sujeitos dá margem e emerge de relações produzidas em ambiente, que se movem constantemente na direção da produção de valores de uso, de sujeitos (os trabalhadores) e a da busca de sustentabilidade e reprodução da própria instituição (CAMPOS, 2000).

Para tanto, a função Apoio em suas duas Ações (Clínica e Técnico-pedagógica) torna-se condição necessária para a coprodução de autonomias com aportes nas áreas de gestão que se imbricam na singularização dos processos de cuidado, na defesa e na legitimação dos princípios e diretrizes do SUS. Entendido como política pública social, universal e redistributiva e arranjo de saberes e práticas, tem

¹ O *habitus* expressa, em primeiro lugar, o resultado de uma ação organizadora, com significado próximo às palavras como estrutura; designa também uma maneira de ser, um estado habitual (especialmente no corpo) e por último uma disposição, tendência, propensão ou inclinação (BOURDIEU; WACQUANT, 2008, p. 44).

² Aprende-se com o corpo, a partir da inscrição da ordem social por meio de uma confrontação permanente mais ou menos dramática, de *habitus*, de adquirido, que sempre confere um lugar a afetividade e transformação (MAUSS, 2003, p. 405-407; BOURDIEU, 2001, p. 172).

por horizonte a apropriação nos processos de gestão de arranjos e dispositivos capazes de transformar novos padrões de democracia institucional (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Espaços de encontro, cogestão e democracia

A emergência de tal proposta metodológica surge da análise crítica realizada por Campos, quando observa que a racionalidade gerencial hegemonicamente empregada no setor saúde tem provocado processos de alienação dos sujeitos (CAMPOS, 1998). Os processos de cogestão serviriam como espaços de constituição de sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) capazes de produzir movimentos de análise e sínteses que ampliariam significativamente suas capacidades de intervenção e transformação dos processos de trabalho, e a consolidação de espaços de negociação permanentes que ampliariam a democratização institucional.

Tais espaços ganham contornos de produtores de processos de inflexão e afirmação de valores públicos, cabendo uma pergunta: em que medida tais espaços são capazes de fazer com que cada sujeito se posicione na direção de construção de tais compromissos?

Os profissionais que estão enfrentando o desafio de construir o papel de apoiadores muitas vezes revelam potência em sua atuação, como no caso de entrevistados, quando se referem ao papel articulador entre as unidades de saúde e as Secretarias de Saúde (nível central):

[...] como a gente pode articular pra dentro da secretaria pra gente ajudar esse povo a articular? Porque a gente via que havia um distanciamento muito grande em relação a unidade de saúde do nível central, e a gente tinha que trazer essa proximidade, e trazer o apoio aqui pra dentro também. Todos nós deveríamos ter o sentido do apoio. E aí veio a proposta nova, da nova gestão, que na época da transição conversou muito com o grupo anterior que estava aqui, dizendo que tem interesse em dar continuidade a esse modelo de apoio institucional, que achava legal, porque a proposta do novo governo também era de gestão compartilhada (Entrevistado – Região Sudeste).

A nossa maior dificuldade é conversar com a gestão, porque ter que fazer com que eles vejam que isso é importante, e muita

coisa que a gente está fazendo e não tem o apoio certo, então a gente tem essa dificuldade de estar conversando com a gestão (Entrevistado – Região Sul).

Amparados em Chantal Mouffe (1996), consideramos que tais espaços devem ser capazes de recuperar as noções fundantes de virtude cívica, vida pública, bem comum e comunidade política, que foram abandonadas pelos teóricos do liberalismo, mas têm de ser reformuladas de forma a torná-las compatíveis com a defesa da liberdade individual.

Vejam os porquê de tal afirmação: para Mouffe, a questão da identidade política é fundamental, e a tentativa de constituir identidades para os “cidadãos” é uma das tarefas importantes da política democrática. Entretanto, existem muitas concepções diferentes de cidadania e no seu concurso estão em jogo muitas questões vitais. A forma como definimos a cidadania está intimamente ligada ao tipo de sociedade e de comunidade política onde cada sujeito se insere e constrói sua identidade (MOUFFE, 1996, p. 84).

Tal identidade é resultado de um processo constante de articulação entre as duas transações: “internas” (subjetivas) e “externas” (objetivas). Constitui a chave da relação entre as identidades herdadas, aceitas ou recusadas, e as identidades visadas, em continuidade ou em ruptura com as precedentes. As diferentes articulações entre condições objetivas, quando confrontadas com as estruturas subjetivas, ocorrem através de duas formas de construção: a identidade para si e identidade para o outro, como resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural (DUBAR, 2005).

A construção da identidade surge como resultado de movimentos sincrônicos e diacrônicos de socialização primária e secundária. A socialização primária ocorre na família, escola, vizinhança, amigos, religião, clubes etc., que possibilitam a incorporação de um “*saber de base*” pré-reflexivo, pré-dado, que ocorre pela aquisição da linguagem, assegurando, simultaneamente, “a posse subjetiva de um eu e de um mundo” (BERGER; LUCKMANN, 1990, p. 184).

A identidade é (re)construída nas passagens da socialização primária à secundária e não ocorre como uma simples reprodução dos

mecanismos da socialização anterior, mas a partir da incorporação de saberes especializados ou saberes profissionais fortemente definidos e construídos por referência a um campo de atividades. A possibilidade de ruptura entre esses dois processos efetiva-se com a não reprodução das relações sociais e das identidades anteriores. Assim, torna-se necessário discernir sua dinâmica de construção com base na relação individual e social e como produto de sucessivas socializações, não como uma dimensão única e inequívoca, na perspectiva da *dualidade do social* (DUBAR, 2005, p. 23).

Aqui se pode falar então que a trajetória de cada sujeito forma uma espécie de “saber-fazer hologramático” que se revela pela associação entre pensamento e ação, entre fazer e saber, entre saber e ser, que pode produzir práticas diferentes das existentes e constitui certa “*epistème cotidiana*” implícita nas ações dos agentes. É, portanto, definido como um saber incoerente (contraditório) de suas determinações relacionais e assume a conformação do costume, conservadorismo e continuidade, mas ao mesmo tempo tem a capacidade de produzir outras práticas (MORIN, 1998, p. 106).

Esse jogo de posicionamentos permite instaurar novas linhas de força, demonstrando que o sentido do jogo produzido e valorizado pelo conjunto de agentes ocorre num universo de temporalidades diacrônicas que asseguram a conformação de maneiras de se perceber, julgar, valorizar o mundo, e servem como conformadores da forma de agir de cada agente estruturando suas ações (BOURDIEU, 2001, p. 178; BOURDIEU, 2005, p. 143; BOURDIEU; WACQUANT, 2008, p. 47).

A ação é o ponto de encontro de experiências passadas, incorporadas sob o formato de esquemas (sensório-motor, perceptivo, de avaliação e apreciação) e de hábitos adquiridos (sentir, dizer e fazer), segundo Lahire (2002). Neste sentido, a função Apoio ganha contornos de produtora de consensos, de acordos tácitos, reconhecimento intersubjetivo, de pretensões e de validade permanentemente abertos a críticas e a reformulações, tendo por horizonte a construção de um saber válido e vinculante. Assim cada sujeito, por meio do Apoio e da produção dos consensos que se constroem no âmbito do próprio coletivo, não é imposto de fora para dentro (HABERMAS, 1984).

Desta feita, o que entendemos por democratização das relações que podem ser disparadas pela função Apoio caracteriza-se pela produção de consensos (muitas vezes provisórios) e ações, de acordo com os fluxos de interesses dentro de cada coletivo. A definição de cidadania radical sugerida por Chantal Mouffe nos parece elemento que sintetiza a garantia do direito individual e mais livre que a comunitarista, que trataria da busca/afirmação de um bem comum, em geral abstrato demais para indivíduos comuns (MOUFFE, 2000).

Neste ensaio, portanto, assume-se como pressuposto, nos processos de análise e compreensão das diferentes propostas de Apoio em curso, a necessidade de desvelamento do jogo de posicionamentos dos trabalhadores, gestores, usuários, e por que não dizer, dos apoiadores, frente a suas práticas e frente à compreensão que cada um deles tem dos principais pilares da função Apoio, proposta por Gastão Wagner Campos.

Os esforços para o conhecimento das práticas de cada um dos sujeitos implicados na função apoio e nos espaços de cogestão e a possibilidade de alterá-las estão diretamente relacionados à interação entre três contextos:

- o primeiro contexto diz respeito ao trabalho, conformado pelas práticas cotidianas na relação direta com os usuários, e que define as funções que, de forma mais imediata, dizem respeito ao universo simbólico do que sejam tais práticas;
- o segundo, “profissional”, seria aquele em que cada sujeito elabora como um coletivo, um modelo de comportamento profissional (ideologias, conhecimentos, crenças, rotinas etc.), produzindo um saber técnico que legitima suas práticas.
- o terceiro contexto, denominado sociocultural, proporciona valores e conteúdos importantes e está associado ao comprometimento social do ato de agir de cada sujeito que habitam e convivem nestes espaços de cogestão. É onde se alia o *saber-fazer* com o *saber-ser*, fato este que amplia e potencializa a dimensão ontológica do seu papel enquanto sujeito.

Uma diferença grande foi da aproximação da gestão com os trabalhadores, porque a maioria das ações que foram construídas

foram propostas feitas pelos trabalhadores, então tinha essa escuta da gestão, e isso fez com que muitas coisas funcionassem. E a gente tem isso como direção, tem esse potencial de criatividade pra usar como orientação e muitas coisas a gente conseguiu também a partir da nossa criatividade, por essa perspectiva, não com as portas fechadas e nada disso, muitas das ideias surgiram da gente. E um lado muito importante pra gente foi do prefeito e a secretaria ouvir os trabalhadores, chamavam a gente e partilhar com a gente, ouvia as equipes (Entrevistado – Região Sul).

A função Apoio pode se traduzir na oferta de ajuda aos coletivos para o enfrentamento de problemas advindos de sua própria dificuldade de trabalhar em equipe, bem como auxiliar na construção de projetos de intervenção. Combina, de forma articulada, a clínica e a gestão, tratadas como indissociáveis. Ou seja, o Apoio institucional é uma “tecnologia de suporte clínico institucional” (PASCHE, 2006, p. 106)

Institucionalidade e processo formativo

Em sua aplicação como política, a função do Apoio gera ainda dúvidas quanto a sua implementação e organização. Para alguns dos entrevistados e instituições onde estão trabalhando, não fica claro o futuro da política e o que será gerado a partir disso.

Eu entendo que independente do cargo que eu estou, apoio não é cargo. Eu não estabeleceria função-apoiador, ou cargo comissionado, ou função gratificada, porque a questão é da metodologia. Eu sou apoiadora enquanto uma proposição de uma metodologia para dar potência àquilo que eu já faço. Se eu preciso gratificar, aí eu já tenho dúvidas se essa metodologia é tão potente a ponto de eu precisar gratificar o sujeito. Então, independente do lugar que eu estou, eu vou adotar o método. Porque na minha função eu ponho a metodologia como a potência, se eu preciso gratificar pra dar potência à metodologia aí eu já tenho dúvidas se ela é tão potente (Entrevistado – Região Sudeste).

Eu acho que pra fazer o apoio você tem que estar disponível pra tudo na vida, mas eu acho que para o apoio ele é uma coisa difícil porque tem que mexer na cabeça, pra chegar em uma Unidade, pra conversar com uma equipe, propor um novo jeito de pensar,

tentar que eles ampliem o modo que eles estão vendo as coisas, você também tem que fazer esse exercício contigo mesmo. E eu acho que isso é difícil, as pessoas não querem fazer isso, porque é mais fácil *fazer do mesmo jeito que eu estava fazendo, do jeito que eu entrei aqui no CAPS*, como a gente vê alguns trabalhadores aqui e não sair (Entrevistado – Região Sul).

Será possível, através da organização dos serviços com esse novo “elemento”, gerar novas relações entre os membros das equipes e entre as unidades e as Secretarias de Saúde? Qual seria a potência dessa experiência para a mudança de *habitus*, levando em conta as diferenças históricas e culturais locais que permeiam cada realidade de saúde?

O *habitus*, enquanto disposição incorporada, é um sistema de percepções, visões de mundo por meio das quais os sujeitos se comunicam, desenvolvem suas narrativas e desenvolvem seus esquemas de ação como estoques de comportamento futuro. Nas palavras de Geertz (1989, p. 109), “as visões de mundo são constituídas por símbolos que sintetizam um *ethos* de um povo ou grupo os símbolos provocam poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens”. Esse modo de agir (*ethos*) muitas vezes se torna a prática a partir de esquemas voltados a uma utilidade imediata, ou por uma razão instrumental.

Sodré (2006, p. 84), apropriando-se do conceito da *Hexis* Aristotélica (mais tarde traduzido por Bourdieu por *habitus*), nos informa que se torna desejável nos processos educativos (um dos elementos constitutivos da função Apoio) transformarmos diferentes *ethos* profissionais, cristalizados e estáticos em movimentos de instalação da diferença, na direção da construção de um novo modo agir (o de Habermas). Isso implica aceitar que nesses espaços de encontro (chamados por Campos de “Rodas”) circularão as ideias da aceitação da responsabilidade pelas ações, como um corolário de liberdade.

O efeito pedagógico do Apoio inaugura, assim, a possibilidade de cada sujeito ir além da repetição contingente de um costume ou prática (derivada do *ethos* profissional, ou núcleo de saberes e práticas proposto por Campos) na direção da aceitação dos impulsos de liberdade que transformam *Ethos e Hexis* (também visto nos estudos de Chantal Mouffe). Tal afirmação e formulações de propósitos deixam

claro que educar na Roda é processo, sua radicalidade ético-política, assume-se como uma viagem em direção ao incerto.

Nas palavras de Sodré (2006, p. 87):

Na possibilidade de outros modos de produzir e pensar, eclodem as mudanças, emerge o novo, afirma-se o propriamente humano, como manifestações de um ser não determinado em bases absolutas – portanto, como exigência de uma preparação permanente de si mesmo e prepararam-se as bases de transformação coerente da ordem social.

Considerações finais

Sem a intenção de esgotar a reflexão, observamos nas experiências pesquisadas uma grande riqueza de construções e inovações institucionais. Entretanto, a grande riqueza ou potencialidade que gostaríamos de ressaltar está, a nosso ver, naquelas experiências onde os participantes tiveram a capacidade de ouvir, perceber e interagir com a visão de mundo dos outros participantes, não ignorando suas histórias e dificuldades. Ao contrário, valorizaram suas potencialidades e se esforçaram em construir olhares compartilhados sobre problemas, corresponsabilizando-se pelas propostas de solução.

Por fim, somos otimistas ao observar que, apesar das dificuldades, muitas experiências inovadoras mantêm a luta pelo SUS. A nosso ver, para além dos dispositivos de mobilização e mudança em determinadas gestões datadas, a função Apoio tem mostrado sua face mais importante ao poder proporcionar permanentes espaços de encontros, de debates, de produção de conhecimento intersubjetivo e de ações empreendidas coletivamente.

Referências

- BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1990.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XX, 2008.
- BOURDIEU, P. *O conhecimento pelo corpo*. In: _____. *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2001, p. 157-198.
- _____. *Razões práticas sobre a Teoria da Ação*. Campinas: Papyrus, 2005.

- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez 1998.
- _____. *Um método para análise e gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método paideia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo*. Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, jan-jun 2010.
- DUBAR, C. *A socialização construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- GAUTHIER, C. et al. Por uma teoria da pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente. Ijuí: EdUnijuí, 2006.
- GEERTZ, C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GIDDENS, A. *Elementos da teoria da estruturação*. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- HABERMAS, J. *The theory of communicative action*. V. 1. Reason and the rationalization of society. Boston: Beacon Press, 1984.
- LAHIRE, B. *Homem plural: os determinantes da ação*. Petrópolis: Vozes. 2002.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naif, 2003.
- MORIN, E. A ecologia das ideias. In: _____. *O método 4*. As ideias: habitat, vida, costumes, organização. Porto Alegre: Sulina, 1998. p. 17-138.
- MOUFFE, C. *Deliberative Democracy or Agonistic Pluralism*, 2000 (Political Science Series 72).
- _____. *O regresso do político*. Lisboa: Gradiva, 1996.
- OLIVEIRA, G.N. *De devir apoiador uma cartografia de função apoio*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. 171p.
- PASCHE, D.F. Gestão e subjetividade em saúde. In: PASCHE, D.; DA CRUZ, I.B.M. (Orgs). *Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: EdUnijuí, 2005.
- RIVERA, F.J.U. *Agir Comunicativo e Planejamento Social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- RIVERA, F.J.U.; ARTMAN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In RIVERA, F.J.U. (Org.). *Análise Estratégica em Saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.p. 17-35.
- SODRÉ, M. *Antropológica do espelho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

PARTE III

Apoiadores e seus territórios: mapeando sujeitos, experiências e efeitos

Construção da estratégia de mapeamento dos apoiadores do SUS

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA

ROSENI PINHEIRO

FABIO HEBERT DA SILVA

TATIANA COELHO LOPES

O apoio como estratégia de ação em saúde tem sido fundamental na efetivação do SUS junto ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais e Municipais, serviços e na articulação entre os entes federados. Dessa forma, com o crescente investimento nesta estratégia, tornou-se fundamental conhecer algumas características presentes na prática do apoio e que expressem no cotidiano dos serviços de saúde sua relação com os princípios do SUS e com a promoção de uma maior transversalidade entre as áreas programáticas na elaboração de ofertas específicas para o cuidado.

Embora se trate de um tema com relevante pertinência, o apoio compõe uma discussão relativamente recente no âmbito do SUS e está pautado por importantes autores da Saúde Coletiva¹ – portanto, parte de múltiplas referências ao mesmo tempo em que se desdobra em diversas nuances. Temos, simultaneamente, a constituição da Rede Multicêntrica de Pesquisa, inaugurada pelo LAPPIS e a proposta de realização da pesquisa “Áreas Programáticas Estratégicas e Direito à Saúde: a construção da integralidade no contexto do apoio institucional”. O principal objetivo desta pesquisa então, partindo

¹ Principalmente, reconhecemos e consideramos as contribuições do professor Gastão Wagner Campos e da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) na inauguração e sustentação dessa temática. Também é importante ressaltar as contribuições de muitos outros autores como dos professores: Liane Righi, Gustavo Nunes Oliveira, Maria Elizabeth Barros de Barros, Eduardo Passos, Dário Pasche, Regina Benevides de Barros e Gustavo Tenório Cunha.

da noção de uma metodologia primordialmente coparticipativa e desdobrando-se no esteio da multirreferencialidade, foi produzir planos de visibilidade para o trabalho dos apoiadores na lida com as questões concretas do SUS. E principalmente, produzir pistas sobre esse fazer do apoio na relação com a garantia do direito à saúde e com a integralidade do cuidado.

Um dos eixos metodológicos que visou realizar tal mapeamento e a construção desse um plano de visibilidade foi o convite aos trabalhadores do SUS, que realizam atividades de apoio, mobilização, articulação, interlocução e mediação no âmbito do SUS para compartilhar algumas perspectivas acerca de sua experiência com outros trabalhadores e outras instituições, por meio de um questionário eletrônico. A população-alvo foi constituída por trabalhadores que se reconhecem no exercício do apoio e que atuam no SUS.

Tratava-se de um desafio bastante complexo, pois consistia em abordar uma multiplicidade de sentidos acerca das práticas de apoio. Sentidos, em muitos casos, bastante diferenciados e pouco consensuados. Essa questão seguramente traz repercussões epistemológicas sobre o tema das metodologias de pesquisa em saúde. Por isso, do mesmo modo que a convocatória² para relato de experiências de apoio institucional, o questionário foi produzido coletivamente, em diversos momentos de encontros com apoiadores e gestores das áreas técnicas do DAPES, reuniões de planejamento, oficinas metodológicas. E também como na construção da convocatória, temos como aspectos centrais nesta pesquisa, os efeitos da produção de subjetividade relacionados à prática do apoio, considerando a construção de processos transversais às diferentes políticas específicas do Ministério da Saúde, as singularidades dos coletivos, o cuidado em saúde e a construção da participação. Reafirmamos assim, em relação à construção do instrumento, bem como na produção, sistematização e análise dos dados, uma aposta e um compromisso ético com os patrimônios coletivos, com os modos de se fazer pesquisa no âmbito da Saúde Coletiva; e ao mesmo tempo, a singularidade e o caráter processual do apoio.

² Para mais detalhes, ver os textos da parte I desta coletânea.

A estratégia de mapeamento

Interessa-nos menos definir *a priori* o método pelos instrumentos utilizados; e mais, coproduzir um mapa que nos aproxime do apoio concreto, com seus desafios e potenciais, na efetivação dos princípios do SUS.

Então, para o questionário funcionar como dispositivo (SILVA; BARROS, 2010), o trato com os instrumentos e tecnologias precisam ajudar no acesso às questões concretas dos processos e desafios dos coletivos que constituem o SUS. As questões devem fazer sentido para os trabalhadores e ter algum grau de fechamento em torno dessas questões; ao mesmo tempo, possuir um bom grau de abertura para que em espaços coletivos possam funcionar como conjunto de diretrizes e encaminhamentos interessantes para o SUS. Daí a necessidade de construção, reconstrução e validação junto aos sujeitos implicados no processo – neste caso, os apoiadores, de forma que a convocação para preenchimento dos questionários apontasse para uma chamada mais ampla para as práticas de apoio, para algo que tratamos então, como mapeamento de experiências de apoio.

Além dos encontros com quem lida em seu cotidiano com a temática do apoio, tomamos como principais referências para nos ajudar a balizar a discussão sobre as noções de apoio e a próprio questionário, o conjunto de diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização e as contribuições do professor Gastão Wagner Campos. Tais referências, entre outras, contribuíram para a reflexão sobre os desafios relativos à produção de democracia institucional no SUS. Desse modo, afirmamos que os atores que constituem o SUS são efeitos do modo como as relações se estabelecem. Trata-se de um ator que é produzido no processo mesmo de construção do SUS. As pessoas não estão prontas, à espera de uma determinação externa e abstrata que lhes imprima um jeito de ser.

Podemos tratar essa reflexão como pertencendo à discussão de uma subjetividade que é produzida, de um processo de produção de subjetividade como dimensão inerente ao trabalho em saúde. O apoio, a partir desse referencial, tem sido pensado com a finalidade de intervir na construção de espaços coletivos, organizados para definição de tarefas, análise e elaboração de projetos de intervenção.

Assim, a construção de diferentes políticas (BARROS; PASSOS, 2009) é uma dimensão central na atividade de apoio, pois seus objetivos requerem relações entre políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, setores institucionais, saberes, projetos e interesses políticos. Novas ações no âmbito do apoio implicam novos sentidos às práticas em saúde

Por que Apoio?

A partir do momento em que o Ministério da Saúde passa a pautar a discussão do apoio, temos concomitantemente o crescimento da demanda dos serviços, nos estados e municípios por apoio, como relatam os apoiadores. Todo o movimento que pode ser disparado pelas discussões sobre o que seria interessante dar visibilidade, considerando tanto uma demanda direta por apoio para trabalhar as redes temáticas e prioritárias em saúde, quanto uma demanda indireta, produzida na mesma medida em que o tema do apoio ganha contornos mais nítidos e maior importância no âmbito do SUS. Ultrapassa, inclusive, os espaços de formação propostos pelo próprio Ministério, como formação para se trabalhar a implementação das redes temáticas de atenção à saúde ou na perspectiva da Política Nacional de Humanização. Muitos apoiadores, que participaram dos espaços de construção, colocaram a questão sobre os trabalhadores que se autodenominam “apoiador” sem ter passado por “cursos” oferecidos pelo Ministério da Saúde ou gestões estaduais ou municipais. Isso terminou por se desdobrar em muitas outras questões que dizem sobre o apoio em situação de trabalho – por exemplo, “quem nunca participou de curso é apoiador?”, “que tipos de saberes tem se articulado ao cotidiano das práticas de apoio?”, “esse que se reconhece apoiador, como articula essa prática às agendas propostas pelo MS e as questões concretas do território?”.

Sinaliza-se que, à medida que o apoio se torna uma estratégia tão importante para o MS e para outras instâncias regionais e locais, surge também a demanda para uma compreensão mais situada de como esse apoiador se forma e de como esse processo está articulado aos modos de vinculação com a gestão em saúde. Que regiões têm demandado mais apoio? De onde vêm os apoiadores que trabalham em determinada região? Que ações são efetivamente realizadas que

caracterizam o fazer desse trabalhador com o apoio? O questionário visa, então, conhecer e analisar este conjunto de questões.

Nessa direção, o questionário produziu um material empírico, que tem nos permitido abrir ou recolocar algumas questões sobre o apoio, a partir dos territórios nos quais estão inseridos; para que tenhamos, de forma crescente, mais elementos para continuar compondo espaços coletivos. A ideia era que o questionário funcionasse como dispositivo, como dito anteriormente, para disparar movimentos e arranjos concretos na saúde (SILVA; BARROS, 2010). Somente “medir”, somente “quantificar”, como representação de um objeto matemático, seria esvaziar de história e complexidade o apoio em meio aos desafios do SUS.

É articulando a pesquisa com um fazer-situado que o quantitativo e o qualitativo podem não equivaler a instrumentos e ferramentas utilizados. O acompanhamento e acesso ao “quali” e ao “quanti”, como dimensões imbricadas, possibilitam a invenção de estratégias, onde importa a avaliação de seus efeitos. Como os dispositivos montados articulam-se aos problemas que fazem a pesquisa, o que produzem? (CESAR; SILVA; BICALHO, 2013, p. 368).

Ao invés de colocarmos a discussão sobre a pertinência do questionário no plano do quantitativo/qualitativo, pensamos, como René Lourau (1993), que remetendo ao campo da multirreferencialidade, faz a crítica à neutralidade na ciência, e com a noção de implicação, apresenta um plano para se pensar as condições ou o conjunto de condições onde a pesquisa surge. Daí podermos afirmar que inclusive esta estratégia metodológica se constitui como pesquisa-intervenção, o que, em nosso entendimento, faz grande sentido quando pensamos o tema do apoio. A multirreferencialidade então diz respeito tanto à superação da relação sujeito-objeto, quanto em relação às apostas metodológicas.

O questionário

O questionário foi divulgado *online* no site do LAPPIS, por pessoas-chave ligadas ao apoio nas áreas programáticas, assim como gestores e trabalhadores das Secretarias Municipais e Estaduais de

Saúde. Convocamos trabalhadores que se identificassem nas suas atividades cotidianas alguma relação com a experiência de apoio, entre elas: função de mobilização, articulação, interlocução e mediação no âmbito do SUS. Buscamos realizar um mapeamento desses profissionais no âmbito nacional, ou seja, desejávamos conhecer quem são estes trabalhadores, como eles se identificam na atividade de apoio no SUS, quais seus itinerários formativos, e quais as principais ferramentas utilizadas no exercício do apoio.

Vale ressaltar que foram convocados a responder o cadastro não somente os profissionais que ocupam “cargos” predefinidos de apoio no âmbito da gestão, mas todos os trabalhadores que identificavam sua atividade como de mobilização, articulação, interlocução e mediação no SUS.

Uma das principais diferenças em relação à convocatória é que o questionário constitui-se como uma ação extensiva e de preenchimento individual, visando exatamente produzir um mapa da distribuição, formação e atividades do apoio no Brasil. Já a convocatória diz respeito a um acompanhamento intensivo de experiências institucionais de apoio.

Sobre o método e o instrumento

Este eixo metodológico da pesquisa foi composto de um estudo transversal, descritivo, cuja população-alvo foi constituída por trabalhadores da saúde que se reconhecem na atividade do Apoio no SUS. Foram considerados ineligíveis os profissionais que realizaram o *login*, mas não concordaram com os termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os que aceitaram participar da pesquisa, porém não responderam as perguntas do questionário. Ao todo, participaram do estudo 550 apoiadores. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário eletrônico, respondido *online* e de forma individual, que foi alocado no *site* do LAPPIS (www.lappis.org.br).

Algumas estratégias foram utilizadas para convocar os profissionais a conhecer e participar do preenchimento do questionário: além de chamadas constantes no *site* do LAPPIS e da Rede HumanizaSUS e seus informativos eletrônicos, também foram encaminhados e-mails para grupos específicos de apoiadores do Ministério da Saúde, vinculados às áreas temáticas do DAPES.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pela equipe de pesquisadores e validado com os apoiadores que participaram das Oficinas de Construção Coletiva da Pesquisa.³ Com as sugestões obtidas nas oficinas, criou-se uma nova versão aperfeiçoada do questionário que foi utilizada para a realização do estudo piloto, no qual foi testada a funcionalidade da plataforma *online*, assim como a duração para preenchimento do cadastro. O produto final foi um questionário autopreenchível (ver Anexo) contendo perguntas fechadas e abertas, composto por 34 itens, divididos em três blocos. O primeiro bloco era composto de características sociodemográficas: com sete perguntas sobre o nome, idade, sexo, escolaridade, local de moradia, formação acadêmica e vínculo institucional do profissional de apoio.

O segundo buscava mapear algumas características das experiências dos apoiadores, composto de dez questões que abordavam o tempo que o trabalhador exercia o apoio e o número de horas semanais destinadas a essa atividade. Além disso, perguntou-se: se ele se vinculava um “cargo” definido como apoiador; a importância de se receber remuneração; e a renda recebida para a atividade de apoio. Também se buscou conhecer a instituição onde realizava o apoio (geograficamente); de onde surgiu a demanda para o apoio; sua relação com as redes temáticas (rede cegonha, de atenção às condições e doenças crônicas, de atenção às urgências e emergências, de atenção psicossocial e de cuidado à pessoa com deficiência), com alguma das áreas programáticas do DAPES/MS (Saúde do Adolescente e do Jovem, da Criança, do Idoso, da Mulher, da Pessoa com Deficiência, do Homem, Saúde Mental e Saúde Prisional) ou a Política Nacional de Humanização.

O terceiro bloco englobou o itinerário formativo, direito e comunicação: este contemplava 17 perguntas referentes a esses temas. Foram abordados a formação e os cursos realizados especificamente para capacitá-lo no exercício do apoio e redes temáticas. Entendendo o apoio como uma estratégia de democratização das relações institucionais (CAMPOS, 2000, 1998; OLIVEIRA, 2011), foi perguntado sobre

³ Mais detalhado no capítulo intitulado “Operacionalizando a pesquisa: trajetória, encontros científico-técnico-formativos e disseminação das lições aprendidas.” na primeira parte desta coletânea.

o grau de dependência de outros atores no trabalho realizado; se há relação do trabalho com a integralidade e com as instituições jurídicas; os efeitos e repercussões do trabalho; os dispositivos utilizados no processo; e a produção de memória sobre esse trabalho.

Como combinar democratização institucional com capacidade operacional e, portanto, com algum grau de centralização vertical, sem o qual os estabelecimentos se perderiam em discussões intermináveis ou em particularismos? Como propiciar independência e autonomia para cada equipe, sem que se perca o sentido de rede de compromissos, sem que se perca a noção de sistema, ou sem que seja comprometida a diretriz da integralidade da atenção? (CAMPOS, 1998, p. 865).

Para finalizar este bloco, perguntamos sobre a relação entre o trabalho de apoiador e a comunicação, ou seja, se seu trabalho repercutia na mídia e a repercussão desta no trabalho, e qual uso da mídia no trabalho diário.

Ressaltamos que todos os dados foram tabulados e analisados de forma conjunta, e aqueles que possibilitavam a identificação dos trabalhadores, como nome, endereço e CPF, foram mantidos em arquivo separado, cujo acesso só foi permitido à coordenadora do projeto e à responsável pelo banco de dados. Essas medidas foram adotadas visando ao cumprimento do acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma a assegurar o sigilo dos dados dos participantes.

O programa estatístico *Stata 9.0* foi utilizado para armazenar, organizar e analisar os dados e a confecção dos gráficos e tabelas realizados em *Excel*. Primeiramente, foi realizada uma descrição geral dos resultados por meio de análises univariadas, em que foram examinadas a distribuição de frequências para cada variável de estudo, seguida de análises bivariadas para as variáveis de interesse selecionadas pelo grupo de pesquisa. Dessa forma, apresentaremos os resultados divididos em categorias nos próximos dois capítulos desta coletânea.

Desafios, limitações e desdobramentos

Por ser um questionário individual e respondido *online*, algumas dificuldades foram se apresentando ao longo do processo. A primeira

delas foi o fato de que alguns profissionais somente preencheram as perguntas iniciais e não completaram o cadastramento. Este foi, inclusive, um dos critérios utilizados para exclusão de apoiadores do cadastro de análise – sempre que o participante respondia apenas às perguntas de iniciais de identificação (nome, idade, sexo e *e-mail*) e não prosseguia com o preenchimento, ele era automaticamente excluído do banco de dados de análise.

Por outro lado, alguns participantes da pesquisa, apesar de responder todo o questionário, não o finalizavam ao final do processo. Essa finalização era necessária, pois além de salvar os dados, sinalizava para os pesquisadores que os dados estavam completos e que a partir daquele momento passariam a fazer parte do banco de dados a ser analisado.

Outra questão importante foi a necessidade de ter acesso a computadores e/ou internet de qualidade para conseguir, em tempo hábil, responder e enviar os dados pela rede. Isso nem sempre é possível em municípios mais distantes ou de baixa renda, tendo em vista o interesse da pesquisa em abranger (geográfica e educacionalmente) o maior número de trabalhadores em todo o país. A demora em preencher o questionário e a dificuldade em acessá-lo/enviá-lo pode ter feito com que alguns apoiadores desistissem durante o processo.

Outra dificuldade encontrada é que, devido ao caráter sigiloso dos dados, alguns desses problemas que seriam facilmente contornados (como não finalização do cadastro ou dados faltantes) não puderam ser corrigidos, visto que a cláusula de sigilo pressupõe a não identificação do participante e não nos permite entrar em contato com esses apoiadores, mesmo que para inquirir a respondente e corrigir as respostas faltosas ou incompletas.

Os resultados preliminares, que serão apresentados, são importantes para o início do mapeamento dos apoiadores nos serviços do SUS e de suas práticas, na interface com o direito à saúde, integralidade, formação, gestão dos processos de trabalho, redes sociais de cuidado e redes de atenção à saúde.

Realizamos alguns encontros no território para compartilhar elementos de análises preliminares dos dados produzidos através do questionário. Em hipótese alguma esse retorno-devolutiva poderia ser

considerado uma mera prestação de contas sobre a pesquisa. Num certo sentido, a devolutiva atravessa todo o processo de constituição da pesquisa – dos encontros iniciais com os apoiadores e gestores ao momento de pensar o modo mais estratégico de compartilhar de os resultados.

Algumas indicações são importantes, por estarem presentes nas discussões desse momento – por exemplo, o exercício coletivo de cada território pensar na relação entre os dados produzidos pelo questionário e seu trabalho concreto. Outra questão importante, partindo tanto das reflexões para construção do instrumento quanto dos referenciais teórico-conceituais, o apoio é entendido como outro modo de trabalhar, mas em algumas questões aparece indicado como outra atividade ou mais uma atividade, além daquela para a qual o trabalhador foi contratado. O apoio aparece como algo a mais, como mais trabalho e não como outro modo de realizar o trabalho em saúde, o que justificaria inclusive alguma remuneração extra (34,6% dos questionários apontam para a importância de se receber uma remuneração adicional para exercer a atividade de apoiador; ou 26,7% que consideram que o objeto do apoio está contemplado no exercício da sua função). E aqui algumas considerações podem ser feitas. Pode haver o entendimento que o apoio efetivamente é outra atividade, mas também um modo de se experimentar a gestão em saúde com baixa transversalidade,⁴ e aqui se trata mais de considerar a organização dos processos de trabalho e menos os entendimentos individuais. Como haveria uma demanda para o apoio, exigem-se do trabalhador ações em tese vinculadas ao apoio, sem que haja qualquer modificação nos modos de gestão dos processos de trabalho – o que explicitaria uma enorme contradição apontada pelos próprios apoiadores: o apoio só pode ser visualizado por seus efeitos, pelas transformações nos modos de trabalhar no SUS.

Tais reflexões nos ajudam a fazer uma apresentação e introdução ao eixo metodológico do mapeamento dos apoiadores no Brasil,

⁴ Ver texto “Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde”, nesta coletânea.

considerando o apoio como uma experiência recente no contexto de implementação de políticas de saúde, e necessita ser mais bem pesquisada e debatida para que sejam avaliados seus alcances e efeitos. Portanto, torna-se fundamental “olhar” as relações estabelecidas no cotidiano dos espaços institucionais, identificando os desafios e as estratégias inventadas na atuação dos apoiadores, bem como suas contribuições para a integralidade das ações em saúde.

Referências

- BARROS, R.B.; PASSOS, E. Por uma política da narratividade. In: _____. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- CAMPOS, G.W. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993.
- OLIVEIRA, G.N. de. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. 2011. 275 p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.
- SILVA, F.H.; CESAR, J.M.; BICALHO, P.P.G. O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, p. 357-372, 2013.
- SILVA, F.H.; BARROS, M.E.B. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

Apoiadores do SUS: quem são, onde e como atuam

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA

ROSENI PINHEIRO

FABIO HEBERT DA SILVA

GUSTAVO NUNES OLIVEIRA

TATIANA COELHO LOPES

Este capítulo descreve o perfil sociodemográfico dos apoiadores, sua vinculação e dificuldades enfrentadas no cotidiano das atividades realizadas no âmbito do SUS. Estes resultados fazem parte do inquérito realizado com os apoiadores, entre março de 2013 e janeiro de 2014, via preenchimento de questionário *online* disponibilizado no *site* do Lappis (www.lappis.org).¹

Foram convidados a participar todos os trabalhadores que identificaram sua atividade como mobilização, articulação, interlocução e mediação no SUS. Entre as estratégias de mobilização, foram realizadas chamadas constantes no *site* do Lappis e da Rede HumanizaSUS (e seus informativos eletrônicos), *e-mails* encaminhados para grupos específicos de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) e para aqueles vinculados às áreas temáticas do Departamento de Ações e Programas Estratégicos (DAPES), ambos ligados ao Ministério da Saúde (MS). A população de estudo é composta pelos profissionais que se percebem apoiadores do SUS e que preencheram o cadastro dentro do período (n=550).

No programa estatístico Stata 9.0 foi realizada a descrição geral dos resultados por meio de análises univariadas, e examinadas suas distribuições de frequências, seguidas de análises bivariadas para as variáveis de interesse.

¹ Para maior detalhamento, ver capítulo nesta coletânea: “Trajetórias dos apoiadores: o mapeamento como um dispositivo”.

Dados sociodemográficos dos apoiadores

Nos 550 questionários preenchidos, verificou-se que os apoiadores do SUS são predominantemente do sexo feminino (86,5%), com idade variando de 20 a 76 anos, sendo que mais da metade estava entre 31 a 50 anos (64%), segundo a tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da população de apoiadores do SUS, segundo sexo. Brasil, 2013-2014

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sexo	476 (86,5)	74 (13,5)	550 (100)
Idade (em anos)			
Até 30	61 (13,3)	10 (14,3)	71 (13,4)
De 31 a 40	151 (32,8)	24 (34,3)	175 (33,0)
De 41 a 50	142 (30,9)	24 (34,3)	166 (31,3)
De 51 a 60	90 (19,6)	7 (10)	97 (18,3)
Mais de 61	16 (3,5)	5 (7,1)	21 (3,96)
Maior escolaridade			
Ensino médio	6 (1,30)	2 (2,8)	8 (1,5)
Graduação	106 (23)	19 (26,8)	125 (23,5)
Especialização	159 (34,5)	14 (19,7)	173 (32,5)
Residência	34 (7,4)	6 (8,4)	40 (7,5)
Mestrado	117 (25,4)	25 (35,2)	142 (26,7)
Doutorado	39 (8,5)	5 (7,0)	44 (8,3)
Quantidade de graduações cursadas			
0	59 (12,7)	8 (11,1)	67 (12,5)
1	370 (79,6)	59 (81,9)	429 (79,9)
2	35 (7,5)	5 (6,9)	40 (7,4)
3	1 (0,2)	0	1 (0,2)

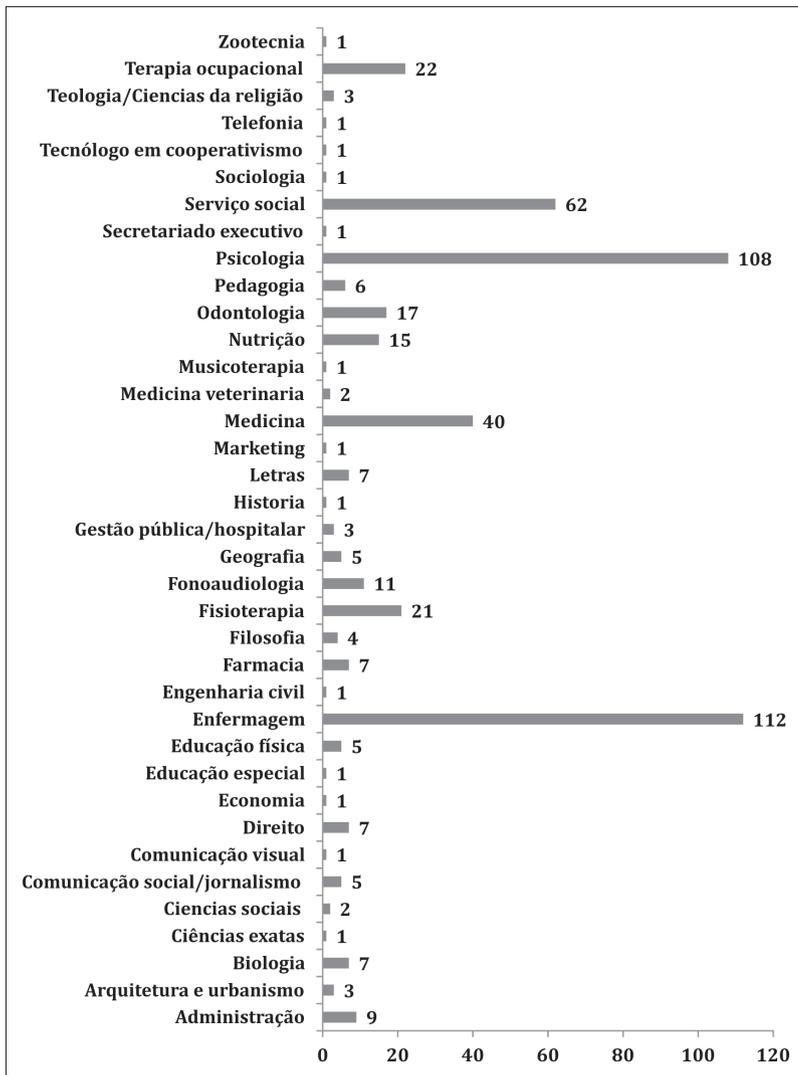
OBS: Os totais podem variar em função de respostas ignoradas.

A maior frequência da faixa etária de 31 a 50 anos e a predominância do sexo feminino sugerem semelhança com outros conjuntos de trabalhadores da saúde de nível superior, demonstrados em outros estudos (COSTA et al., 2013; TOMASI et al., 2008; KIRCHHOF et al., 2009). A predominância do sexo feminino pode estar relacionada, em parte, ao maior percentual do sexo feminino nas profissões de saúde e a questões de gênero na atualidade do trabalho em saúde.

Em relação à escolaridade dos apoiadores cadastrados, quase todos possuíam pelo menos uma graduação (79,9%), sendo que 7% possuíam duas graduações. Quanto à pós-graduação *stricto sensu*, 27% possuíam mestrado e 8% doutorado, demonstrando o interesse na qualificação formal e aperfeiçoamento desses profissionais, o que pode estar relacionado à complexidade do trabalho, campo teórico mais consistente. De qualquer modo, os dados caracterizam o apoio como trabalho realizado predominantemente por profissionais de nível superior, o que influencia certamente nas dinâmicas de poder entre as categorias profissionais nos contextos do trabalho em saúde (OJEDA; STREY, 2008).

Em relação à graduação cursada, foi possível identificar que as mais frequentes são as relacionadas às ciências da saúde (Enfermagem, Psicologia, Medicina, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, entre outras), porém entre as respostas verificamos também algumas graduações que à primeira vista não estariam relacionadas diretamente com o objeto da saúde, como História e Geografia. As três mais frequentes foram Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, profissões que têm um currículo voltado para questões do cuidado, para as relações entre os sujeitos e garantia dos direitos (gráfico 1).

Gráfico 1. Graduação dos profissionais da saúde que se reconhecem no exercício da função apoio no Brasil e que atuam no SUS. Brasil, 2013-2014



Possivelmente, o perfil e a disponibilidade de profissionais, em função de políticas da Atenção Básica, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), influenciaram nessa distribuição. Inclusive pelo fato de essas políticas citarem nominalmente em suas portarias o apoio institucional e matricial como ações e/ou estratégias previstas (BRASIL, 2010). Além disso, a maioria das profissões reveladas no estudo figura nos quadros funcionais das Secretarias Municipais, Estaduais, no Ministério da Saúde e outras organizações de saúde, sobretudo quando se considera todo o quadro de trabalhadores, incluindo áreas técnicas, administrativas e de logística, além de setores assistenciais diretos. Nesse sentido, a distribuição aponta a hipótese de que profissionais de áreas técnicas e administrativas estejam vivenciando o apoio e se considerem apoiadores, e não somente profissionais de assistência à saúde.

Local de moradia x local de atividade

A maioria dos apoiadores reside nos estados da Região Sudeste (40%) e Nordeste (22%) do país (gráfico 2). Quando estratificamos por sexo, identificamos que os apoiadores do sexo masculino estão localizados principalmente na Região Sudeste (46,4%), seguidos pelo Nordeste (26%) e Sul (16%), assim como os profissionais do sexo feminino.

Do ponto de vista geográfico, metade dos apoiadores realizava suas atividades no âmbito municipal, o que indica uma atuação mais próxima dos territórios de saúde e dos problemas locais (gráfico 3).

No entanto, quando observamos os apoiadores que realizam o apoio em âmbito estadual, percebemos que mais de 40% realizam atividades em estados diferentes do qual residem (gráfico 4).

Gráfico 2. Distribuição do local de moradia dos apoiadores cadastrados na pesquisa. Brasil, 2013-2014

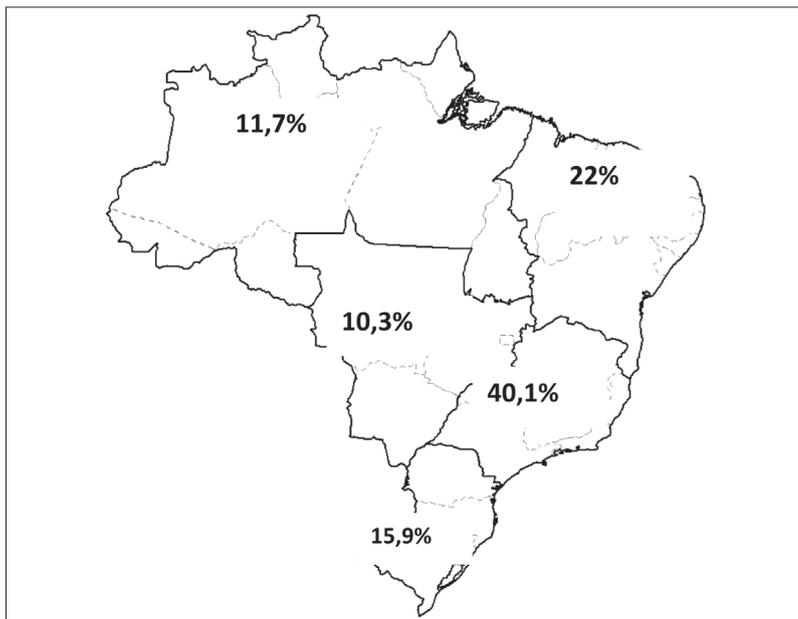


Gráfico 3. Localização geográfica do trabalho de apoio. Brasil, 2013-2014

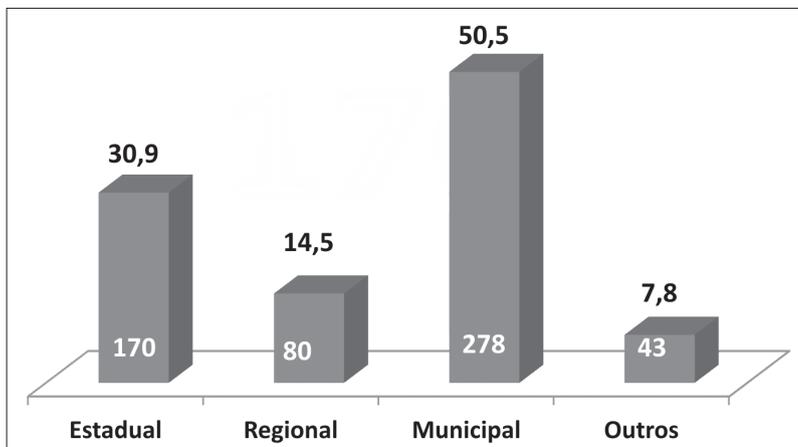
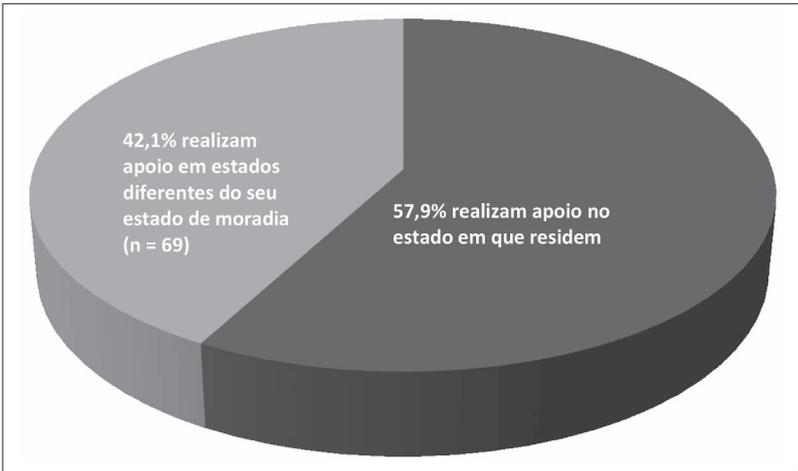


Gráfico 4. Local de moradia dos apoiadores segundo instâncias onde o trabalho de apoio é exercido. Brasil, 2013-2014



Para a análise desses achados, procuramos relacioná-los com os contextos de constituição desde as primeiras experiências de apoio no SUS e seu desenvolvimento até os dias atuais. Um aspecto relevante é que as primeiras experiências de apoio se desenvolveram em âmbito municipal, nos anos 1990 e início dos anos 2000 (RIGHI, 2002; CAMPOS, 2003; OLIVEIRA, 2011), em especial nas regiões Sudeste e Sul.

Em 2003, com a criação da PNH, o MS iniciou intervenções de apoio institucional, sobretudo em hospitais, em alguns estados brasileiros, com predominância na Região Sudeste. Com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) alguns Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP, 2013; PINHEIRO et al., 2013), na Região Sudeste e mais tarde em outras regiões, constituíram equipes para apoiar a formação e qualificação dos Colegiados de Gestão Regional, dispositivo da Regionalização da Saúde à época, além do processo de fortalecimento e emancipação dos Fundos Municipais de Saúde.

Esse movimento trouxe a prática do apoio mais fortemente para os âmbitos regionais e estaduais. No mesmo período, a PNH, a partir do MS, ampliou e consolidou sua estratégia de formação de apoiadores da PNH (PAVAN et al., 2010), abrangendo agora com maior fôlego todos os níveis de atenção, as esferas municipal e estadual, com processos de formação-intervenção maciços, em especial nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste (PAULON; MARASCHIN, 2010). No período de 2008 a 2010, também alguns estados brasileiros incorporaram estratégias de apoio institucional e a PNH ampliou o investimento em formação de apoiadores nas regiões Centro-Oeste e Norte.

Ressalta-se que a criação dos NASF, em 2008 (BRSAIL, 2010), trouxe novo impulso à implementação do apoio na esfera municipal, por se tratar de política voltada para a Atenção Básica. A partir de 2011, com o advento das políticas de Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde ampliou significativamente o número de apoiadores, muitos deles baseados em Brasília-DF ou em regiões metropolitanas, mas atuando em outros estados da federação (BRASIL, 2012).

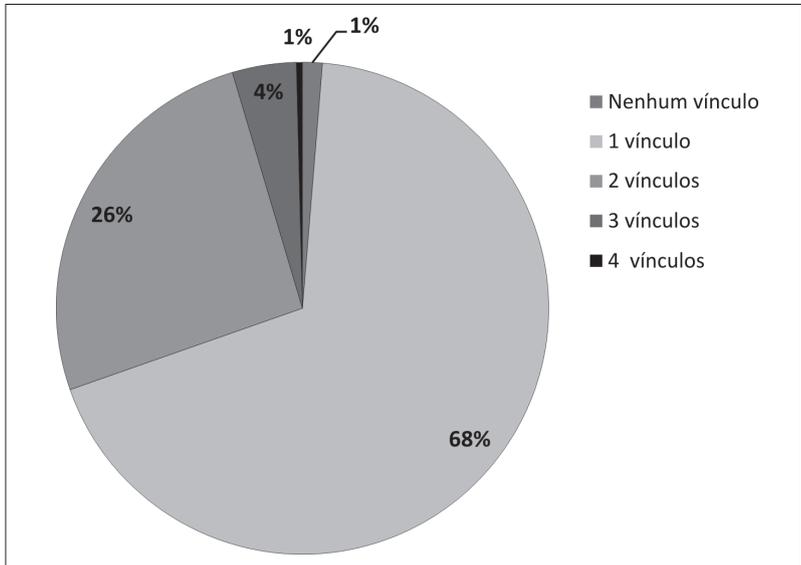
De certo modo, o que vemos hoje condensa a história da inscrição do apoio institucional no SUS. Importante ressaltar que o apoio visto como estratégia de consolidação de políticas de saúde, como forma de relação interfederativa (BRASIL, 2012), parece se consolidar, pois se 42,1% dos respondentes apoiam estados diferentes dos que residem, é muito provável que estes sejam vinculados ao MS ou a instituições que utilizam a estratégia do apoio institucional para sua atuação em âmbito interestadual ou nacional, tais como institutos de pesquisa e universidades. Se isso se confirma, significa dizer que, pelo menos para esses apoiadores, uma das funções do MS é apoiar estados e municípios no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas de saúde.

Vínculo

A discussão sobre o apoiador como alguém que deve promover a democratização das relações institucionais traz conflitos sobre como deveria ser este vínculo, seja formal ou não, com as Secretarias de Saúde ou serviços onde o acontece a atividade de apoio.

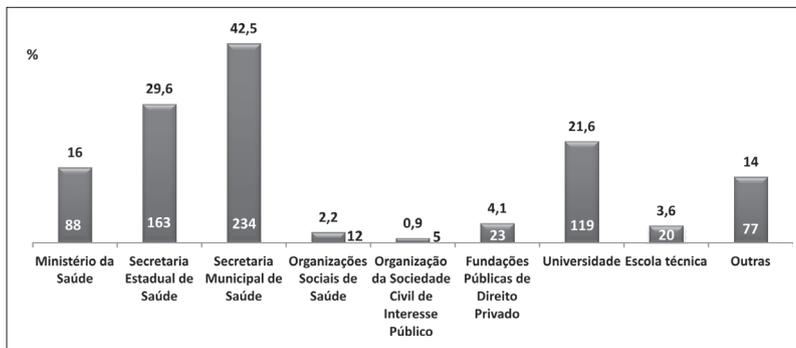
Diversas são as experiências de inserção desses trabalhadores nas diferentes instâncias e serviços no SUS. Existem experiências que trabalham a ideia do apoio como alguém da própria organização e essa seria uma de suas atividades (municípios em que um técnico de nível central apoia um ou vários serviços, ou equipes) e outras que trazem o apoio como alguém “externo” à organização que ele apoia. Dessa forma, a vinculação é um aspecto importante que foi incluído no questionário e validado pelo grupo de apoiadores nas Oficinas de Construção Coletiva da Pesquisa.

Gráfico 5. Frequência de quantidade de vínculos formais que os apoiadores possuem. Brasil, 2013-2014



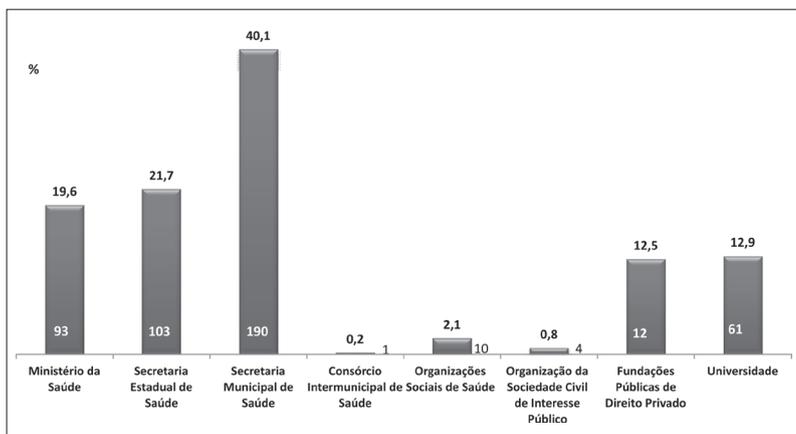
Destaca-se que, neste estudo, o vínculo formal não é necessariamente o mesmo relacionado à atividade de apoiador que o profissional exerce e que ele poderia registrar o vínculo com mais de uma instituição. Sendo assim, verificamos que os vínculos mais relatados pelos apoiadores foram com as instituições de saúde pública, destacando-se as Secretarias Municipais de Saúde (42,5%), Secretarias Estaduais de Saúde (29,6%) e Ministério da Saúde (16%). As universidades corresponderam a um quinto (21,6%) dos vínculos formais dos apoiadores, segundo o gráfico 6, a seguir.

Gráfico 6. Frequências absolutas e relativas de vínculos formais dos profissionais do apoio. Brasil, 2013-2014



*Pode-se ter mais de um vínculo formal, por isso os totais são diferentes de 100%.

Gráfico 7. Frequências absolutas e relativas de instituições a que estão vinculados os profissionais para o exercício da função de apoio. Brasil, 2013-2014



*Pode-se ter mais de um vínculo formal, por isso os totais são diferentes de 100%.

Essa sequência se mantém semelhante quando analisamos a distribuição entre instituições às quais os profissionais estão vinculados para o exercício do apoio (gráfico 7). As universidades corresponderam por um quinto (21,6%) dos vínculos formais dos apoiadores.

A forte presença de apoiadores vinculados a universidades demonstra que o apoio institucional vem sendo exercido por profissionais ligados a estas instituições. Segundo a perspectiva de alguns autores (FURLAN; AMARAL, 2008; OLIVEIRA, 2011; FURLAN, 2012), o apoio institucional pode se configurar como estratégia de relação entre universidades e organizações do SUS, na produção e articulação das funções de ensino, extensão e pesquisa, ampliando a capacidade de contribuição das universidades no desenvolvimento institucional do SUS e qualificação das práticas de gestão e atenção.

Observamos também que quase a totalidade dos apoiadores que responderam à convocatória possui vínculo formal de trabalho com alguma instituição (98%). Apenas 2% dos trabalhadores não possuíam nenhum vínculo formal, dos quais 30% apresentam vínculo com mais de uma instituição. São várias as possibilidades explicativas, e as duas mais importantes podem estar relacionadas ao alto grau de qualificação desses profissionais apoiadores, conforme demonstrado na tabela 1. Outra possibilidade é que o papel do apoiador seja percebido pelos gestores da saúde como uma função estratégica, ou mesmo de risco político, uma “tecnologia de gestão” (BRASIL, 2008), o que levaria a uma maior valorização da forma como se contrata esta função nas organizações de saúde, o que não significa necessariamente maior institucionalização do apoio, como veremos a seguir.

Experiências de apoio

Nesta parte da pesquisa, perguntamos sobre o trabalho em si. Por exemplo, “há quantos anos realiza o trabalho de apoio”, “por quantas horas”, se “recebe remuneração” e se “considera necessário receber remuneração”, entre outras. Também foi nesta etapa que perguntamos sobre as redes temáticas e as áreas programáticas que se relacionam com a atividade exercida.

Verificamos que para a grande maioria dos apoiadores, essa é uma função relativamente recente (quase 75% com até cinco anos de trabalho) e que é exercida em conjunto com outras atividades laborais (83%). Além disso, três quartos da população não possui cargo formal como apoiador (gráficos 8, 9 e 10).

Gráfico 8. Distribuição de número de anos de trabalho como apoiador (em anos completos). Brasil, 2013-2014

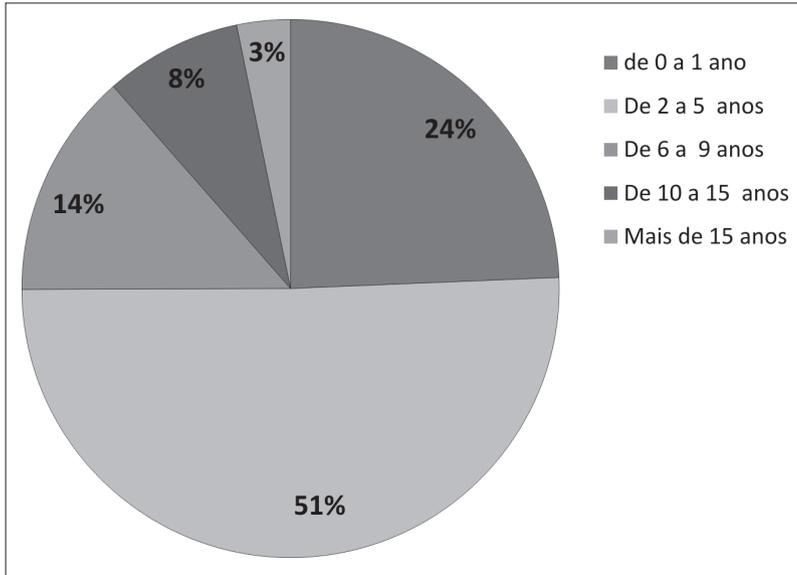


Gráfico 9. Distribuição de trabalhadores que trabalham somente como apoiador. Brasil, 2013-2014

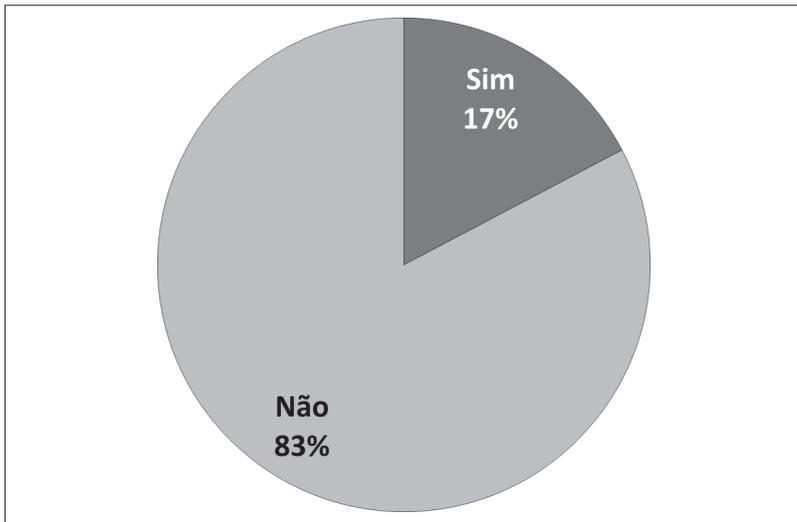
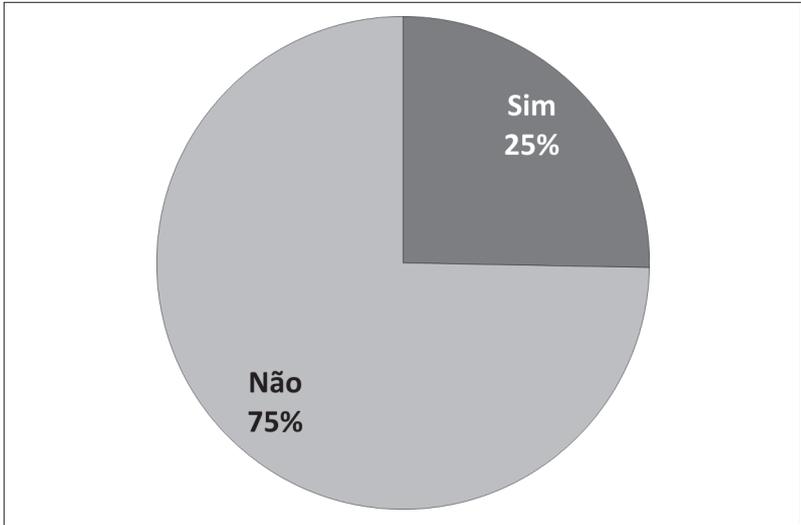


Gráfico 10. Distribuição de trabalhadores que possuem cargo de apoiador. Brasil, 2013-2014



Apesar de a maioria dos respondentes considerar que o objeto do apoio está contemplado no exercício de suas funções, proporção semelhante (66%) considera importante receber remuneração adicional para exercer essas atividades, demonstrando que há conflitos na forma de institucionalização da atividade nas organizações de saúde. Talvez isso se deva ao acréscimo de atividades e de responsabilidade diária inerente ao cargo/função, sem retribuição monetária equivalente às novas atividades, visto que 70% não recebem remuneração para exercer o apoio (gráficos 11 e 12; tabela 2).

Gráfico 11. Distribuição de trabalhadores que consideram importante receber remuneração adicional para exercer o cargo de apoiador. Brasil, 2013-2014

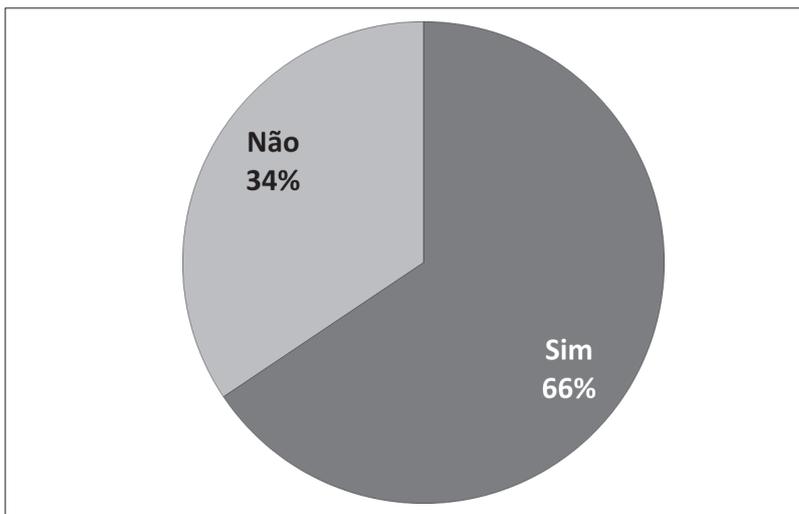


Gráfico 12. Distribuição de trabalhadores que consideram que o objeto do apoio está inserido no exercício de sua função. Brasil, 2013-2014

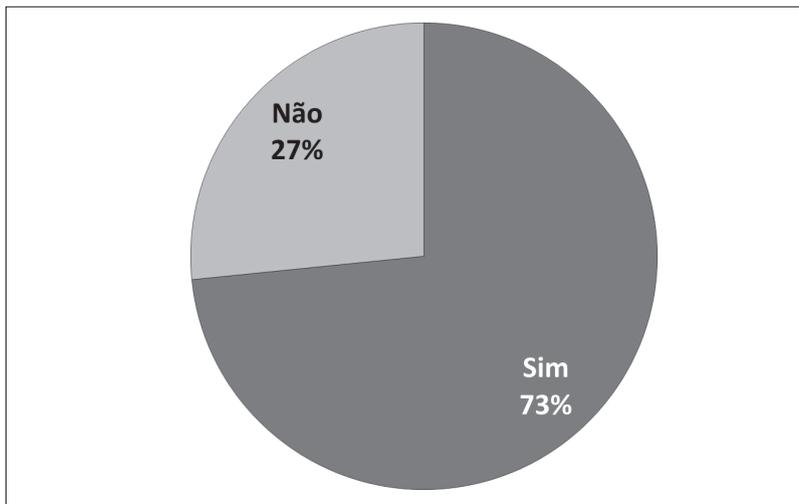
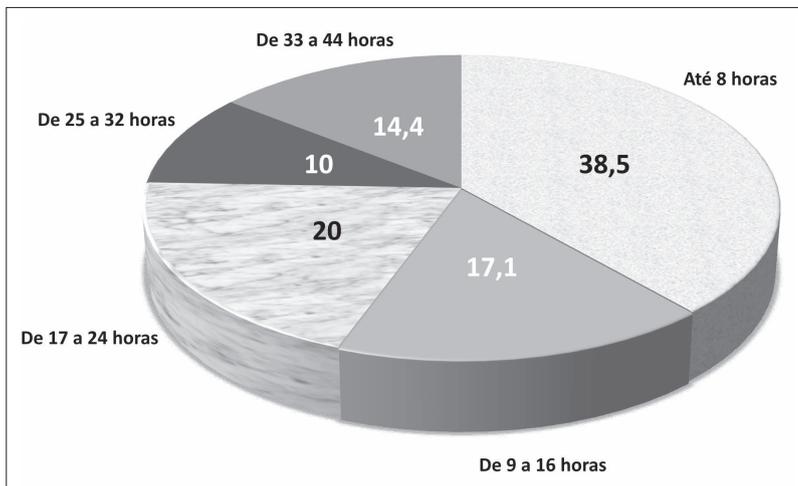


Tabela 2. Distribuição de remuneração para o exercício da atividade de apoio, segundo sexo. Brasil, 2013-2014

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Qual a faixa de remuneração mensal que você recebe para exercer SOMENTE a função de apoiador?			
Não recebo remuneração	329 (69,1)	54 (7,3)	383 (69,6)
De R\$601,00 a R\$ 1.200,00	8 (1,7)	4 (5,4)	12 (2,2)
De R\$ 1.201,00 a R\$ 1.800,00	15 (3,1)	3 (4,0)	18 (3,3)
De R\$1.801,00 a R\$ 2.400,00	10 (2,1)	0	10 (1,8)
De R\$ 2.401,00 a R\$ 3.000,00	31 (6,5)	4 (5,4)	35 (6,4)
De R\$ 3.000,01 a R\$ 3.600,00	7 (1,5)	2 (2,7)	9 (1,6)
De R\$ 3.601,00 a R\$ 4.200,00	23 (4,8)	0	23 (4,2)
De R\$4.201,00 a R\$ 4.800,00	10 (2,1)	3 (2,0)	13 (2,4)
De R\$4.801,00 a R\$ 5.400,00	5 (1,0)	0	5 (0,9)
De R\$5.401,00 a R\$ 6.000,00	16 (3,4)	2 (2,7)	18 (3,3)
De R\$6.001,00 a R\$ 6.600,00	18 (3,8)	2 (2,7)	20 (3,6)
De R\$6.601,00 a R\$ 7.200,00	3 (0,6)	0	3 (0,5)
De R\$7.201,00 a R\$ 7.800,00	1 (0,2)	0	1 (0,2)

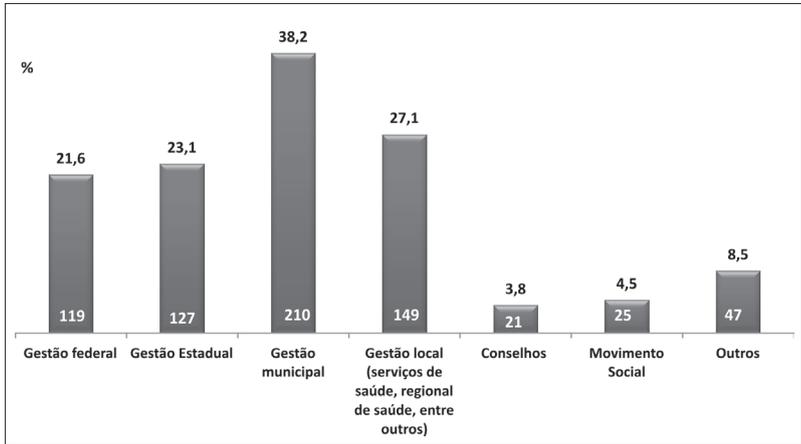
Observamos que 15% dos nossos apoiadores exercem exclusivamente a atividade de apoio (de 33 a 40 horas semanais), mas que a maioria (3/4) realiza até 24 horas semanais nessas atividades (gráfico 13). Estes achados podem indicar, relacionados ao perfil profissional e de formação, que uma parcela significativa desses apoiadores é contratada para prestar serviços semelhantes a assessoria ou consultoria especializada, exercendo essa função na lógica do apoio.

Gráfico 13. Distribuição de número de horas semanais dedicadas somente a atividade de apoio. Brasil, 2013-2014



Quando perguntamos de onde surgiu a demanda para o apoio, os achados demonstram que ela parte principalmente da gestão municipal, seguida pela gestão local, estadual e federal, lembrando que o apoiador podia registrar mais de uma demanda para o exercício do trabalhador do apoio (gráfico 14). Percebe-se que o ator social que demanda apoio é sobremaneira o gestor do SUS. Desse modo, os mecanismos de validação, legitimação e perspectiva de problemas podem ser pautados sobretudo pelo olhar da gestão, ou se configuram, pelo menos inicialmente, como “problema de gestão” para o apoio (OLIVEIRA, 2011).

**Gráfico 14. Distribuição da origem da demanda para a atividade de apoio.
Brasil, 2013-2014**

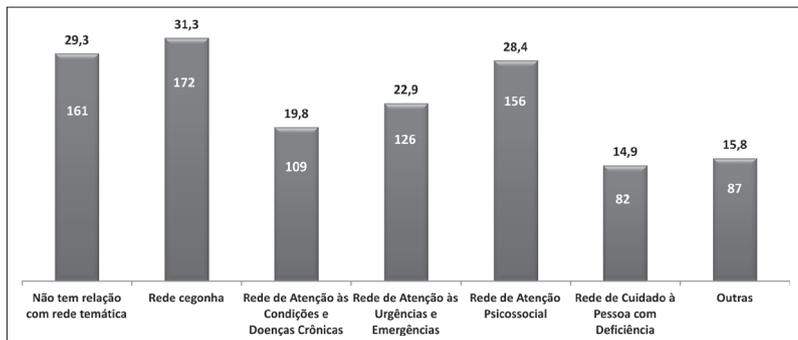


Redes temáticas e áreas programáticas do DAPES/MS

As chamadas “redes temáticas” são configurações de Políticas Estratégicas Específicas no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Em função da sua importância como políticas de saúde que incorporaram em seu arcabouço normativo a estratégia do apoio institucional interfederativo, destacou-se a relação da atividade de apoio com essas redes, quais sejam: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (gráfico 15).

Em função de as Políticas de Redes de Atenção à Saúde terem sido em alguma medida apropriadas por estados e municípios, além das redes temáticas nacionais, propostas a partir do MS e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, os apoiadores puderam referir relação com redes temáticas específicas de suas regiões.

Gráfico 15. Número relativo e absoluto de apoiadores cuja função realizada tem relação com alguma rede temática. Brasil, 2013-2014



*O trabalho realizado como apoiador pode ter relação com mais de uma rede temática, por isso os totais são diferentes de 100%.

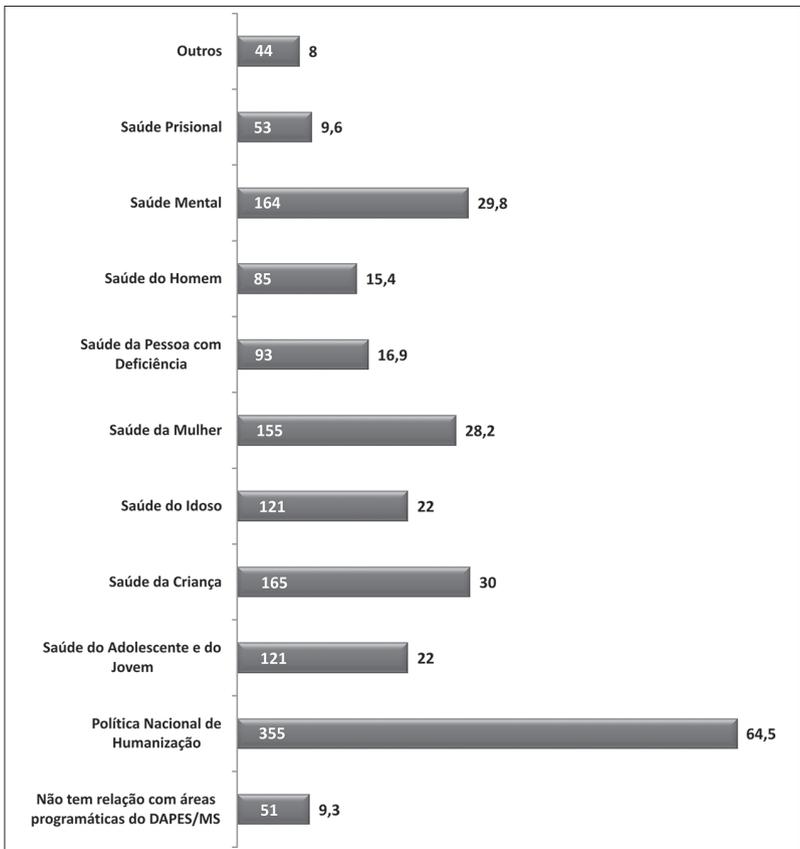
Os dados informados dão conta de que quase 30% dos apoiadores atuam em âmbitos de trabalho que não têm relação alguma com as redes temáticas. Tendo sido uma estratégia constituída anteriormente às políticas nacionais de redes de atenção à saúde e considerando a significativa parcela dos apoiadores que atua no âmbito da Atenção Básica, consideramos este um percentual que se embasa nesse contexto.

No tocante aos apoiadores que referiram atuar em relação a redes temáticas, houve maior frequência de atuação na Rede Cegonha e na Rede de Atenção Psicossocial. Todavia, é bastante uniforme a participação nas cinco redes temáticas nacionais. Um fator que pode explicar essa maior frequência é a bagagem acumulada historicamente nos campos da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, eixos diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, e da militância pelo parto natural e humanizado, eixo diretriz da Rede Cegonha, ambos com interfaces com o apoio institucional desde sua origem (OLIVEIRA, 2011).

O DAPES concentrou, até 2013, as áreas técnicas e políticas do MS enumeradas no gráfico 16. Essas áreas e políticas se conformaram, a partir de 2011, como referências em algumas das redes temáticas (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência) e para a consolidação de políticas que elegeram a estratégia do apoio institucional como estruturante (Política Nacional de Humanização, Saúde da Criança e Aleitamento Materno).

Dos apoiadores cadastrados, a grande maioria (64%) desenvolve atividades relacionadas à PNH. Cerca de 30% estão relacionadas a Saúde Mental, da Mulher e da Criança (gráfico 16). Uma hipótese mais provável é o reconhecimento da função institucional da PNH como política transversal a outras políticas do SUS. Desse modo, os apoiadores podem, mesmo relacionados a outras políticas, ter citado a PNH em função da incorporação de seus princípios, diretrizes e dispositivos em sua prática.

Gráfico 16. Número relativo e absoluto de apoiadores cuja função realizada tem relação com alguma área programática do DAPES/MS. Brasil, 2013-2014



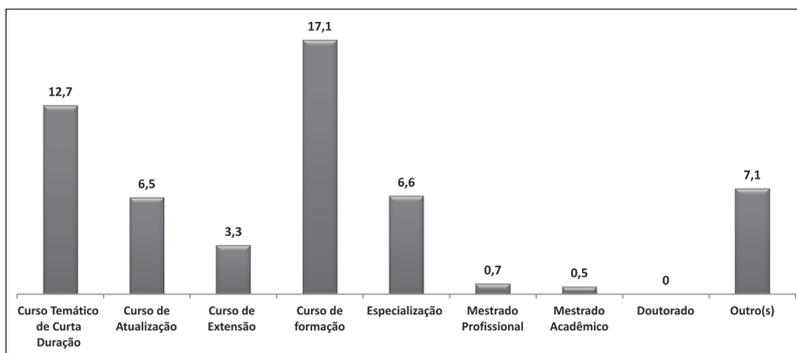
*O trabalho realizado como apoiador pode ter relação com mais de uma área programática, por isso os totais são diferentes de 100%.

A Saúde Mental, conforme comentado anteriormente, em função de a militância da Reforma Psiquiátrica ter correlação ético-política com os movimentos de democratização institucional, em que se insere a proposta do apoio, tem historicamente incorporado essa estratégia no SUS. Também a Saúde da Mulher e a Saúde da Criança incorporaram em suas políticas a estratégia do apoio, pelo menos desde 2011.

Formação específica para o apoio

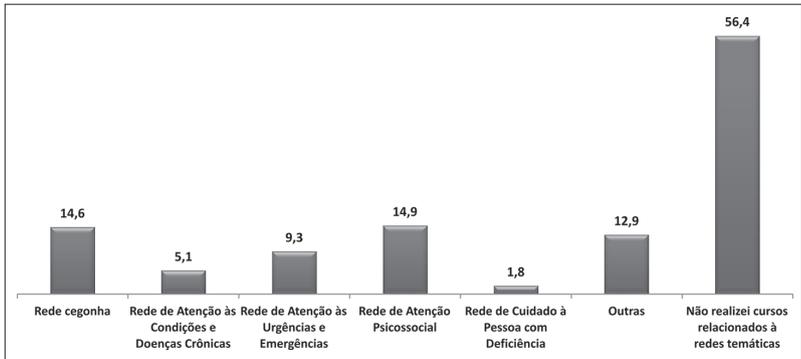
Apesar da alta escolaridade apresentada pelos apoiadores, segundo a tabela 1, apenas 17% relataram ter realizado cursos de formação e 12,7%, cursos temáticos de curta duração específicos para a realização do trabalho.

Gráfico 17. Frequência de cursos/formação/capacitação para realização do trabalho de apoio. Brasil, 2013-2014



Quando se relaciona a realização de formação relacionada às redes temáticas, observamos que a Rede Cegonha (14,6%) e a Rede de Atenção Psicossocial (14,9%) são as que demandam maior participação em cursos de formação/capacitação dos apoiadores cadastrados. Outro curso muito citado pelos apoiadores foi o Curso da Política Nacional de Humanização (gráfico 18).

Gráfico 18. Percentual de apoiadores que realizaram cursos de capacitação/formação relacionados às redes temáticas. Brasil, 2013-2014



*O somatório é diferente de 100%, pois dos apoiadores entrevistados, cerca de 10% realizaram mais de um curso relacionado às redes temáticas.

Dentre as possibilidades explicativas desses achados estão a baixa oferta de processos de formação voltados para o apoio e a possível inadequação da forma tradicional “curso” para a formação de apoiadores (PAVAN et al., 2010). Mesmo quando correlacionados com a implementação de uma rede temática, ainda que maiores, os percentuais de apoiadores que participaram de processos de formação ainda são pequenos, demonstrando que este ainda é um campo pouco explorado pelas instituições envolvidas, mesmo considerando o percentual de 21,6% de apoiadores vinculados a universidades.

Conclusão

Percebemos que um dos indicadores de consistência da estratégia da convocatória se mostrou na distribuição do vínculo institucional dos apoiadores cadastrados, sendo a maioria da esfera municipal, mesmo tendo sido a convocatória uma iniciativa vinculada a projeto de cooperação entre OPAS e MS.

Todo o processo de construção da estratégia, inclusive a validação das questões construídas no instrumento *online*, passou pela

conformação de coletivos, com participação de pesquisadores, técnicos, alunos, gestores de políticas e apoiadores, com representatividade nacional, mas abrangência nacional, regional e local, em todos os níveis de atenção do SUS, com experiências reconhecidas.

Observou-se, em decorrência desse processo, excelentes adequação e adaptabilidade aos diversos contextos onde o apoio se desenvolve, o que é demonstrado no tamanho da amostra e sua distribuição geográfica e diversificada nas diversas instâncias do SUS.

Concluímos que há importante inscrição da estratégia do apoio nas políticas de redes de atenção à saúde e que os achados, correlacionados com o campo de produção recente do apoio, como forma de relação interfederativa no SUS, têm espaço consolidado. Isso nos convoca a pensar sobre as linhas de tensão e ruptura que essas práticas podem estar produzindo com as formas tradicionais de concepção do papel dos entes federados no desenvolvimento do SUS, tema para futuros estudos.

O achado relevante de que três quartos das práticas de apoio acontecem sem sua institucionalização pode revelar certa marginalidade desta prática e, em função de sua vinculação ético-política, que as práticas democráticas de gestão e de atenção no SUS ainda são minoritárias. O índice de 83% das atividades de apoio ocorreu na forma de uma atividade inscrita no conjunto de outras funções institucionais, o que dá sinais de que o apoio ainda se conforma como uma possibilidade, dispositivo de mudança de modelo de gestão e de atenção, em linhas de tensão institucional que operam sobretudo fora da institucionalidade do SUS. Atividade que está em devir e que vai se inscrevendo nas organizações, e que tem se conformado como uma forma de luta pela democratização das relações de trabalho e de produção no campo da saúde (OLIVEIRA, 2011).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. 2006.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPOS, G.W.S. (Org.). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Estratégia apoiadores. *Cadernos do COSEMS-SP*. São Paulo, v. 3, 2013.
- COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 8, n. 27, p. 90-96, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/530>>. Acesso em: 03 jul. 2014.
- FURLAN, P.G. *Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- FURLAN, P.G.; AMARAL, M.A. O Método de Apoio Institucional Paideia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.P. (Orgs.). *Manual de Práticas de Atenção Básica*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- KIRCHHOF, A.L.C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto contexto - Enferm.*, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.
- MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.
- OJEDA, B.S.; STREY, M.N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Rev. Ciência & Saúde*, v. 1, n. 1, p. 2-8, jan-jun 2008.
- OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- PAULON, S.M.; MARASCHIN, C. Formação-intervenção em nível de pós-graduação: a experiência da Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul. In: PASSOS, E. (Org.). *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, v. 1, p. 133-140, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília).
- PAVAN, C. et al. Documento Orientador da Política de Formação da PNH. In: PASSOS, E. (Org.). *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, v. 1, p. 73-94, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília).

PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Apoiadores regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013.

RIGHI, L.B. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

TOMASI, E. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 1supl, p. 193-201, 2008.

Apoiadores do SUS: sua relação com os sujeitos, efeitos e repercussões do seu trabalho na perspectiva do direito à saúde e integralidade

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA

ROSENI PINHEIRO

TATIANA COELHO LOPES

GUSTAVO NUNES OLIVEIRA

FABIO HEBERT DA SILVA

Neste capítulo vamos tratar, mais especificamente, dos resultados sobre o entendimento dos apoiadores em sua relação com os sujeitos envolvidos no processo de trabalho, os dispositivos utilizados pelos apoiadores e os efeitos, repercussões do seu trabalho com relação ao direito à saúde, integralidade e instituições jurídicas. Analisamos também a relação entre o trabalho de apoiador e a comunicação – em especial, os efeitos e repercussões da mídia no processo de trabalho. Partimos da compreensão de que essas questões são transversais, mas as agrupamos em categorias para apreender melhor as relações estabelecidas pelos apoiadores no cotidiano dos serviços de saúde.¹

Os resultados são parte do mapeamento realizado com os trabalhadores que exerciam atividade de mobilização, articulação, interlocução ou mediação no âmbito do SUS e que foram convidados a participar do inquérito, respondendo a um questionário *online*. A população do estudo foi composta por 550 apoiadores que preencheram o questionário entre março de 2013 a janeiro de 2014, e entre as estratégias de mobilização, citamos as chamadas permanentes no *site* do LAPPIS e para sua rede cadastrada, na Rede HumanizaSUS e seus informativos eletrônicos e *e-mails* enviados a grupos específicos

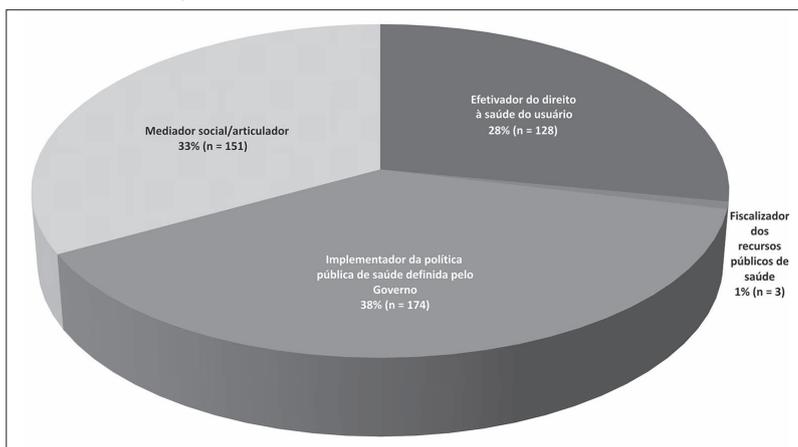
¹ A pesquisa (projeto intitulado “Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional - Parte 1) foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ e aprovada sob número CAAE 13685813.3.0000.5260.

de apoiadores – da Política Nacional de Humanização (PNH) e aos vinculados as áreas temáticas do Departamento de Ações e Programas Estratégicos (DAPES), ligados ao Ministério da Saúde (MS).²

Relações entre o trabalho do apoio e os atores sociais envolvidos no cotidiano

Perguntamos ao apoiador qual seria, no seu entendimento, a *melhor* definição do trabalho que ele realiza no âmbito do SUS, podendo escolher entre apenas uma entre quatro possibilidades de resposta: 28% dos respondentes escolheram a resposta “Efetivador do direito à saúde do usuário” e apenas 1% entendeu que o enunciado que melhor representava o trabalho de apoiador era “Fiscalizador dos recursos públicos de saúde”; 38% optaram por “Implementador da política pública de saúde definida pelo Governo” e a opção “Mediador social / articulador social” foi escolhida por 33% dos apoiadores cadastrados (gráfico 1).

Gráfico 1. Melhor definição do trabalho do apoiador no âmbito do SUS. Frequências absolutas e relativas. Brasil, 2013-2014



² Para saber mais sobre a construção da estratégia do mapeamento dos apoiadores do SUS utilizada nesta pesquisa, vide nesta coletânea: “Trajetórias dos apoiadores: o mapeamento como um dispositivo”. Outras questões abordadas no inquérito podem ser encontradas no texto “Apoiadores do SUS: quem são, onde moram e como atuam”.

O propósito dessa questão foi verificar o entendimento autoatribuído do trabalho de apoio que estes realizam. Os enunciados das questões foram construídos ao longo do processo de construção coletiva da estratégia de mapeamento, com participação de apoiadores, gestores do SUS, pesquisadores e trabalhadores de saúde. Também pretenderam representar as principais tensões, preocupações, reivindicações e questões dos sujeitos participantes, incluindo no processo sua articulação com o campo teórico-conceitual do apoio, a partir das contribuições de Righi (2002), Campos (2005), Barros e Dimenstein (2010), Oliveira (2011), Pinheiro et al. (2013) e César et al. (2014).

As respostas ajudam a compreender de que modo os apoiadores têm se posicionado nessa prática. Sendo uma prática bastante recente, era esperado que houvesse uma variabilidade relativa de posicionamentos institucionais que demonstrassem o grau de radicalidade ou de vinculação ético-política com outras formas de trabalho em saúde. Interessante ressaltar que a resposta com o enunciado “Fiscalizador dos recursos públicos de saúde” era a única que representava um consenso a respeito do que a prática do apoio, em suas várias vertentes teóricas, pretende se distanciar. De fato, segundo todos os autores que consultamos, pretende ser um dispositivo substitutivo, uma alternativa, vinculada a linhas de pensamento democrático da gestão em saúde, à prática da supervisão técnica fiscalizatória tradicional (CAMPOS, 2005). Esta foi a resposta menos escolhida (apenas 1%, três apoiadores que se cadastraram), o que demonstra razoável universalização do conceito, sob esta definição e vinculação com os movimentos de democratização institucional no SUS.

As demais possibilidades de respostas foram escolhidas pela grande maioria dos apoiadores que se cadastraram. Todavia, quando somamos as alternativas mais relacionadas à mediação social (33%) e à efetivação do direito à saúde (28%), chegamos a 61% das respostas, contra 38% que entendem sua atividade de apoio como “Implementador da política pública de saúde definida pelo Governo” (isoladamente o maior percentual). Entendemos que esses achados demonstram mais um importante indício de que o entendimento a respeito do apoio tem se vinculado, para a maioria desses apoiadores, à necessidade de ampliação de espaços e dispositivos de defesa de direitos e mediação

das relações e conflitos sociais. Algo mais do que implementar políticas formuladas por técnicos experts, gestores ou governo. O apoio se relaciona com uma função mediadora, um “fazer o cuidado das relações” para o fortalecimento de coletivos (CÉSAR et al., 2014). Conectar sujeitos, ativar coletivos e redes (OLIVEIRA, 2011). Todavia, esta concepção parece coexistir no SUS com a visão de um apoiador que assume como tarefa a implementação de políticas formuladas pelos governos, bastante difundida entre os apoiadores cadastrados, uma vez que 38% dos participantes da pesquisa assim se posicionaram. Entendemos que são entendimentos não complementares, portanto é provável que determinem tensionamentos políticos e institucionais nos territórios e instâncias do SUS.

Quando se realizou o cruzamento com o vínculo institucional do apoiador (tabela 1), percebe-se que no tocante aos entes federados, a distribuição das respostas permanece praticamente a mesma, demonstrando que os entendimentos descritos acima atravessam toda a estrutura organizacional do SUS e não está polarizado a partir de um dos entes federados. Isso sinaliza que entre as secretarias municipais e estaduais de Saúde e União, e no interior de suas organizações essas concepções provavelmente estão em disputa.

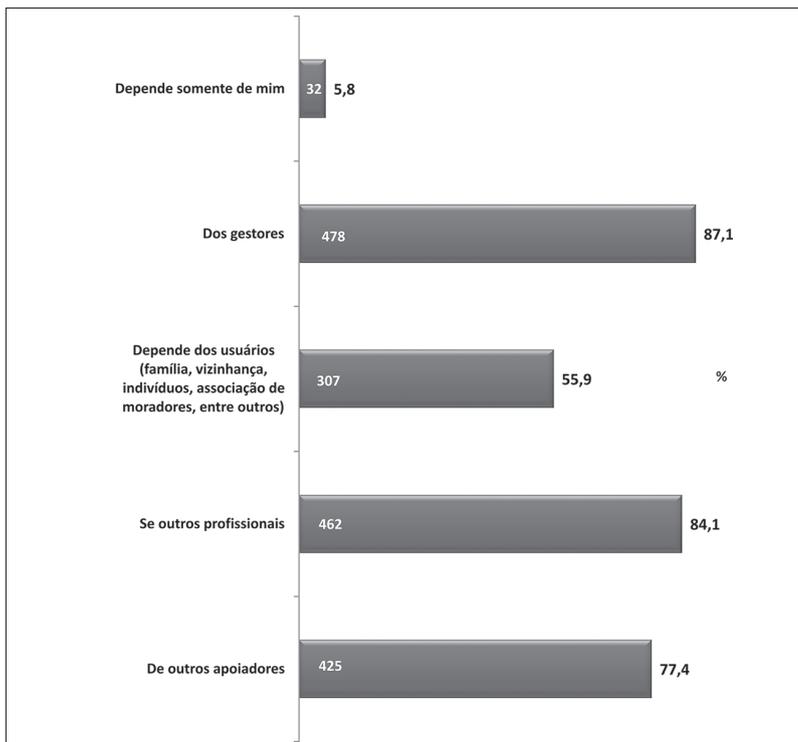
A distribuição se diferencia entre os apoiadores vinculados às universidades, com leve preponderância dos apoiadores (41%) que escolheram o enunciado “Efetivador do direito à saúde do usuário”, seguidas de perto por 30% que escolheram “Implementador da política pública de saúde definida pelo Governo” e 28%, “Mediador social / articulador social”. Tais achados revelam algum grau de vinculação entre universidades e políticas de governo e, possivelmente, o risco de algum grau de subserviência dessas instituições em relação aos governos, uma vez que 30% dos respondentes se autorreferiram como “implementadores” e não como “(co)formuladores”, “cogestores” ou “(co)avaliadores” das políticas. Isso nos convoca a refletir sobre o papel social que estas instituições acadêmicas vêm exercendo na relação com o SUS e com as políticas públicas.

Tabela 1. Melhor definição do trabalho do apoiador no SUS, segundo vínculo institucional para realização do apoio. Brasil, 2013-2014

	Efetivador do direito à saúde do usuário n (%)	Fiscalizador dos recursos públicos de saúde n (%)	Implementador da política pública de saúde definida pelo Governo n (%)	Mediador social / articulador social n (%)
Ministério da Saúde	17 (22,4)	0	31 (40,8)	28 (36,8)
Secretaria Estadual de Saúde	25 (27,5)	1 (1,1)	39 (42,9)	26 (28,6)
Secretaria Municipal de Saúde	45 (26,3)	2 (1,2)	64 (37,4)	60 (35,1)
Consórcio Intermunicipal de Saúde	1 (100)	0	0	0
Organizações Sociais de Saúde (OSS)	2 (28,6)	0	4 (57,1)	1 (14,3)
Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	2 (28,6)	0	4 (57,1)	1 (14,3)
Fundações Públicas de Direito Privado	3 (27,3)	0	5 (45,5)	3 (27,3)
Universidade	22 (41,5)	0	16 (30,2)	15 (28,3)

Uma das perguntas do inquérito abordou a necessidade de outras pessoas para que o trabalho do apoio fosse realizado. Nesta questão, o apoiador tinha a possibilidade de expor se o trabalho depende exclusivamente dele para ser realizado ou se depende de outros atores. Caso o trabalho dependesse de outras pessoas, o apoiador apontava, para cada um dos personagens, se ele era necessário ou não para a realização do trabalho. Poderiam ser marcadas mais de uma alternativa, dentre: os gestores, os usuários (que compreendem a família, vizinhança, os indivíduos, as associações de moradores, entre outros), outros profissionais que não os apoiadores e outros apoiadores. Verificamos que 94,2% dos apoiadores identificaram a necessidade de outras pessoas para realização da sua atividade (gráfico 2).

Gráfico 2. Frequência relativa e absoluta sobre a necessidade de outras pessoas para realização do trabalho de apoiador. Brasil, 2013-2014



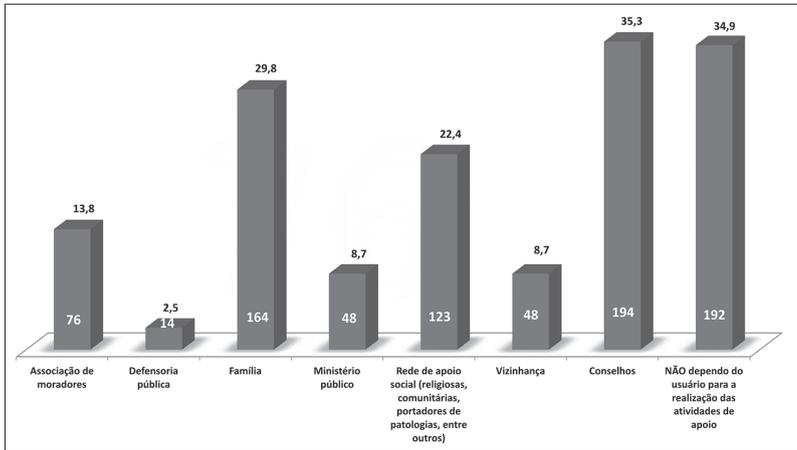
Aqui emergem outros pontos convergentes nas discussões teóricas, que parecem se revelar na prática dos apoiadores cadastrados, que são a interdependência e a interpelação entre apoio e fomento a coletivos. A atividade do apoio muitas vezes é definida como aquela que se propõe “com as equipes” e não “pela ou para as equipes” apoiadas (PEREIRA JUNIOR, 2013). Outra questão importante diz respeito aos sujeitos relacionados nas práticas de apoio. Os achados mostram preponderância de trabalho de apoio dependendo de gestores, outros trabalhadores e de outros apoiadores, sendo em menor percentual dependente dos usuários (55,9%). Isso pode ser devido a uma predominância de ações de apoio que partem da demanda de gestores, conforme demonstrado no capítulo anterior nesta coletânea (ROBAINA et al., 2014) e/ou que o apoio tem se dado mais na interface entre gestores e trabalhadores do SUS, para dentro dos serviços e estruturas organizacionais, do que na interface direta com os usuários.

Outro caminho pode se expressar se considerarmos outras formas de entendimento dessa questão no questionário, por parte dos respondentes. Uma possibilidade de interpretação da questão pode ter sido algo em termos da ideia de governabilidade para executar ou respaldar as ações de apoio. Nessa possibilidade de entendimento da expressão “dependência” quando relacionamos com a questão da institucionalidade do apoio, pode ser que parte dos apoiadores entendeu que apenas eles são responsáveis por sustentar a atividade de apoio; que gestores, outros trabalhadores e usuários não se corresponsabilizam. Esse entendimento surgiu nas oficinas de devolutivas da pesquisa.

Pensando que a relação do apoio geralmente é discutida na sua proximidade com a gestão e os trabalhadores, uma segunda pergunta se tornou necessária para aprofundar o entendimento se o apoiador identificava o usuário como alguém necessário para o exercício da sua atividade (“Caso seu trabalho dependa do USUÁRIO, indique o(s) ator(es) social(is) que você mais se relaciona(m) no seu cotidiano de apoiador.” Aceitando mais de uma opção de resposta, exceto se o apoiador marcasse que NÃO depende do usuário para realizar as atividades de apoio). Neste momento, 34,9 % dos apoiadores declararam que não dependem do usuário para realização das suas

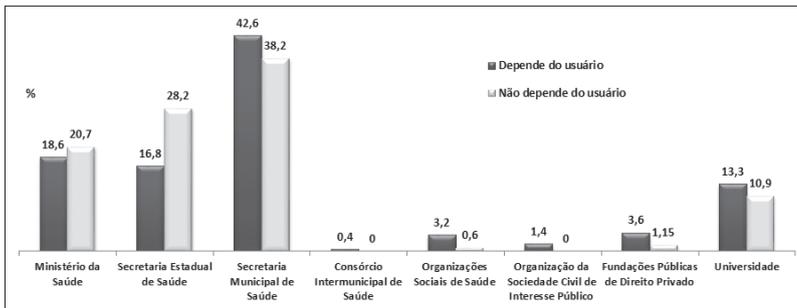
atividades de apoio, e dos 65,1% que identificaram a relação com usuários, 35,3% e 29,8% se relacionam com o conselho e a família, respectivamente, além da rede social de apoio, com 22,4% (gráfico 3).

Gráfico 3. Frequência absoluta e relativa do(s) ator(es) social(is) mais se relaciona(m) no seu cotidiano de apoiador quando o apoiador referiu depender do usuário para a realização do apoio. Brasil, 2013-2014



Seguindo a análise desses achados, as respostas a esta questão foram relacionadas com o vínculo institucional dos apoiadores, como mostra o gráfico 4, a seguir.

Gráfico 4. Distribuição de dependência ou não do usuário segundo vínculo para realização do apoio. Brasil, 2013-2014



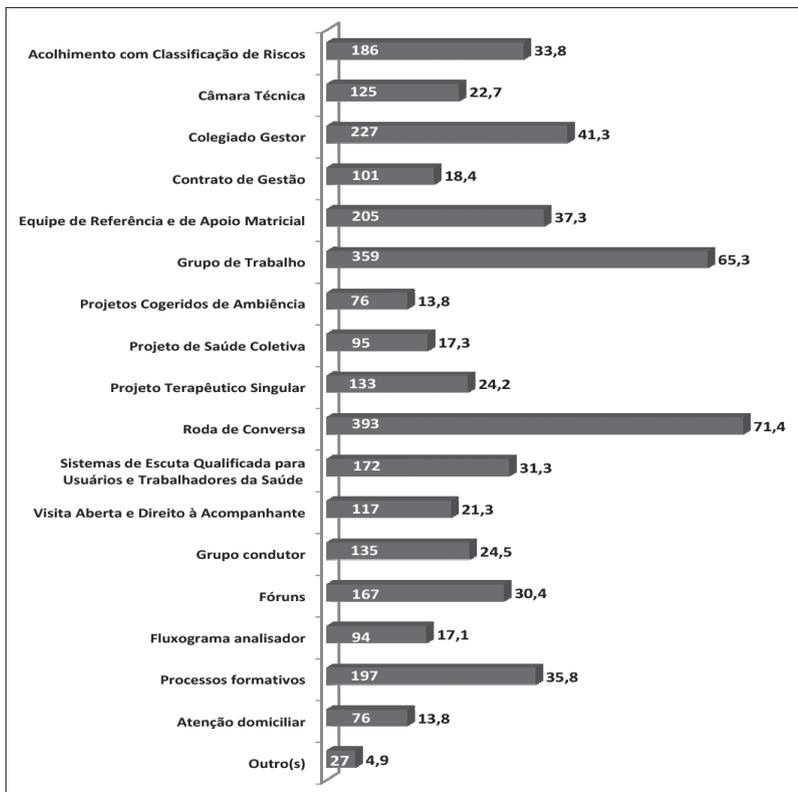
Os achados demonstram que os apoiadores que referem não depender do usuário para realização do apoio somente são maioria entre os apoiadores vinculados ao Ministério da Saúde e às secretarias municipais de Saúde. Todavia, o grupo de apoiadores que não vê relação de dependência de suas ações com os usuários entre apoiadores vinculados a municípios e universidades é bastante próximo dos percentuais do outro grupo de apoiadores. Isso pode indicar que o trabalho do apoio se expressa mais como atividade técnica “meio”, no âmbito dos processos organizacionais e de gestão, do que nas atividades de atenção direta ao usuário do SUS.

Se articularmos esses achados sob as interfaces com os usuários que se relacionam com os apoiadores, a maior parte dessas relações se dá a partir de instituições (82,7%); ou seja, a participação do usuário se expressa, na maior parte das vezes, mediada por instituições sociais formais (conselhos, associações, Ministério Público, Defensoria Pública, entidades religiosas). E ainda, associada aos 38% de apoiadores que se entendem como “Implementadores” de políticas de governo, uma das hipóteses que pode ser sustentada é que parte significativa das ações de apoio no SUS ainda se configura como ações de cunho tecnocrático / burocrático / cartorial, sobretudo na relação interfederativa (relações de apoio entre Ministério da Saúde, estados e municípios).

Dispositivos e espaços utilizados pelo apoio

O apoio institucional consiste numa prática de provocar encontros entre sujeitos, espaços coletivos de negociação, mediação e análise coletiva para intervenção institucional. Sendo assim, é uma prática social que requer dispositivos para se efetivar. Arranjos e agenciamentos em torno dos quais se articulam a repetição e a variação dos jogos de força institucionais, possibilitando a mobilização para a mudança dos processos de trabalho (RIGHI, 2002; CAMPOS, 2005; BARROS; DIMENSTEIN, 2010; OLIVEIRA, 2011). Sobre essas características, buscamos identificar os dispositivos utilizados pelos apoiadores no seu cotidiano, sendo possível a marcação de todos os itens ofertados no questionário (gráfico 5).

Gráfico 5. Frequência absoluta e relativa dos dispositivos utilizados pelo apoiador. Brasil, 2013-2014



Assim como foi observado por César et al. (2014) na experiência descrita nesta coletânea sobre a roda, esse foi o principal dispositivo (71,4%) identificado pelos apoiadores como estratégia para a atividade, seguido pelos grupos de trabalho e colegiados gestores, com 65,3% e 41,3%, respectivamente. Esse resultado é coerente com a construção teórica que tem sido realizada sobre o apoio a partir do método Paideia proposto por Campos (2005), assim como a análise de documentos oficiais sobre a formulação do Apoio Institucional pelo Ministério

da Saúde, descrita por Pereira Junior (2013), que evidenciou a forte influência do Método da Roda.

Para compreender melhor as frequências de uso dos dispositivos, uma primeira correlação que se pode construir diz respeito a transitoriedade do dispositivo e seu grau de complexidade para ser implementado, em termos de tempo e amplitude da intervenção institucional. Por exemplo, um grupo de trabalho pode se estabelecer rapidamente, localizado em um setor de um serviço; um colegiado gestor já é um dispositivo mais institucionalizado, depende de negociações que incluam gestores e níveis de gerência das organizações de saúde. Todavia, é necessário muito tempo de articulação entre os sujeitos e profunda transformação organizacional para se implementar o “acolhimento e classificação de risco” ou a “visita aberta e direito a acompanhante” (BRASIL, 2008).

Quando isolamos as frequências de dispositivos mais transitórios, voltados para fomentar espaços coletivos entre sujeitos (“grupos de trabalho” e “rodas de conversa”), esses dispositivos somam 752 citações (26%). Dispositivos mais que dependem de amplo grau de governabilidade e consenso institucional para serem implementados, como é o caso do “acolhimento com classificação de risco”, “contratos de gestão”, “equipes de referência de apoio matricial” e os “sistemas de escuta qualificada para usuários de trabalhadores de saúde”, “visita aberta e direito a acompanhante”. Juntos, esses dispositivos foram citados 781 vezes (27% das citações), o que nos leva a crer que os apoiadores envolvidos nessas intervenções de apoio participam de processos de mudança mais maduros e avançados.

Uma segunda correlação pode ser realizada quando se considera o âmbito de intervenção institucional. Embora concordemos com a ideia de que atenção e gestão são processos coengendrados (BRASIL, 2008), há dispositivos mais voltados para a mobilização de processos de atenção e outros mais voltados aos processos de gestão. As câmaras técnicas, colegiados, grupo condutores são dispositivos de cogestão, enquanto o projeto terapêutico singular, a atenção domiciliar e o acolhimento se articulam a partir dos processos de atenção à saúde, para daí provocarem uma reformulação dos processos de trabalho (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; OLIVEIRA, 2008).

Os dispositivos específicos de cogestão (“câmara técnica”, “colegiado gestor”, “contrato de gestão”, “grupo condutor” e “fóruns”) foram citados 755 vezes (26%). Já os dispositivos mais voltados para reorganização de processos de atenção (“acolhimento com classificação de risco”, “equipes de referência e apoio matricial”, “projetos de saúde coletiva”, “projetos terapêuticos singulares” e “atenção domiciliar”) aparecem com 695 citações (24%). Os achados podem reforçar a hipótese de que, de fato, os processos de atenção e gestão são coengendrados. Na medida em que os apoiadores cadastrados citaram mais de um dispositivo nessa questão, pode-se inferir que é provável que as intervenções de apoio se dão na interface entre atenção e gestão, provocando processos mútuos de interferência, conforme preconiza a PNH (BRASIL, 2008).

Segue-se tabela com os percentuais das variáveis que melhor definem o papel do apoiador, segundo dos dispositivos adotados.

Tabela 2. Dispositivos utilizados pelos apoiadores, segundo MELHOR definição do papel de apoiador no SUS. Brasil, 2013-2014

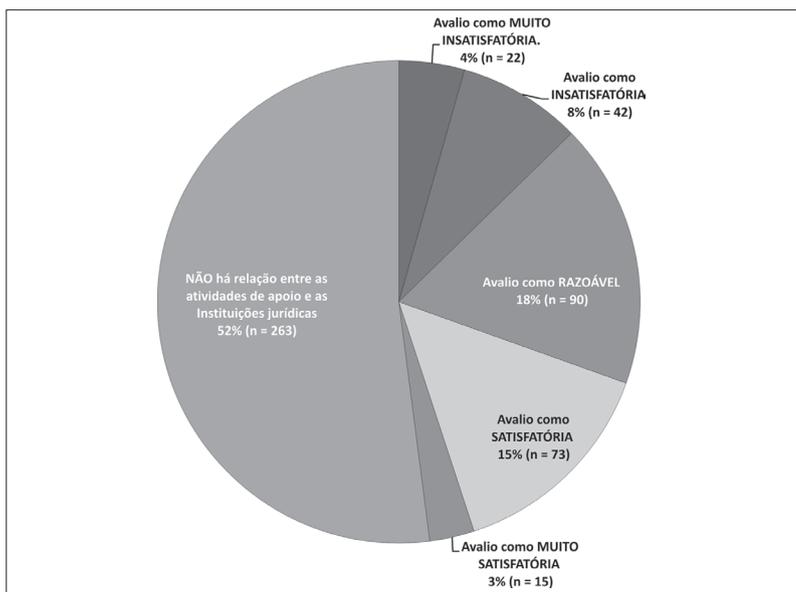
	Efetivador do direito à saúde do usuário n (%)	Fiscalizador dos recursos públicos de saúde n (%)	Implementador da política pública de saúde definida pelo Governo n (%)	Mediador social / articulador social n (%)
Acolhimento com Classificação de Riscos	49 (28,8)	2 (1,18)	64 (37,6)	55 (32,3)
Câmara Técnica	24 (20,2)	1 (0,8)	55 (46,2)	39 (32,8)
Colegiado Gestor	59 (28,8)	1 (0,5)	81 (39,5)	64 (31,1)
Contrato de Gestão	28 (29,5)	1 (1,0)	33 (34,7)	33 (34,7)

Equipe de Referência e de Apoio Matricial	47 (26,3)	0	64 (35,7)	68 (38,0)
Grupo de Trabalho	84 (25,7)	0	124 (37,9)	119 (36,4)
Projetos Cogeridos de Ambiência	24 (22,8)	0	21 (29,6)	26 (36,6)
Projeto de Saúde Coletiva	28 (31,5)	0	32 (36,0)	29 (32,6)
Projeto Terapêutico Singular	41 (35,3)	0	37 (31,9)	38 (32,8)
Roda de Conversa	91 (25,6)	1 (0,3)	141 (39,6)	123 (34,6)
Sistemas de Escuta Qualificada para Usuários e Trabalhadores da Saúde	56 (34,4)	0	61 (37,4)	46 (28,2)
Visita Aberta e Direito à Acompanhante	43 (39,1)	0	39 (35,5)	28 (25,5)
Grupo condutor	33 (28,0)	0	45 (38,1)	40 (33,9)
Fóruns	38 (24,8)	0	62 (40,5)	53 (34,6)
Fluxograma analisador	19 (23,2)	0	26 (31,7)	37 (45,1)
Processos formativos	42 (23,7)	1 (0,6)	69 (39,0)	65 (36,7)
Atenção domiciliar	25 (35,7)	0	26 (37,1)	19 (27,1)
Outro(s)	8 (50,0)	0	4 (25,0)	4 (25,0)

Um achado interessante se refere ao entendimento dos apoiadores acerca dos principais dispositivos que são utilizados em seu cotidiano, segundo a melhor definição do seu papel na efetivação dos princípios do SUS. Os achados revelam a pluralidade de ações que ganham destaque no efetivo exercício de diferentes papéis, dentre eles: a) implementador de políticas; b) efetivador do direito à saúde; e c) de mediador social. Mas são os dispositivos “Roda de Conversa”, “Grupo de Trabalho” e “Processos Formativos” que possuem maior incidência nas práticas de apoio no cotidiano dos seus processos de trabalho.

Outra questão de interesse é a existência (ou não) de relação entre o trabalho cotidiano como apoiador e as instituições jurídicas (Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros). Neste item, o apoiador poderia responder que “Não há relação entre as atividades de apoio e as instituições jurídicas”, invalidando as outras alternativas de resposta, ou avaliar qual o nível de satisfação da relação entre o trabalho exercido e as instituições jurídicas como “muito satisfatória”, “satisfatória”, “razoável”, “insatisfatória” ou “muito insatisfatória” (gráfico 6).

Gráfico 6. Frequência absoluta e relativa da avaliação do trabalho realizado e sua relação com as instituições jurídicas. Brasil, 2013-2014



Verificou-se que metade dos apoiadores (52%) avaliaram que não há relação entre as atividades de apoio e as instituições jurídicas. E dos que vivenciam uma relação entre o trabalho realizado e as instituições jurídicas, apenas 12% consideram-na muito insatisfatória/insatisfatória.

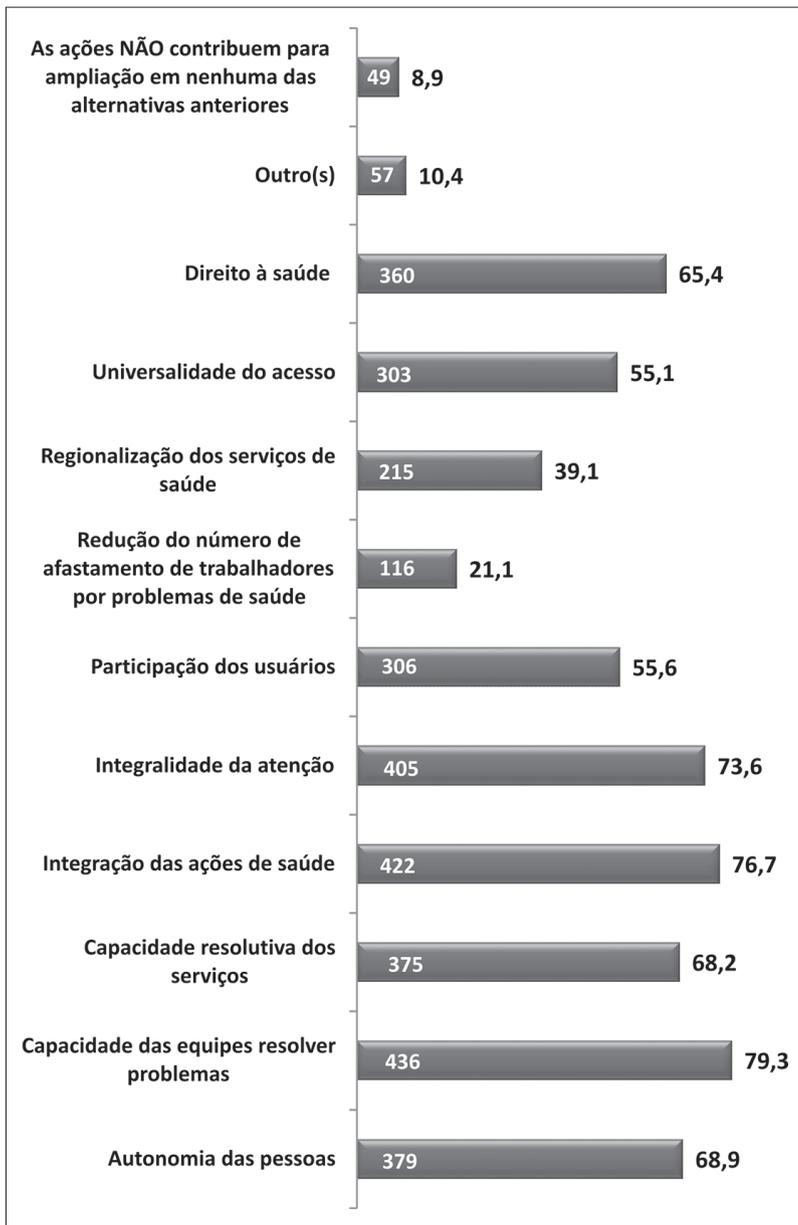
Os resultados levam a crer que a relação que as instituições jurídicas têm com os serviços de saúde não se espelha ainda em todas as dimensões da política de saúde. Como se pode observar nos resultados, mais da metade dos apoiadores alegaram ausência de relação com tais instituições e, dentre os que tiveram relação, a maioria a compreendeu como positiva. Isto evidencia que a garantia do direito à saúde, de um lado, não necessariamente tem sido feita pela via das instituições jurídicas em todas as dimensões da política pública e que, de outro, quando há esta atuação, ela é avaliada positivamente em sua maioria.

Efeitos e repercussões atribuídos ao trabalho do apoio

Um item de pauta que constou das discussões realizadas durante as oficinas do processo de construção coletiva da estratégia de mapeamento, trazido pelos apoiadores, foi se o apoiador considera que o trabalho exercido por ele poderia contribuir (ou não) para a ampliação de determinadas dimensões de resultados. A questão formulada no questionário ofertou ao respondente enunciados que representavam essas dimensões (“autonomia das pessoas”, “capacidade das equipes de resolver problemas”, “capacidade resolutiva dos serviços”, “integração das ações de saúde”, “integralidade da atenção”, “participação dos usuários”, “redução do número de afastamento de trabalhadores por problemas de saúde”, “regionalização dos serviços de saúde”, “universalidade do acesso”, “direito à saúde” ou “outros”).

Importante salientar que não havia limite para os itens que poderiam ser escolhidos (caso o apoiador desejasse, poderia marcar todos os itens, exceto “As ações NÃO contribuem para ampliação em nenhuma das alternativas anteriores”, item que invalidava as outras opções).

Gráfico 7. Frequência absoluta e relativa das dimensões para cuja ampliação o trabalho do apoiador contribui. Brasil, 2013-2014

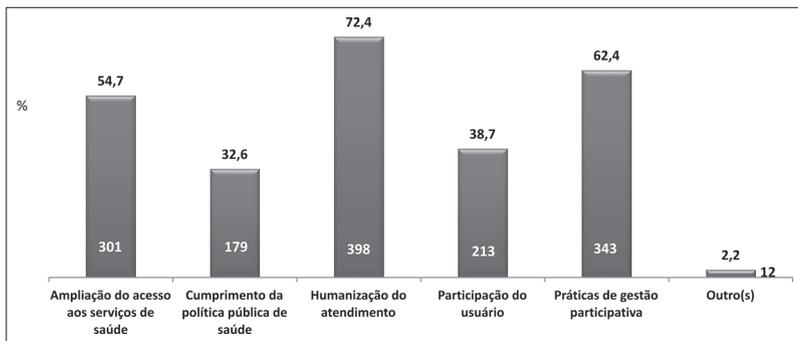


Os principais efeitos que os apoiadores atribuíram a sua atividade foram: “integralidade da atenção”, “integralidade das ações de saúde” e “capacidade das equipes de resolverem problemas”, identificadas por mais de 70% dos apoiadores. No entanto, foi possível verificar também que 8,9% acreditam que suas ações não contribuíram para nenhuma das alternativas propostas no questionário.

É possível que o modo como as categorias foram dispostas no questionário contribuiu para significar resultados do trabalho de apoio, algo relatado pelos apoiadores nas oficinas e por autores como Oliveira (2011) como muito difícil em toda a experiência de apoio, em função das tradições objetivistas e positivistas. Mensurar resultados no apoio exige delimitar categorias de análise, dimensões indicadoras de resultados (SANTOS-FILHO, 2007), o que os itens dessa questão podem ter expressado como efeito do apoio. Mesmo assim, um bom percentual (8,9%) não conseguiu verificar nessas categorias uma noção de resultado. A questão da possível “marginalidade” verificada na análise dos vínculos institucionais e reconhecimento do trabalho do apoio, explorada no capítulo anterior desta coletânea (ROBAINA et al., 2014), podem ajudar a explicar esses achados. Talvez esses 8,9 % dos apoiadores estejam atuando em regimes nos quais suas ações se encontrem à margem, fora do campo de visibilidade e dizibilidade das organizações, ou mesmo que as ações ainda sejam muito incipientes para demonstrarem resultados. De qualquer modo, essas duas possibilidades em intervenções de apoio institucional costumam estar coengendradas (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

Outra questão abordada foi a contribuição do apoio institucional para a efetivação da integralidade em saúde. A partir de itens predefinidos, a noção de integralidade foi decomposta em suas diferentes categorias, como: “ampliação do acesso aos serviços de saúde”, “cumprimento da política pública de saúde”, “humanização do atendimento”, “participação do usuário”, “práticas de gestão participativa” ou “outro”. Como alternativa de resposta, o apoiador poderia optar por até três itens, caso desejasse, exceto “NÃO identifico que os itens acima sejam constitutivos para a efetivação da integralidade em saúde”, o qual invalidaria as outras opções. Salientamos, porém, que este item não foi escolhido por nenhum apoiador.

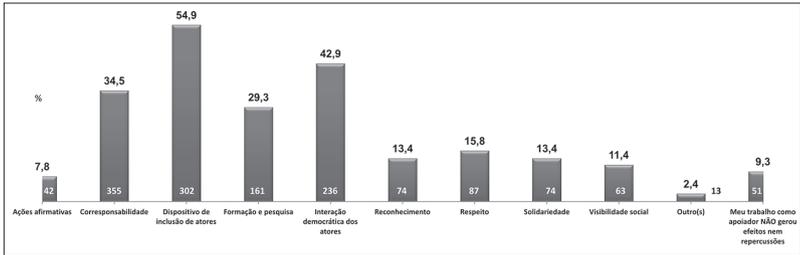
Gráfico 8. Frequência absoluta e relativa da identificação do item que consideram constitutivo para a efetivação da integralidade em saúde pelos apoiadores. Brasil, 2013-2014



Dentre os itens escolhidos como constitutivos para a efetivação da integralidade, o mais referido pelos apoiadores foi “humanização do atendimento” (72,4%), seguido de “práticas de gestão participativa” e “ampliação do acesso aos serviços de saúde” – itens escolhidos por mais da metade dos respondentes do inquérito, o que mostra a compreensão e entendimento do conceito de integralidade em saúde.

Sobre os efeitos e repercussões que o trabalho do apoio pode gerar, uma questão do inquérito apresentou as seguintes possibilidades: ações afirmativas (movimento negro, indígena, LGBT, mulheres, entre outros), corresponsabilidade, dispositivo de inclusão de atores, formação e pesquisa, interação democrática dos atores, reconhecimento, respeito, solidariedade, visibilidade social. Novamente o apoiador poderia optar por até três itens, caso desejasse, exceto “Meu trabalho como apoiador NÃO gerou efeitos nem repercussões”, item que invalidaria as outras opções de resposta (gráfico 9).

Gráfico 9. Frequência relativa e absoluta de efeitos e repercussões gerados pelo trabalho do apoio. Brasil, 2013-2014



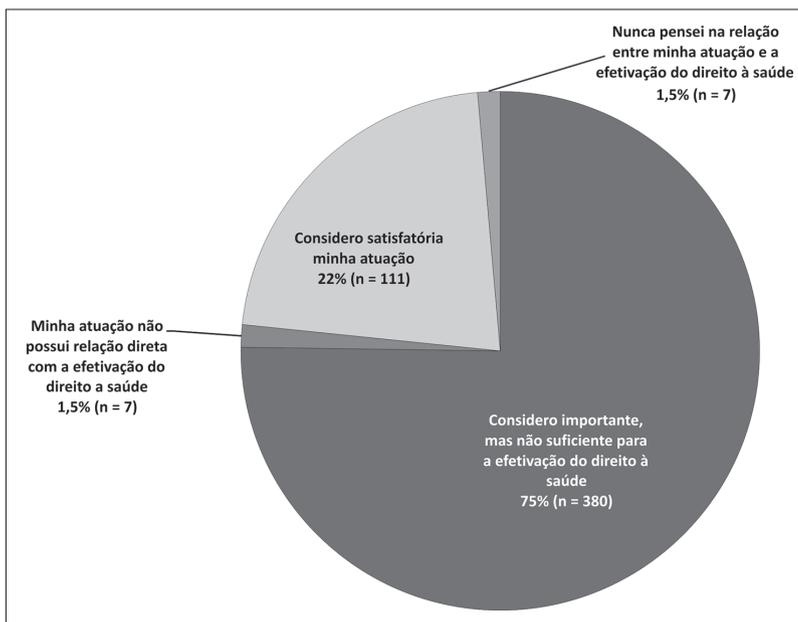
As repercussões mais citadas se relacionam com a interação democrática (42,9%), inclusão (54,9%) e corresponsabilização (34,5%), demonstrando a percepção dos apoiadores sobre a relação entre a atividade de apoio institucional e processos de democratização institucional. No entanto, as repercussões como reconhecimento (13,4%), respeito (15,8%), solidariedade (13,4%) e visibilidade social (11,4%), mais relacionadas com dimensões de garantia de direitos, aparecem como repercussões menos citadas.

As repercussões mais frequentes são elementos que estão ligados aos referenciais do Método Paideia (CAMPOS, 2005) e da PNH (BRASIL, 2008). Nessas formulações, uma pessoa considerada externa às equipes teria a função de facilitar a construção de espaços de escuta onde os saberes e interesses dos gestores, trabalhadores e usuários pudessem ser articulados (BARROS; DIMENSTEIN, 2010). Para outros autores, o apoio institucional se constituiria com similaridade à atividade do analista institucional, a de fomentar análises sobre a dinâmica das relações, dos poderes, das práticas, das significações, dos afetos que permeiam o estabelecimento analisado, constituindo substrato para os sujeitos analisarem sua função e

dinâmica institucional (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009). Sob esses olhares, as estratégias de interação entre sujeitos, fomento a espaços coletivos de análise e de intervenção compartilhados estão em primeiro plano, possivelmente explicando as frequências encontradas.

Em outro ponto, foi questionado como o apoiador considera sua atuação na efetivação do direito à saúde (gráfico 10). As possibilidades de resposta foram: (1) Considero importante, mas não suficiente para a efetivação do direito à saúde; (2) Minha atuação não possui relação direta com a efetivação do direito à saúde; (3) Nunca pensei na relação entre minha atuação e a efetivação do direito à saúde; e (4) Considero satisfatória minha atuação.

Gráfico 10. Frequência relativa e absoluta sobre a efetivação do direito à saúde. Brasil, 2013-2014



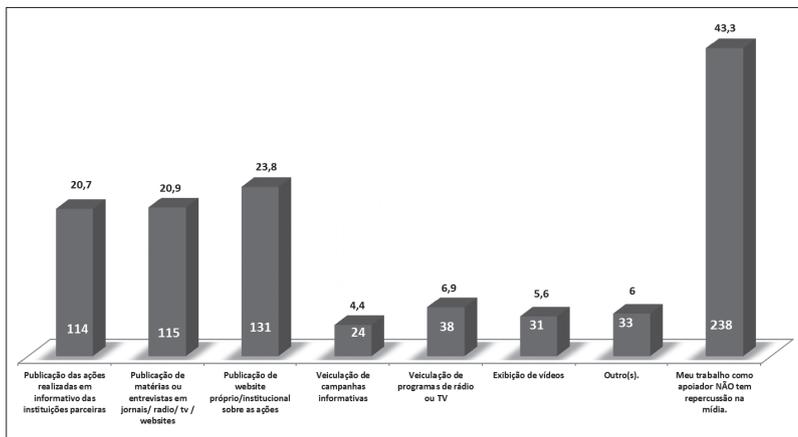
Poucos foram os apoiadores que nunca pensaram na relação entre o trabalho exercido e o direito à saúde, ou que afirmam que sua atuação não possui relação direta com o tema. Contudo, três quartos dos apoiadores destacaram que, apesar de considerarem importante, sua atuação não é suficiente para a efetivação do direito à saúde dos usuários que estão envolvidos no seu território de atuação. Mais uma vez, temos indícios de que os feitos e efeitos do apoio institucional, embora considerem importante a efetivação do direito à saúde como objetivo e resultado a ser construído, os contextos institucionais enfrentados impõem dificuldades no seu desenvolvimento. Sendo o apoio correlacionado como dispositivo ou estratégia para a democratização das organizações de saúde, das relações de trabalho e de produção no SUS, e este sendo um campo de tensão e luta política, impõe aos apoiadores uma incompletude, uma parcialidade dos seus efeitos.

O Apoio e sua relação com a mídia

Apresentaremos aqui as perguntas do mapeamento relacionadas à mídia, vista de uma forma geral (jornal impresso / *online*, rádio, TV, *website*, rede social) e sua repercussão no trabalho do apoiador e sua recíproca (a repercussão do trabalho de apoio na mídia).

Primeiramente, foi questionado se o trabalho do apoio tem alguma repercussão na mídia e em que tipo de mídia. O intuito foi conhecer de forma mais abrangente, sem restrição à quantidade de respostas possíveis a essa questão (exceto quando o apoiador afirmava que seu trabalho NÃO repercutia na mídia, o que impossibilitava a escolha de outro item). As possibilidades de respostas foram: publicação das ações realizadas em informativo das instituições parceiras; de matérias ou entrevistas em jornais / rádio / TV / *websites*; de *website* próprio / institucional sobre as ações; veiculação de campanhas informativas; de programas de rádio ou TV; exibição de vídeos (gráfico 11).

Gráfico 11. Frequência absoluta e relativa do tipo de repercussão que o trabalho do apoiador tem sobre a mídia. Brasil, 2013-2014



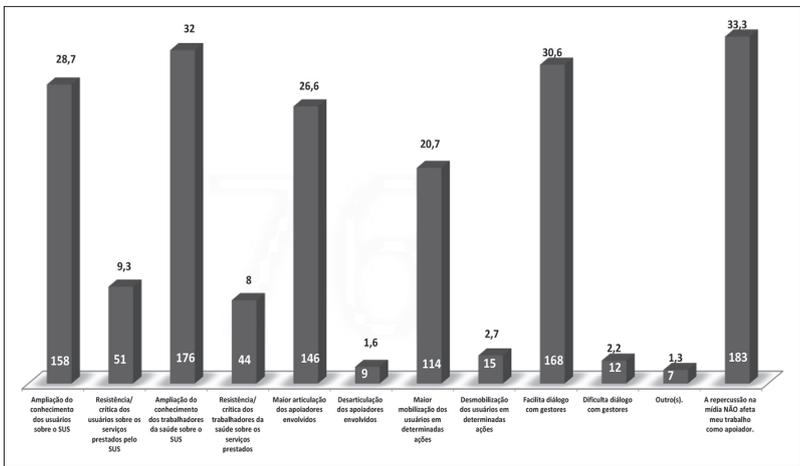
Embora parcela significativa dos apoiadores (43%) tenha referido que seu trabalho não tem repercussão na mídia, indicando uma possibilidade de entendimento de que sua atividade não é reconhecida como ação capaz impactar no juízo que as mídias exercem no imaginário de saúde e doença na sociedade, constatamos que 57% dos demais apoiadores manifestaram que seu trabalho exerce efeitos em diferentes veículos de comunicação e informação institucionais no campo da Saúde Coletiva. Parece-nos interessante acolher essa temática em outros estudos e desdobramentos da pesquisa, por isso recomendamos que a temática seja aprofundada em diferentes campos, sobretudo em pesquisas e formação.

Por último, buscamos explorar os sentidos atribuídos pelos apoiadores sobre o que eles entendem do tipo de repercussão a mídia tem sobre seu trabalho de apoiador. No universo da pesquisa, identificamos que 43,3% afirmaram que a repercussão da mídia não afetava seu trabalho. No entanto, 66,7% a escolheram ao menos em uma das seguintes opções: 1) Resistência / crítica dos usuários aos serviços prestados pelo SUS; 2) Ampliação do conhecimento

dos trabalhadores da saúde sobre o SUS; 3) Resistência / crítica dos trabalhadores da saúde sobre os serviços prestados; 4) Maior articulação dos apoiadores envolvidos; 5) Desarticulação dos apoiadores envolvidos; 6) Maior mobilização dos usuários em determinadas ações; 7) Desmobilização dos usuários em determinadas ações; 8) Facilita diálogo com gestores; 9) Dificulta diálogo com gestores; e 10) Outro(s). Qual(is)?.

Podemos observar frequência das respostas no gráfico a seguir.

Gráfico 12. Frequência absoluta e relativa do tipo de repercussão que a mídia tem sobre o trabalho do apoiador. Brasil, 2013-2014



Podemos realizar, assim, algumas inferências acerca das respostas indicadas pelos apoiadores. Observamos que a ideia de ampliação do conhecimento sobre o SUS, seja dos usuários (28,7%) ou dos trabalhadores, (32%) é imperativa, totalizando 60,7%, sendo acompanhada de forma expressiva com a ideia de facilitação do diálogo com os gestores (30,6%). Parece-nos claro que a intervenção promovida pelos apoiadores incide de maneira decisiva e orgânica

nos modos de atuar ou mesmo agir em saúde na efetivação dos principais implicados na efetivação dos princípios do SUS. Essa assertiva pode ser consubstanciada pela expressiva manifestação dos apoiadores em associar essas respostas àquelas relativas à própria articulação do apoiadores envolvidos (26,6%) e maior mobilização dos usuários (20,7%).

Considerações finais

Finalizamos este texto com considerações iniciais, justamente porque entendemos que estamos diante de uma oferta múltipla de (re) começos de novas pesquisas sobre a temática do apoio institucional no campo da Saúde Coletiva.

Trata-se de uma primeira aproximação dos resultados do entendimento dos apoiadores sobre suas diversas forma de atuação. Parece-nos evidente que os temas da integralidade, comunicação / mídia e instituições jurídicas se apresentam como categorias transversais com potência de investigar os saberes e práticas dos apoiadores no SUS. Resta-nos alargar esse debate e explorar suas possibilidades afirmativas de contribuir para mais um debate nessa temática.

Referências

- BARROS, S.C; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estudos e pesquisas em psicologia*. Rio de Janeiro, ano 10, n. 1. p. 48-67, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CÉSAR, J. O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. Rio de Janeiro, Cepesc, 2014.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de janeiro, v. 15, p. 345-353, 1999.

OLIVEIRA, G.N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

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

PEREIRA JÚNIOR, N. O apoio institucional no SUS. Os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2013.

PINHEIRO, R. et al.(Orgs.). *Apoiadores regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013.

RIGHI, L.B. Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

ROBAINA, J. et al. Apoiadores do SUS: quem são, onde moram e como atuam. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. Rio de Janeiro, Cepesc, 2014.

ROBAINA, J. et al. Trajetórias dos apoiadores: o mapeamento como um dispositivo. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. Rio de Janeiro, Cepesc, 2014.

SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHER, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface*. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 729-38, 2009.

Apoio Institucional e composição de agendas no campo da saúde: uma experiência no interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil¹

LIANE BEATRIZ RIGHI
LIAMARA DENISE UBESSI
FERNANDA SARTURI

Introdução

Este ensaio analisa a experiência denominada *composição de agendas*, que inclui interesses e tempos necessários aos processos acadêmicos e aos interesses e tempos da gestão local da saúde e dos movimentos sociais. Esta estratégia vem sendo experimentada na cidade de Palmeira das Missões-RS, através do campo da gestão do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e integra uma das frentes de trabalho do Coletivo Sul da Política Nacional de Humanização (PNH).

Denomina-se *composição de agendas* a aproximação entre os tempos técnicos (marca da academia) e os tempos políticos e administrativos (marca da gestão), conforme conceitos de Mário Testa (1992). A ênfase do trabalho é o apoio a equipes gestoras e equipes da atenção básica. Tomamos como referência metodológica para integração ensino-serviço o Apoio Institucional, conceito proposto por Gastão Campos (2000).

¹ Este texto trata de experiência que iniciou em 2009 e que, com alterações, está tendo continuidade. As três autoras trabalharam juntas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões, nos anos de 2011 e 2012. As mesmas registram a importância, para esta experiência, do cirurgião-dentista Edson Zambonato e do técnico de enfermagem Izaías Malheiros, respectivamente, secretário municipal de Saúde e secretário adjunto do Município de Palmeira das Missões (2009-2010); da pedagoga Mariza Freire e da assistente social Marieta Silva, respectivamente, coordenadora e coordenadora adjunta da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede em Palmeira das Missões (2010-2013); e de Plínio Simas, pequeno agricultor, coordenador do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) e mestre nas lutas para melhorar o mundo.

Pretende-se, aqui, socializar as ações desenvolvidas, o método que vem sendo construído e seus referenciais, bem como as soluções encontradas, as situações que seguem desafiando a relação entre o ensino e os serviços e apresentar os serviços como espaços de pesquisa-intervenção e de produção de sujeitos coletivos.

Os Carijos da Palmeira e os contornos do território vivido

Palmeira das Missões é uma cidade com cerca de 30 mil habitantes localizada na região norte do Estado do Rio Grande do Sul. É terra de grandes contradições, como as que resultam das grandes concentrações de terra. Localiza-se no território onde, na década de 1980, se organizou o Movimento dos Sem-Terra (MST). A população estimada é de 35.120 habitantes, apesar de sua área territorial ser de 1.419 Km² e sua emancipação política ter acontecido em 1874 (IBGE, 2014). A distância entre Palmeira das Missões e Porto Alegre (capital do estado) é de 368 km.²

Palmeira das Missões é a terra do Carijo da Canção, evento que integra o conjunto de festivais de música regional do Rio Grande do Sul. Desperta curiosidade, para quem “não é da terra”, o significado da palavra carijo, destacada no pórtico do principal acesso à cidade. Descobrimos que carijo é o sistema mais antigo de produção da erva-mate. Na distribuição do calor (há o risco de o fogo apagar ou de labaredas mais altas queimarem as folhas), obriga a noites de vigília, o que fazia do carijo um espaço de trabalho coletivo e festivo que durava três noites e favorecia causos, desafios e romances.³ O carijo foi substituído pela desidratação industrial das folhas da erva-mate.

O município de Palmeira das Missões é, desde 2005, sede de campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), conquista associada à força dos movimentos sociais na região – especialmente o Movimento dos Pequenos Agricultores – e compõe um projeto de desenvolvimento regional. Em Palmeira, estão os cursos de graduação

² Outras informações a respeito da cidade são encontradas no site do município: http://www.palmeiradasmissoes-rs.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=11&Itemid=14

³ A associação entre o carijo e os colegiados gestores foi imediata, e passou a integrar as rodas de discussão dos textos de Gastão Campos nas rodas de conversa com equipes e na sala de aula.

em Enfermagem, Nutrição, Biologia, Zootecnia, Ciências Contábeis e Administração. Os cursos da saúde formam o Departamento de Ciências da Saúde e integram um centro interdisciplinar na estrutura de dois *campi* (Palmeira das Missões e Frederico Westphalen).⁴

O desenvolvimento do sistema de saúde da região é paradoxal. Caracteriza-se tanto pela manutenção das características assistenciais da década de 1970 (pequenos hospitais, clínicas privadas, cobranças ilegais), como por importantes avanços na atenção básica, com acelerada expansão de cobertura através da Estratégia de Saúde da Família e a sustentação de um movimento para construção de um hospital público regional “100% SUS” e em rede.

A região da 15ª. CRS é formada por 26 municípios, 12 deles com população menor que três mil habitantes, situação que acrescenta complexidade à gestão regional e ao desenho da rede de atenção no território.

Quadro 1. Municípios da Região da 15ª CRS distribuídos por população residente

População	Total	Municípios
Menos de 3.000 habitantes	12	Barra Funda, Boa Vista das Missões, Cerro Grande, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, Novo Xingu, Nova Boa Vista, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões
3.000 a 5.000	05	Três Palmeiras, Novo Barreiro, Jaboticaba, Miraguaí, Braga.
5.000 a 7.500	02	Rondinha, Trindade do Sul
7.500 a 10.000	03	Chapada, Constantina, Coronel Bicaco
10.000 a 15.000	02	Redentora, Ronda Alta
15.000 a 20.000	0	
20.000 a 30.000	1	Sarandi
30.000 a 40.000	1	Palmeira das Missões

Fonte: IBGE, 2013.

⁴ Os *campi* Palmeira das Missões e Frederico Westphalen formam o Centro de Educação Superior Norte/RS (Cesnors). A distância entre Palmeira das Missões e Frederico Westphalen é de 70 km, e entre Palmeira e Santa Maria é de 236 km. Como em outros locais em que houve expansão do ensino superior, também em Palmeira a distância de outras unidades da universidade é um desafio para a gestão universitária.

Com a estratificação dos municípios por número de habitantes, iniciamos junto a 15ª CRS e CIES o reconhecimento das características singulares a cada lugar; elas exigiam formas singulares de apoio. Desenho de redes em regiões formadas por municípios pequenos, formas de contratação de trabalhadores para a atenção básica nos mesmos e a situação dos hospitais existentes nesses lugares, bem como a produção de sua inserção na rede a partir da construção de um novo hospital regional foram surgindo como temas relevantes para a formação de trabalhadores em saúde e, portanto, para o ensino, a extensão e a pesquisa.

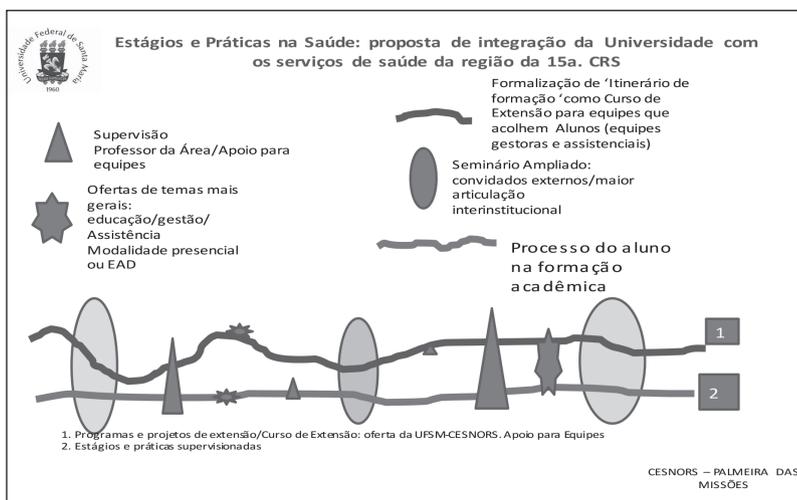
A experiência em seus contornos teóricos e operacionais

Nesse contexto regional e institucional, assumiu-se o desafio de contribuir para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e, simultaneamente, criar novos cenários de formação de trabalhadores de saúde. Constatou-se a importância de colocar em análise os diferentes acúmulos de poder (técnico, administrativo e político) que, de acordo com Mário Testa (1992) correspondem aos tipos de poder de que cada setor de atividade dispõe.

Anunciar cooperação entre a instituição de ensino e os serviços é importante, mas não é suficiente para formar sujeitos com maior capacidade de contribuir para a produção de organizações de saúde mais inclusivas. Verificou-se que, mesmo em situações de cordialidade, o tempo de desenvolvimento de atividades que interessavam a gestores e à academia era sempre muito extenso para os gestores e muito escasso para a academia. Um descompasso dos tempos. Ao mesmo tempo, a rotatividade de alunos em campos de estágio resultava em pouco vínculo e limitava a compreensão e intervenção em processos de trabalho.

Por intervenção, entendemos processos com potência para a produção de mudanças na realidade de serviços de saúde e nas pessoas envolvidas nos mesmos, o que a reitera também como prática de formação. Trata-se de provocar aberturas nas estruturas para outro devir de possibilidades no acontecimento dinâmico da vida (BRASIL 2010).

O desenho que segue foi elaborado em 2009, produzido a partir das possibilidades que o trabalho apresentava, e foi referência para o desenvolvimento da experiência. Apresentado em Plenária do Departamento de Ciências da Saúde e discutido em reuniões da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e com a equipe da 15ª CRS, o desenho foi utilizado em reunião do Colegiado Gestor para definição da estratégia de integração das agendas da Secretaria Municipal de Palmeira das Missões e os estágios de gestão do curso de Enfermagem na rede de saúde.



Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Centro de Educação Superior Norte (CESNORS). Curso de Enfermagem. Planejamento do Estágio Supervisionado I e II (UFSM, 2010).

Desta forma, houve importante superação de vários dilemas relacionados a metodologias e objetivos das nossas intervenções e formas de utilização de recursos escassos. Uma estratégia importante foi utilizar grandes painéis e seminários para colocar temas em pauta nos diferentes espaços e, ao mesmo tempo, sustentar processos pelo apoio a coletivos.

Ações e efeitos do Apoio na terra do carijo

A relação entre a Universidade, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde sustentou-se no conceito de apoio para coletivos organizados para produção. Para Campos, *Coletivo Organizado para a Produção* é uma “equipe ou grupo de pessoas que se organiza em função do compromisso de se produzir algum Valor de Uso que potencialmente interesse a parcelas da sociedade” (CAMPOS, 2000, p. 231). Nesse período, ofertou-se apoio para equipes da Atenção Básica e equipes gestoras. A aproximação com a Secretaria Municipal de Saúde e a oferta de apoio para a equipe gestora abriram possibilidades interessantes para a produção de contratos, dentre os quais, a composição de agendas.

A oferta de apoio para a equipe gestora resultou no reconhecimento da existência de uma *equipe de gestão* na Secretaria Municipal de Saúde. O primeiro encontro foi marcado para um final de tarde de terça-feira para “conversar a respeito da gestão”. A apresentação das pessoas ia indicando quais as unidades de produção que formavam a secretaria: Farmácia, Transporte, Setor de Encaminhamentos, Atenção Básica, o secretário e o secretário adjunto, um serviço regional, um interlocutor importante de fora da secretaria, reconhecido pelo grupo, e uma professora. A partir da pergunta sobre como era a gestão, compartilhamos o diagnóstico de que a ação desses sujeitos era desarticulada.

A pergunta sobre as prioridades do projeto da Saúde possibilitou que o gestor explicitasse seu desejo de ampliar e fortalecer a Atenção Básica. Pactuamos uma agenda de encontros semanais para estudar e propor mudanças na gestão e na atenção. Segundo Gastão Campos, “Modelos de atenção e de gestão são indissociáveis”. Sendo assim, seria possível compor o desejo de ampliar a atenção básica com mudanças na gestão da própria secretaria, sem que uma coisa fosse anterior ou requisito para outra? Apostamos que sim.

Em uma semana lemos o *Anti-Taylor* e voltamos a nos reunir (CAMPOS, 1998). Várias pessoas traziam anotações do texto e questões para a pauta da reunião. Misturavam-se análise do texto, análise da forma de gestão da secretaria e propostas. A forma de gestão da SMS reforçava demandas e poderes corporativos; havia

necessidade de alterar os fluxos para liberação de carros da garagem, as duas equipes de ESF eram insuficientes... E havia mais uma questão para incluir na pauta: a cidade não tinha Plano de Saúde, um plano teria que ser feito e o prazo era de dois meses.

O Plano Municipal de Saúde ia sendo elaborado através de uma ação conjunta de alunos de graduação em Enfermagem em estágio, professores e equipe gestora. Ao mesmo tempo, as reuniões da equipe gestora iam ampliando a articulação dos diferentes setores para resposta a demandas urgentes da secretaria e, simultaneamente, desenhando ações, projetos estratégicos e espaços de gestão.

Desde a criação da equipe gestora até o término do mandato do governo municipal (2009-2012), houve duas mudanças de secretário. Em todo esse período, as reuniões da equipe foram mantidas e sofreram importantes alterações.

O Plano Municipal de Saúde que não estava no plano

A elaboração do Plano Municipal de Saúde desencadeou um importante movimento para dentro da universidade e uma definição sobre qual seria a função da apoiadora/professora. Apoiar é empurrar e sustentar; o apoio se dá a partir de contratos (CAMPOS, 2000). O tempo para a escrita do plano era escasso e não havia uma coincidência entre o “tempo do plano” e o período previsto para o desenvolvimento do conteúdo na disciplina do curso de graduação.

Portanto, para assumir maior protagonismo e vivenciar experiências mais importantes, foi preciso fazer novos contratos com os alunos. Alguns intensificaram ações na disciplina; os professores precisaram mudar seus horários; os gestores abriram a sua agenda para discutir resultados parciais do trabalho dos alunos (muitas vezes, o secretário esteve na sala de aula); e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) alterou a periodicidade, local, metodologia e pauta de suas reuniões.

Corresponsabilizar-se pela elaboração do Plano Municipal de Saúde no limite do prazo assumido foi importante para a formação dos alunos da graduação no campo da gestão. Vamos limitar esta análise à apresentação de três “registros-causos” que revelam aspectos desta empreitada:

Primeiro *causo*. Sala de aula, oitavo semestre do curso de Enfermagem, a tarefa de elaboração do Plano Municipal de Saúde é apresentada a cerca de 20 alunos em práticas de estágio supervisionado. A primeira reação (esperada) é marcada por críticas a gestão, “que tudo pode e nada faz” (nossa releitura): não faz prevenção, não amplia a Saúde da Família, não investe nos Agentes Comunitários de Saúde. Compreendemos aí que se tratava de um encontro que teria que ser viabilizado, construído, o que foi sendo feito ao mesmo tempo em que frequentávamos os serviços para buscar informações que eram discutidas e sistematizadas e preparadas para serem apresentadas a gestão (secretário e algumas pessoas da equipe gestora, de acordo com o tema e possibilidade) e ao Conselho Municipal de Saúde. Esta estratégia procurava evitar que apenas uma última versão fosse submetida à análise. Repetimos várias vezes outra recomendação de Gastão Campos: fazer crítica generosa, não para destruir o outro. A presença do secretário ouvindo os alunos e apresentando sua leitura a respeito dos indicadores e das situações que iam sendo reveladas foi um exercício muito importante e foi se estabelecendo uma relação de confiança. O exercício de compreender como as coisas se produzem na complexidade em que se produzem foi tomado como mais importante que a elaboração de saídas e propostas apressadas e simplificadoras da realidade.

Segundo *causo*. A elaboração do Plano Municipal de Saúde incluiu a elaboração de um pequeno texto a respeito da cidade, que incluiu uma explicação da palavra “carijo”. Nesse dia conversamos a respeito de possíveis aproximações entre as Rodas do Carijo (marca da cidade) e o Método da Roda (proposto por Gastão Campos). Quando imprimimos a primeira versão do plano, vimos uma nota de rodapé. Mariza Wink (aluna) havia registrado: “[...] o modelo de gestão da saúde de Palmeira das Missões será uma composição do Carijo com o método Paideia proposto por Gastão Campos. Denominaremos o método de ‘Paideia-Carijo’”. Achamos que a nota poderia continuar no documento final. E ficou.

Terceiro *causo*. Um grupo de alunos responsabilizou-se pela produção de um mapa. Decidimos localizar, no território vivido (conceito de Milton Santos), alguns eventos que reconhecemos

importantes: morte por violência, morte de mulheres em idade fértil, mortalidade infantil. Uma tecnologia simples (alfinetes coloridos sobre mapas) localizou esses eventos e mostrou que eles coincidiam com vazios assistenciais, territórios sem equipes de Saúde da Família, sem equipe de referência. Eventos indicativos de maior vulnerabilidade e falta de atenção básica apareceram juntos nos bairros e vilas localizados de um lado da avenida principal da cidade. O mapa dava visibilidade para uma questão importante para a gestão.

Em dois meses, realizou-se uma reunião ampliada do CMS no auditório da universidade. Participaram trabalhadores, usuários, gestores da saúde, professores e alunos de outras turmas. O plano não estava pronto, mas oferecia elementos para discussão de pontos importantes da saúde no município, entre os quais se salientam: pequena proporção de partos naturais no total de nascimentos; localização geográfica-territorial de eventos mais sensíveis à atuação da atenção básica (mortalidade infantil, internação por infecções respiratórias agudas, internação por álcool e drogas). Foi aprovado um plano com três ênfases: a) Cogestão e Democracia Institucional; b) Fortalecimento da Atenção Básica; c) Trabalho em Rede e Ação Intersetorial. Na mesma reunião, o secretário propôs um cronograma de ampliação das Unidades da Estratégia de Saúde da Família, com implantação imediata de duas unidades no Centro Social Urbano (ESF III e ESF IV) e uma no Bairro Mutirão (ESF V). Estas unidades estavam no mesmo lado da avenida em que estavam as situações que indicavam maior vulnerabilidade.

A metodologia para a construção do plano sustentou-se no entendimento de que havia a necessidade de trabalhar no “tempo do outro”, deslocamentos que operaram na relação formação-ação da responsabilidade sanitária, certa aceleração do trabalho dos alunos foi compensada pela possibilidade de participar da elaboração, da apresentação e da deliberação a respeito dos principais temas. O mapa da vulnerabilidade e serviços foi decisivo para que a ampliação da atenção básica pela estratégia de ESF fosse retomada pelos territórios mais vulneráveis. No semestre seguinte, com a presença de vários alunos desta turma e os alunos novos, participamos da instalação das três novas equipes de ESF.

Criação do Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde

Como um dos resultados do Plano Municipal de Saúde, iniciou-se a discussão da forma de gestão da SMS. A criação do Colegiado Gestor (CG) foi amplamente debatida através de seminários com a equipe gestora, professores e alunos. O CG foi criado em 2010, coordenado pelo secretário municipal de Saúde e composto por todos os coordenadores de Unidades de Produção da SMS. O principal desafio foi mantê-lo como espaço de gestão-formação e não de “treinamento ou capacitação”.

Tanto para os gestores como para os alunos parecia natural que aquele seria um espaço formado por um “representante” das equipes e que esta pessoa transmitiria para sua equipe o que seria discutido ou deliberado. Ao invés disso, nossa proposta era a criação de um espaço colegiado para “fazer a gestão da SMS”, discutir, analisar, priorizar e tomar decisões; a formação dos coordenadores de Unidades de Produção (UP) se dando no próprio espaço colegiado.

Na sala de aula, oficinas, leituras e debates a respeito das potencialidades e limites do método. No colegiado, os professores contribuindo com elaboração das pautas ou coordenando alguma discussão, e os alunos se revezando na participação e elaboração de relatórios a serem socializados com os colegas.

Apoio a equipes da Atenção Básica

As equipes da estratégia de ESF são locais de práticas e estágios dos cursos da UFSM. Contudo, é especialmente nas três equipes criadas após a elaboração do Plano Municipal de Saúde que acontecem práticas e estágios de gestão. Nestes casos, há também uma mudança no papel do professor supervisor. As práticas deram ênfase às tecnologias de Projeto Terapêutico Singular (PTS), Fluxograma Analisador e avaliação de famílias através do Modelo Calgary (OLIVEIRA, 2010; CARVALHO, 2006, WRIGHT, 2002).

Esses produtos foram discutidos em reuniões da equipe. Pela forma hegemônica de organização do trabalho das equipes na atenção básica, a realização da própria reunião exigiu investimento, pois ela rompe com a tradição de que cada categoria conversa com seus pares ou que

alguns trabalhadores estão na equipe, atendem, mas não participam das reuniões de planejamento.

Assim, os professores propõem a atividade, acompanham os alunos distribuídos em várias unidades e criam condições para o fortalecimento da equipe como uma Unidade de Produção, ou como um Coletivo Organizado para a Produção: alunos, médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, agentes comunitários analisando casos, avaliando como foram conduzidos e como os sujeitos e famílias se movimentaram na rede de atenção e produzindo os mapas que revelam as possíveis ações intersetoriais.

Conclusão

Neste processo de apoio, a Secretaria Municipal de Saúde criou o Colegiado Gestor, produziu um Plano Municipal de Saúde, ampliou o número de equipes na atenção básica e aumentou sua capacidade de captação de recursos. As equipes desenvolveram competências para conduzir projetos terapêuticos; os coordenadores ampliaram sua participação na gestão da secretaria. A elaboração de fluxogramas analisadores e o desenho de linhas de cuidado revelaram fragilidades e potências dos processos de trabalho em rede.

A inclusão da análise dos diferentes tempos contribuiu para que o encontro ensino-serviço respondesse melhor às expectativas de alunos, professores, trabalhadores e gestores e para o aumento de ações relacionadas a atenção básica e fortalecimento desse espaço do sistema de saúde. As equipes colocaram em pauta o trabalho em rede e a continuidade do cuidado. O controle social na saúde, mesmo com a existência de movimentos sociais fortes, segue nos desafiando.

Nesse período, mudanças na gestão (mudança de secretário no mesmo governo) e mudança na condução política da cidade (eleição municipal de 2012) determinaram mudanças na forma de fazer apoio, nos espaços em que ele foi possível e na velocidade das mudanças. Muitos temas que emergiram dessas exposições foram tomados como problemas de pesquisa, desenvolvidos em trabalhos de conclusão de curso de graduação. Outros alunos seguiram investigando essas inovações em especialização em Gestão da própria instituição.

A função apoio ganha potência quando cria condições para identificação de Unidades de Produção e quando contribui para o desenvolvimento de metodologias para que as equipes coloquem em análise a forma como estão organizados e a finalidade, o objetivo e as características de seus processos e produtos. Apostamos em sujeitos com maior capacidade para a gestão da saúde. Nesta experiência, simultaneamente, aconteceram mudanças no serviço (atenção e gestão), na academia e reposicionamento na cidadania.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 10 fev 2014.
- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 4, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev 2014.
- _____. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431370&search=rio-grande-do-sul|palmeira-das-missoes>>. Acesso em: 08 fev 2014.
- OLIVEIRA, G.N. O Projeto terapêutico Singular. In.: CAMPOS, G.W.; GUERREIRO, A.P. *Manual de práticas de Atenção Básica*. Saúde ampliada e compartilhada. 2ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Centro de Educação Superior Norte. Departamento de Ciências da Saúde. *Planejamento do Estágio Supervisionado I e II*. Palmeira das Missões: UFSM, 2010.
- WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca; 2002.

PARTE IV

Formação para pesquisa: apoio no cotidiano do SUS

Efeitos da formação em situação de pesquisa: incursões de estudantes nas experiências vivas de apoio institucional em saúde

FABIO HEBERT DA SILVA
JANAÍNA MARIANO CÉSAR

A proposta deste texto é abrir algumas linhas do exercício dos processos formativos de alunos do curso de Psicologia aliançados às práticas da pesquisa “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”. Além disso, pretendemos discutir o que tem sido um dos fios condutores ou dimensões práticas de formação-intervenção no âmbito desta pesquisa, levando em consideração a inserção de alunos de graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) / Campos dos Goytacazes em todas suas etapas, incluindo o planejamento do processo de pesquisa, as visitas a campo e reflexões sobre as dimensões da formação-intervenção durante e após o período de pesquisa, que ganham visibilidade no encontro entre pesquisadores e trabalhadores-apoiadores.

Experiências de formação de estudantes de Psicologia, mas também de pesquisadores-trabalhadores no âmbito da saúde. Muitas vezes essas figuras se sobrepõem, outras aparentemente se distanciam, mas dizem de um único processo formativo.

Do mesmo modo que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) há um movimento vivo na busca por reposicionamento diante dos desafios da saúde, os estudantes, participantes da pesquisa, também indicam tal reposicionamento assinalando o processo riquíssimo de transformação e mesmo de produção de outros sentidos para o SUS,

no encontro com estudos, debates e o operar das experiências de apoio investigadas. Apontam a importância das discussões sobre temáticas propostas no âmbito da experimentação do Apoio Institucional e ao mesmo tempo constataam certa distância entre o currículo formal do curso de Psicologia e os desafios concretos do SUS.

Este texto, portanto, intenta introduzir linhas da tessitura da experiência formativa que nela faz encontrar e reverberar práticas na universidade, nos serviços de saúde, na experiência de investigação, no viver cotidiano, contextualizando tal direção no bojo dos processos vividos no trabalho de pesquisa. Como modo de dar visibilidade à potência formativa dessas experiências, traremos algumas reflexões acerca da participação dos estudantes nas visitas a campo nas várias regiões do Brasil e a formação do pesquisa em atividade de pesquisa.

A formação ampliada na aliança com a saúde viva

Na oportunidade da discussão a que nos propomos para este texto, cabe trazer alguns elementos importantes para pensarmos certas relações do apoio institucional com os processos de formação, mais propriamente, no âmbito desta pesquisa. O acompanhamento das experiências de apoio foi também a oportunidade de ver se expressarem processos formativos na articulação com as questões concretas que constituem o SUS. E se por um lado, podemos falar de sujeitos-apoiadores que se formam em situação de trabalho, que se utilizam de um saber especializado, mas também de um saber que se aprende fazendo; por outro, podemos falar de um processo de formação do próprio pesquisador e, em última instância, dos próprios coletivos de pesquisa.

Não se trata aqui de transformar o outro em um objeto da pesquisa. Muito pelo contrário, trata-se de considerar que pesquisador e pesquisado compõem um mesmo arranjo concreto, um mesmo campo problemático. Podemos afirmar que há aqui um nascimento simultâneo. Paradoxalmente, pesquisador e pesquisado se constituem ou se formam na dependência da relação onde surgem como sujeitos.

Dá a importância de trazer elementos de uma preocupação com os processos formativos na experiência acadêmica e os sentidos e entendimentos que são produzidos em um curso de Psicologia acerca

do SUS. Concomitantemente ao início desta pesquisa, iniciaram-se na UFF de Campos dos Goytacazes as reuniões para criação de um grupo de pesquisa para pensar o apoio institucional, sob a coordenação de Fabio Hebert, do Departamento de Psicologia (e também pesquisador do LAPPIS), principalmente a partir dos acúmulos e publicações da Política Nacional de Humanização (PNH). Buscava-se num primeiro momento sensibilizar alguns alunos do curso de Psicologia para discussões de temáticas caras à constituição do SUS como política pública. As primeiras discussões, também para os estudantes fizeram-se sempre acompanhadas de certo desejo de participar de espaços, fora dos muros da universidade, onde as temáticas discutidas pudessem ter uma “visibilidade prática”.

Claro que a separação entre dentro e fora comparece como experiência mais ilusória que efetivamente existente, pois toda nossa vida, naquilo que a compõe em seus aspectos políticos, econômicos, sociais, afetivos, midiáticos, já a força a um lado de fora, a uma abertura irremediável. A Universidade disso não se separa. No entanto, é preciso certo rigor e também afirmação de uma práxis ética, a fim de encontrar esse “fora” no mais “dentro!” que inventamos. Fazer encontrar e ver a pertinência da problemática da saúde, da educação, das relações com a formação num curso universitário, ainda que desde sempre eles sejam inseparáveis.

Os momentos de estudo revestiram-se de grande importância, sobretudo porque junto com os alunos produziu-se algo em sintonia com alguns processos do SUS, do qual o funcionamento da Universidade parecia ficar ao largo. Estuda-se e esquadrinha-se o SUS como um “objeto” com algumas qualidades estanques, com suas políticas específicas ou redes temáticas. A configuração das redes de saúde no norte fluminense e a pouca quantidade de grupos de trabalho no âmbito da universidade e de iniciativa de estudos articulando-se com o SUS, como conquista coletiva de uma política pública para a Saúde, têm sido os principais desafios quando se pensa na relação academia-serviço de saúde.

Se há, portanto, dificuldade ou rareamento da percepção do SUS como campo problemático, o que dizer de temáticas como democracia institucional, garantia do direito, fomento de redes de cuidado. A

direção da aproximação dos debates e pesquisas na construção de um grupo de trabalho com os estudantes, nessa universidade, ao plano da pesquisa vinculada ao LAPPIS, que ora aqui debatemos, é que tais questões comecem a operar concretamente o fazer dos alunos e a produzir sentido e pertinência no fazer da universidade. De outro modo, que possa ter relação com aquilo que se faz dentro dos muros da universidade, equivocando, inclusive, esses ilusórios muros.

É interessante apontar que, na trajetória do LAPPIS, a formação de pesquisadores, seja nos serviços ou nos espaços acadêmicos, sempre se constituiu como uma questão importante para o funcionamento e continuidade do grupo de pesquisa. Isso torna pertinente, no desenho da pesquisa em questão, a inserção de alunos de graduação em todas as fases.

É também a partir de uma preocupação compartilhada, portanto, que dez estudantes do curso de Psicologia são incluídos nesses processos de pesquisa, estimulados a participar das reuniões, inclusive com fomento de uma bolsa de Iniciação Científica, por três meses, durante o que chamamos de “visitas às experiências de apoio”, inscritas na etapa de Convocatória, onde os estudantes estiveram presentes, inclusive auxiliando no processo de sistematização do material junto com os pesquisadores.

Tanto essa entrada e parceria com o LAPPIS, quanto o investimento por parte de professor e alunos no grupo de trabalho, no âmbito da universidade, ao menos nesse primeiro momento, está além das especificidades profissionais colocadas para a construção do currículo formal para o curso de Psicologia, que possuem grande importância no contexto da formação do Psicólogo. O que se afirma, sobretudo, é que a experiência da saúde não se produz limitada a certos conjuntos de práticas específicas de áreas disciplinares.

A *saúde* se produz quando somos capazes de ampliar a capacidade normativa do humano, não o contrário, como já afirmava Canguilhem (2002). Isso aponta que a problemática da saúde permeia e é permeada por outras, não podendo se desvincular de uma prática de produção de subjetividade e por excelência como modo de cuidar de si e do outro, de construir a vida junto com os outros. Fazer saúde dessa forma é

pensar que as disciplinas que compõem o *corpus* do saber acadêmico precisam sofrer interferências mútuas e se ajudar na desestabilização de seus lugares de certeza e naturalização, bem como se lançar no aprendizado a compor com uma dimensão do saber que se constitui na experiência.

Tomar então a experiência viva da própria formação e do encontro desta com um cotidiano prenhe de questões que, ao final, interrogam nossos modos de constituição e o presente em construção, é também abrir-se a essa via, por vezes arriscada, do desmanche das fronteiras protetoras de nossos lugares, saberes e conveniências. É, na esteira guattariana (GUATTATI, 1981), cultivar a ampliação dos graus de transversalidade nos grupos, mas, principalmente, no próprio exercício do pensamento, lançando-se em práticas de transdisciplinaridade, que fundamentalmente ficamos menos afeitos à discussão e demarcação dos objetos já constituídos do conhecimento e aos debates sobre a detenção da verdade. E mais abertos ao convite e aos problemas para os quais necessitamos ainda inventar saídas conjuntas, cativados por uma atitude de não saber, que nos traz algum viço e uma abertura genuína à contribuição do outro. Nessa via, o que nos convoca não são nossas elaborações costumeiras, mas o cotidiano inapreensível, difícil por vezes, que foge à capsulagem e nos interroga insistentemente.

Esse parece ser exatamente o esforço que, por vezes, vemos saltar nas experiências de apoio pesquisadas e nas narrativas dos alunos. A direção formativa que aqui afirmamos encontra na construção de sensibilidade e disposição a outros modos de estar junto seu principal intento e também seu modo de realização. Assim, trata-se de um processo que foi realizado de forma gradual, de forma que o aluno integrasse a equipe de pesquisa participando das reuniões de discussão de estratégias de análise e oficinas metodológicas de construção da pesquisa. Eles presenciaram situações de acerto, erros, mudanças e desvios que são importantes no processo de pesquisa, desmistificando uma possível “áurea” que há na ideia sobre a construção do conhecimento. Eles puderam evidenciar que este processo é contínuo e corresponsabilizado. Os relatos evidenciam um aprendizado que acontece principalmente por contato e contágio.

Dimensão formativa da pesquisa no encontro com as experiências de apoio

Ao longo dos meses de setembro de 2013 a janeiro de 2014, o grupo de estudantes da UFF/Campos se articulou entre trabalhos e disciplinas curriculares para poder experimentar uma questão que até então era discutida apenas no grupo de pesquisa ou nas disciplinas: o apoio institucional na relação com a saúde. É importante destacar que não somente tais estudos compareciam como novidade, como também a articulação com a pesquisa possibilitava uma experiência, que não se circunscrevia limitadamente à perspectiva da qualificação profissional como fim último da experiência formativa. Tal perspectiva é exatamente aquela que se apoia na assunção de conhecimentos e técnicas, possíveis de serem aplicados, mas que podem prescindir de um trabalho ético. É possível saber muito e não necessariamente pedir a vida como prova.

Essas experiências que a pesquisa abria diziam desde a locomoção para outras regiões brasileiras, muitas vezes distantes do contorno conhecido da Região Sudeste, em especial o Rio de Janeiro, forçando algum tipo de abertura nos hábitos e pensamento, bem como do encontro com outros sujeitos. Estes eram tanto os próprios pesquisadores, com os quais não se tinha convivência e mesmo contato mais prolongado, como também com os apoiadores, gestores, trabalhadores e serviços de saúde tão díspares, alicerçados em práticas entrelaçadas à cultura, história e modos de vida que as tornavam singulares. Ou seja, oportunidade de *estrangeirizar-se* não só em relação a onde se está, mas também em relação a si mesmo.

Sabemos, no entanto, que esses elementos não compõem garantia de uma atitude de análise em relação ao que se está a viver e mesmo em relação ao encontro com os outros, uma abertura à alteridade, tampouco do exercício ético que o pesquisar nos oferta, na medida em que o tomamos como processo, que solicita acompanhamento de suas linhas em constituição, com as quais também compomos e nas quais também nos formamos. Seria importante, por isso, fortalecer o grupo de trabalho, recolher o que cada visita realizada às experiências de apoio e a participação nelas disparava como efeito. Assim, se perseveraria num trabalho que é o compartilhamento da experiência entre todos,

fazê-la encontrar-se com a discussão de textos e os conhecimentos produzidos neste mundo, reinvesti-los de sentido e pertinência e/ou equivocá-los, além do incentivo à escrita, que como já apontava Foucault (2010a), para além de exercício representacional sobre uma experiência, é ela mesma superfície de trabalho e cuidado conosco.

Neste ponto, podemos suscitar alguns dos efeitos, que chamamos *formativos*, porque de construção de si e do mundo, disparados pelos processos de pesquisa.

a) Reposicionamento diante do SUS em situação

A experiência de se locomover para conhecer as realidades do apoio nas diversas regiões do país trouxe, para alguns, a primeira oportunidade de vivenciar o SUS. Isso não é trivial, pois aquilo que se encontra estranha discursos políticos, midiáticos, do cotidiano, arraigados em nós, da descrença, inclusive em relação ao sistema público de saúde e seus profissionais. O estranhamento se faz possível, ainda, pelo encontro não com uma idealização da saúde, mas com aquela que se imprime como luta cotidiana de trabalhadores e usuários.

Essa surpresa insuspeitada pode ser colhida como dado para a pesquisa dos efeitos disparados pelo encontro com as práticas de apoio, que também produzem nos próprios sujeitos-pesquisadores reposicionamento.

Confesso que inicialmente, quando começamos a estudar esse novo método de exercício de gestão, achei um tanto utópico. Partindo da realidade da cidade em que moro, onde ainda há uma pirâmide hierárquica que zela pelo “manda quem está no poder, e obedece quem não quer ser demitido”, principalmente no que diz respeito aos departamentos públicos, era difícil acreditar que seria possível esse novo modo de trabalhar (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Sudeste).

Antes de fazer parte do projeto, nunca havia escutado falar sobre Apoio Institucional e os temas que estão vinculados a ele. Confesso que durante nossos encontros, eu ficava imaginando a prática. A teoria era consistente e pensar na melhoria do processo de trabalho, da Gestão e da formação no âmbito do SUS, assim como, entender o apoio na relação com a garantia do Direito à saúde e a integralidade, intervindo na construção de espaços coletivos, parecia utópico. Não

consequia visualizar o Apoio no âmbito do SUS. [...] Imaginava o SUS como um caos, que a maioria dos profissionais e gestores era indiferente aos acontecimentos nas unidades. Eu me perguntava: Estes referenciais, estas práticas “funcionam” no SUS? Elas acontecem no SUS? Há apoiadores no SUS? (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Nordeste).

Trata-se, neste ponto, não apenas de um encontro com a saúde e com um novo modo de trabalhar, mas num plano maior, como antes apontávamos, de uma saúde atuada como pública. A surpresa parece surgir em relação aos discursos individualizantes e toda sorte de práticas de sucateamento e privatização que se impõe sobre o público, onde parece ter se perdido a experiência do coletivo. Ao contrário, a pesquisa possibilita encontrar em relação aos discursos verdadeiros o dissenso e as lutas para construir um cuidado afirmativo que se dirige ao outro, fortalecendo os laços de solidariedade e os sentidos coletivos do viver.

Como aponta a estudante-pesquisadora:

Desconstruir a impressão de que a política de gestão é sempre “manda quem pode e obedece quem tem juízo” ou que o Apoio Institucional não pode ocorrer no SUS, contudo no [Hospital] Giselda há uma aposta na cogestão e na questão da rede. Afirmando que fui afetada de forma positiva com esta experiência, e fez com que eu parasse para refletir sobre todas essas práticas e sobre a forma que eu olhava o funcionamento dos profissionais do SUS (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Nordeste).

O que chamamos de um reposicionamento em relação ao outro e a si mesmo, índice de alguma mudança, não é efeito espontâneo. É preciso considerar que os pesquisadores, de modo geral, acessaram uma diversidade de atividades, nelas tomando assento e delas participando, como reuniões colegiadas de Unidade Básica, rodas de conversa de trabalhadores e movimentos sociais, encontros de apoiadores, reunião de acompanhantes num uospital, reuniões de diretoria e do núcleo gestor de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conversa com mulheres privadas de liberdade e agentes

penitenciárias sobre a experiência do parto nessa situação, participação em oficinas de CAPS, Hospital psiquiátrico, Consultório na Rua, Estratégia de Saúde da Família, dentre outros... Além dos próprios espaços coletivos construídos no grupo de trabalho na UFF/Campos e junto com o LAPPIS.

Todo esse processo indica um trabalho que demanda esforço, no sentido de debruçar-se sobre os efeitos disparados e sobre as experiências vividas para nelas extrair sentidos e análises que nos auxiliassem a continuar trabalhando na direção do fortalecimento das práticas de saúde.

Tive a oportunidade de participar do Colegiado Gestor na Unidade de Saúde de Santa Tereza/Avelina, onde, utilizando o método da roda, eles discutiam as questões em pauta e levantavam pontos que estavam sendo problema naquela unidade de saúde. Todos puderam expressar seu ponto de vista, concordar, discordar e trazer novas alternativas para a solução do problema. Não foi algo simples, até porque estamos falando de pessoas que trabalham juntas, mas que possuem diferentes experiências, desejos e interesses. Contudo, pude observar também que mesmo em meio a discordâncias, todos os funcionários buscavam a melhoria da Unidade de Saúde para servir bem ao usuário. Acredito que isso é a consequência da busca por relações construtivas entre esses sujeitos, mesmo possuindo saberes, poderes e papéis diferenciados (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Sudeste).

No decorrer da conversa, pude perceber o quanto as diferenças entre cada presente puderam ser questionadas e também experimentadas, que esse espaço surgiu como um exercício de consenso e disputa. Como estudante compartilhar com eles esse momento foi muito importante para compreender a participação de cada um na sociedade, e principalmente na construção da cidadania (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Sul).

Nessas entradas, o que se agiganta é um cotidiano de problemas, avanços, retrocessos, indignidades, esforços, lutas. Cotidiano, portanto, que não pode ser resumido ou achatado em algum tipo de formulação generalizante e taxativa. O SUS abre aquilo que é a vida em sua imanência onde a multiplicidade de ações e atores apontam esforços

diferenciados, não sendo possível colher uma linha apenas. A realidade se mostra então mais complexa e interessante.

b) *O que produz em reciprocidade outro modo de relação com as estratégias formativas na Universidade*, a experiência do estudo, leitura, resignificando a sala de aula e a relação com o próprio curso de graduação.

A viagem a campo também contribuiu para um maior conhecimento acerca dos aspectos instrumentais e metodológicos de pesquisa e intervenção, proporcionando uma facilidade maior para compreensão da matéria de “Psicologia e comunidade”, onde estudamos, entre outras coisas, os possíveis modos de inserção do pesquisador e o planejamento de trabalho na ida à campo (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Sudeste).

[...] um comentário sobre o quanto foi relevante esta visita, academicamente falando. Nas minhas aulas de Psicologia e Saúde Mental, vários assuntos foram explorados, dentre eles, a reforma psiquiátrica no Brasil, a desinstitucionalização, nascimento do CAPS e a moradia assistida. É trazer este conhecimento para a prática e ver parte da teoria se materializar, foi muito gratificante. Tive uma aula fora dos muros acadêmicos (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Nordeste).

Os discursos sobre a separação e mesmo distância entre teoria e prática são correntes na vida acadêmica, mas não só; nos mundos do trabalho também, e acirram tal dicotomia da teoria mais afeita à universidade, centro oficial do saber e da prática como especialidade daquele investido em atividades laborais. Tentar a aproximação entre teoria e prática parece comportar então certa parceria entre vida prática e vida teórica. Sabemos, no entanto, que essa separação não é tão dicotomizada quanto pode parecer. Há discursos que movem nossa vida todo o tempo, há práticas que impregnam todos os nossos discursos.

Foucault (2010b) nos auxilia nisso quando aponta outra noção para o que chamamos de *prática*, menos no sentido pragmático em si e mais como plano onde nos debatemos todo o tempo, onde se dão as lutas de força, os bloqueios e as reinvestidas. Nesse sentido, esta não se oporia à teoria, pois a teoria também é prática histórica,

mas à abstração. Porque é exatamente a abstração que, alimentada por totalizações e universalismos, faz com que não consigamos, por vezes, encontrar na teoria a experiência das práticas que a produziram. É esse caráter de abstração, de evocar a vida, a saúde, a educação, de modos já dados, que opera um achatamento do real e nos distancia da multiplicidade do viver, inclusive das práticas vivas, de nossa capacidade de agir sobre o que nos rodeia.

Os estudantes, no entanto, não estão equivocados quando apontam essa sensação de aproximação, de que algo agora pode fazer sentido. Na história de nosso pensamento ocidental há tantos séculos estamos sendo treinados na produção de abstrações que nosso pensamento-corpo, no encontro com os serviços e com o cheiro da vida que ali brota, é confrontado e chacoalhado de modo incomparável. O que se estremece e se movimenta não é exatamente a “teoria” que estudávamos, mas a relação com o próprio estudo e com a universidade, que faz com que o aspecto teórico abstraído se rompa e busque suas práticas não visibilizadas até então.

c) Também é possível encontrar naquilo que os alunos trazem, imiscuído a esses processos, um corpo de pesquisador em gestação. Este corpo que aliança produção de conhecimento e vida cotidiana, abrindo-se à disponibilidade e sensibilidade em relação ao que e a quem encontra.

Concluí que a pesquisa é uma forma de intervenção, é olhar aquela situação do dia-a-dia de outra maneira. Cada retorno dos pesquisadores, eu observava uma disposição na mudança de olhar daquela situação apresentada, mas esta mudança não ocorria só do lado dos profissionais que participavam da experiência e que são considerados apoiadores, mas aconteceu em mim também. Foram momentos propícios de descobertas, aprendizagens e de despir-me de muitos pré-conceitos, gerando, assim, transformações em mim e nas minhas futuras práticas. (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Nordeste do Brasil).

Comparece então o surgimento de um interesse em relação a esse fazer, que antes que uma competência profissional ou reduto de

certas técnicas e protocolos coloca-se como atitude de acolhimento e interrogação do real. Prática, portanto, de fratura do que parece evidente e de desnaturalização do que parece consolidado.

É nesse sentido também que as práticas de apoio vão podendo tanto contribuir para a construção desse outro modo de olhar, mais ampliado, para os processos, bem como funcionam como superfície dessa experimentação, no encontro com apoiadores, trabalhadores e usuários. Trabalho de acolher, por exemplo, a incômoda sensação de não se poder resumir o apoio, pois escapa às deduções e explicações fáceis.

O contato inicial com a pesquisa foi através das reuniões do LAPPIS com os pesquisadores meses antes da ida ao campo. Pude perceber que um dos maiores desafios era refletir sobre o tema apoio e a sistematização das experiências a serem conhecidas. Durante esse período foram pontuando os êxitos alcançados na pesquisa, revisando compromissos, metas alcançadas, articulações feitas em função do campo, elaboração de um roteiro de análise das experiências e evidenciando todas as experiências de acordo com sua região. (Estudante de Psicologia - esteve em pesquisa nas experiências da Região Sul).

Diante das entrevistas realizadas no período em que estivemos em Natal, percebo que não há um conceito único de Apoio Institucional. Várias pessoas se disseram apoiadores e conceituaram de várias maneiras. Mas, verifica-se a prática de apoio na rede que está se fortalecendo (Estudante de Psicologia - em pesquisa na experiência da Região Nordeste).

A partir da experiência, pude perceber que em cada lugar a prática do Apoio se dará de uma forma específica, pois os problemas vão surgindo e com eles as estratégias também. Em cada lugar há uma demanda diferente e, além disso, as questões vão surgindo no caminho, não de antemão. De antemão não tem como estabelecer como a prática se dará, pois é no caminho que vão surgindo questões e que juntos (o Apoiador e os trabalhadores) irão encontrar estratégias para uma solução, pois Apoiar é “fazer com” e não “fazer pelo” (Estudante de Psicologia - pesquisa na experiência da Região Nordeste do Brasil).

O que salta, portanto, das narrativas parecem ser outros modos de vinculação à experiência de produção de conhecimento ou uma

insuspeitada abertura em relação a estes, *desidealizando* as práticas e o próprio cotidiano. Não somente a pesquisa está sempre em processo de construção como as práticas pesquisadas, exatamente porque indexadas ao plano móvel do viver, que nos permitem uma disposição de experimentação, que é esta mesma de sentir-se renovadamente em formação.

Um convite às reverberações narrativas

O exercício de uma pesquisa-interventivo-formativa trabalha por aguçar outro modo de olhar, mais atento ao que se passa ao redor, consigo e com o outro, menos apressado em recolher algo, mais afeito ao tateio e acompanhamento, experimentando uma prática que se faz cuidadosa com os sentidos que se criam para a saúde e para a vida.

Nesse acompanhar dos processos, pode-se perceber também no outro com quem se compartilha a experiência movimentos em curso sendo gestados, linhas que ainda não ganharam contorno, mas estão em tessitura, compondo outros modos de trabalhar e de pensar.

Importante, por fim, ressaltar que tais movimentos de reposicionamento e reproblemática não se dão apenas com os trabalhadores ou com os estudantes em pesquisa, mas também com os ditos pesquisadores, que distantes de uma expertise dada “desde sempre”, um saber já pronto sobre a experiência, são por ela também tocados e mobilizados. Acentua-se um corpo em construção, que se alimenta do cotidiano vivo das práticas e que nelas pode reorientar rotas de pesquisa, agudizar mudanças em seus modos de existência, analisar implicações e pertencas, questionar hábitos e discursos também automatizados.

Passemos, então, no acionamento de um corpo vibrátil (ROLNIK, 1989), a experimentar os efeitos desses processos de formação sempre em ato. Há nesses efeitos, de fato, uma dimensão formativa que alcança todos, tornando-nos próximos, fazendo-nos reexistir de outros jeitos, operando em níveis sutis processos de desestabilização e de re colocação diante dos desafios que enfrentamos no viver mais amplo. Assim, pode-se entender que a própria inserção na pesquisa e num grupo de trabalho se torna um dispositivo metodológico de produção de processos formativos éticos...

Referências

- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de Maio de 1978. In: _____. *Ditos e escritos IV*. Estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b.
- _____. Uma estética da existência. In: _____. *Ditos e escritos V*. Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.
- GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. *Revolução molecular*: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*. Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Pesquisa-intervenção na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: o papel da universidade no apoio institucional para o desenvolvimento regional e a democratização do SUS

GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA

PAULA GIOVANA FURLAN

JANAÍNA RODRIGUES CARDOSO

A luta por direitos sociais e democracia constitui espaços de disputa em múltiplas dimensões da vida. O trabalho no interior das organizações de saúde, do espaço acadêmico, da formulação de políticas públicas, na micropolítica dos serviços de saúde, nas interfaces academia-serviço, o confronto entre os fascismos arraigados, a produção de subjetividade capitalística. A ética do público e do comum disputa espaço, produz sujeitos e, em alguma medida, justiça, mas também injustiça, o direito e, ao mesmo tempo, sua própria negação; equidade e iniquidade, autoritarismo e democracia, violência institucional e acolhimento. Disputa-se na microfísica do poder, nas pequenas e grandes coisas do cotidiano, mas o que se pretende, sobretudo, é disputar uma sociedade, formas de viver, o significado e o valor das próprias existências humanas. O que será da sociedade brasileira? Que papel “civilizatório” jogam as políticas públicas de saúde e a universidade (sobretudo a pública) nessa construção da sociedade brasileira de um futuro próximo?

Entretanto, a preocupação com um futuro sempre distante muitas vezes ofusca as obscuridades do presente autoritário, da ausência de direitos, do mal-estar social, da violência das relações de trabalho e exploração, da manutenção de privilégio de alguns, em nome de um futuro de salvação e santidade. “Enquanto andamos à volta dessas questões, há devires que operam em silêncio, que são quase imperceptíveis”(DELEUZE; PARNET, 1998, p. 12). Em função disso,

optamos pela preocupação com aquilo que pode nos fazer diferir de nós mesmos, fazer diferir a sociedade, a sociabilidade humana de si mesma, colocá-la em devir.

O “futuro da revolução” ou “o que estamos nos tornando?” (DELEUZE; PARNET, 1998) são questões apenas para aquele que procura “uma resposta reguladora de identidade”, a “verdade primeira como essência da coisa” (MAIRESSE, 2003). Uma história no sentido foucaultiano, a qual nos cerca e nos delimita – que não diz o que somos ou no que estamos propriamente nos tornando – mas “aquilo de que estamos em vias de diferir”, o que devemos transpor para nos pensarmos a nós mesmos – “dissipar a identidade em proveito do outro que somos” (DELEUZE, 1992, p. 119).

O que devemos “transpor” para pensar a universidade, seu papel social, sua interface com o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil? Em que espaços-tempo a universidade pública brasileira se atualiza, entra em devir?

Parece-nos que a própria configuração do modelo ocidental de universidade, inspirado na articulação entre ensino e pesquisa e na autonomia universitária propostas por Humbolt (GREENWOOD; LEVIN, 2006), sobretudo como forma de garantir liberdade de pensamento diante das restrições teológicas e políticas da época, se foi condição para a liberação de forças sociais produtivas para os sucessivos saltos tecnológicos que vivenciamos nos séculos XIX e XX, também reproduziu partes do modo de produção clerical do conhecimento, todavia atualizado sob a tutela das elites econômicas e sob a crença em um método científico absoluto. Como instituição social, a suposta relação de autonomia Universidade-Estado não pode ser tomada como relação de exterioridade, pois essa só é possível num Estado republicano e democrático, ou seja, “a universidade, mais do que determinada pela estrutura da sociedade e do Estado, seria antes um reflexo deles” (CHAUÍ, 2003, p. 6).

No Brasil dos anos 1930, o declínio das oligarquias agroexportadoras também foi impulsionador e impulsionado pelo projeto de universidade brasileira, representado à época da fundação da Universidade de São Paulo, cujo papel maior seria servir de centro irradiador da doutrina da Unidade Nacional liberal, formando a elite dirigente do país, e

devolver a São Paulo a liderança na direção dos destinos do país, perdida na revolução de 1930 (ORSO, 2007).

O papel de formadora das elites dominantes foi e é levado a cabo pelas universidades públicas brasileiras e seu papel determinante na produção de subjetividade e acumulação de poder também foi criticamente reconhecido pelos sujeitos da Reforma Sanitária, nos anos 1970 e 1980, operado na fundação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES, em 1976), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, em 1979) e no movimento de inserção de militantes nos departamentos de Medicina Preventiva e Social de universidades públicas brasileiras (COHN, 1989).

As sucessivas reformas de Estado que o Brasil vem sofrendo nos últimos 20 anos apontaram que, na definição dos setores componentes do Estado, a educação deixou de ser concebida como um direito, passando a ser compreendida como um serviço, conferindo-lhe lugar de “organização” e não mais de “instituição” social (CHAUÍ, 2003), e a consequente mudança do princípio da sociedade como referência normativa e valorativa, para si mesma como objetivo social. À medida que a Universidade não consegue analisar os instituídos, passa a operar normas sem questionar sua própria existência, ficando o Estado no nível institucional e rompendo com a ideia primária de autonomia (CHAUÍ, 2003; LAPASSADE, 1989).

Agrega-se no campo da saúde a intensa composição entre sujeitos representantes de “centros de excelência” em pesquisa acadêmica, “centros de excelência” em assistência à saúde e quadros técnicos e políticos dos governos atuais gerando um ciclo hermético, e em muitos aspectos perverso, de reforço mútuo da centralização de recursos, das iniquidades regionais, privatizando a formulação das políticas e os mecanismos de financiamento de pesquisas e projetos acadêmicos.

As cegueiras decorrentes do “centralismo” dos militantes partidários se articulam com a estrutura meritocrática clerical das universidades e com os campos de cristalização da relação das universidades com o SUS, inclusive embalados pelo produtivismo capitalístico consolidado pelos mecanismos de avaliação acadêmica. Somando-se à concentração de recursos nos “centros de excelência” habitados pelos mesmos

sujeitos que regulam e lideram governos, grandes núcleos de pesquisa e grandes entidades filantrópicas, onde a elite política e econômica brasileira trata da própria saúde, dão a estes a capacidade de operar e sustentar as cordas da exclusão, da iniquidade e que definem o que seja inovação e o próprio papel social das universidades.

Referenciais éticos para uma transformação da função universidade

O enfrentamento dessas questões demanda a invenção de mecanismos de resistência e decomposição dos fundamentos da produção de subjetividade que sustenta esse estado-de-coisas. Decompor linhas de força que constituem essa realidade, mobilizá-las, alterá-las, fazê-las desviar, para que se abram espaços para o cultivo de novas formas de vida, de política, de produção de saber e de militância (OLIVEIRA et al., 2009). São necessários métodos, estratégias e dispositivos. Os dispositivos articulam repetição e variação, num polo se conecta com o instituído e noutro provoca vivências instituintes, fissuras, linhas de fuga, possibilitando a experimentação de novos territórios existenciais, a partir “da mesma matéria do circuito claudicante da repetição” (KASTRUP; BARROS, 2009).

Equivale a dizer que o estado-de-coisas aqui contextualizado pode ser alterado “de dentro”, a partir de dispositivos. É fazendo pesquisa, ensino e extensão que se pode alterar “de dentro” a instituição acadêmica. O que importa é “como”, sob quais bases ético-estético-políticas se faz universidade pública no exercício docente e discente, no cotidiano da vida acadêmica. Se a vida contemporânea é atravessada em todas suas dimensões pelo capitalismo, é vivendo e cultivando a vida que resistimos e inventamos outros mundos e formas de viver.

Sendo então uma questão que nos interessa a das formas de fazer ensino, pesquisa e extensão e dos paradigmas que as suportam, procuramos compor estratégias e dispositivos que sirvam a esse fim. Inspirados em experiências de grupos de pesquisa, extensão e ensino, nos quais se possam experimentar novas formas de produção acadêmica, que façam desviar a função da universidade pública. Torná-la apoiadora e coprodutora do desenvolvimento institucional do SUS, da consolidação do direito à saúde e da democracia.

Desse modo, partindo da constituição de grupalidades, com sentido de comunidade, espaços coletivos compostos por docentes, discentes, trabalhadores, gestores e usuários aos procedimentos e métodos de pesquisa, a cada passo, buscam-se o exercício democrático, a análise de implicação (LOURAU, 2004), a participação, a construção coletiva. De certa maneira, retomar as preocupações com uma investigação comprometida com a práxis e a mudança social de pesquisadores de gerações anteriores (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Para explicitar as razões de nossas escolhas metodológicas e posicionamentos éticos, estéticos e políticos acerca do entendimento do papel da universidade pública no desenvolvimento institucional do SUS regional, assim como o desenvolvimento dos equipamentos e políticas sociais no território no qual se situa, dentre as atividades de ensino, pesquisa e extensão, daremos especial enfoque às práticas de pesquisa colocando a experiência do grupo constituído de pesquisadores da Universidade de Brasília e da Fundação Oswaldo Cruz que vem desenvolvendo a pesquisa “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde”, na forma de um caso, relato de experiência, na segunda parte deste capítulo.

Quando enfocamos a relação entre pesquisadores e serviços de saúde, a partir dos procedimentos de pesquisa, em especial aqueles que elegem o SUS como cenário ou “campo” de pesquisa, constatamos com frequência a noção de “campo de pesquisa” relacionada diretamente com os procedimentos de “coleta de dados”. O campo da pesquisa entendido como o espaço onde se operam as técnicas de coleta de dados, seja a partir da observação, da aplicação de instrumentos ou técnicas de coleta de dados ou mesmo da análise documental. Assim reduzidos, os serviços de saúde são vistos por parcela significativa dos pesquisadores da saúde como locais de coleta de dados para construção e enfrentamento de questões de pesquisa formuladas exclusivamente no espaço acadêmico.

Não se discute a legitimidade ou a pertinência da geração de questões de pesquisa no espaço acadêmico, mas seus possíveis

desdobramentos. Um deles é o risco de que essa redução opere mais uma forma de atualização da divisão social do trabalho, da mesma forma que o capital opera a divisão entre quem formula, planeja, gere, de quem executa e de quem consome os subprodutos da produção social do trabalho. A pesquisa acadêmica, considerando o SUS apenas como “campo de coleta de dados de pesquisa” pode operar um processo de expropriação dos seus sujeitos à produção formal do conhecimento científico. Assim se reproduzem as dicotomias opressoras entre teoria e prática, sujeito e objeto, conhecimento científico e outras formas de saber, a operar acúmulos de poder, iniquidades de direitos e autoritarismos.

Para fazer variar esses estados-de-coisas, foi preciso compor um plano interventivo da pesquisa. De alguma maneira nossas produções acadêmicas, no campo da pesquisa (mesmo que articuladas com o ensino e com a extensão), deveriam se constituir, elas mesmas, como intervenção nos processos de produção da realidade onde se instalam.

Cabe ressaltar que o conceito de intervenção aqui colocado é derivado da Socioanálise e da Análise Institucional (L'ABBATE, 2003), destacando-se que a potência interventiva (de alteração do estado-de-coisas) é diretamente relacionada a possibilidade das estratégias e táticas utilizadas pelo coletivos “intervindos” propiciarem a ação instituinte, de forma plena e continuada (BAREMBLITT, 2002).

Nesse esforço, inspiramo-nos em teorias que embasam as lutas por democracia nas instituições, nas quais os dispositivos potentes para desestabilizar a verticalização das relações de trabalho e de produção, a reprodução da opressão de classe, os especialismos e os fascismos nas organizações, são aqueles que articulam espaços coletivos, ampliam a transversalidade (GUATTARI, 2004) e atuam diminuindo ou diluindo as distâncias formais entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (CAMPOS, 2005). Deriva daí nossa escolha pela estratégia do apoio institucional para a composição do plano interventivo de pesquisa.

As bases teórico-metodológicas do apoio institucional sustentam-se em referências constituídas em diversas correntes de pensamento. A função apoio, de acordo com Campos (2005), fundamenta-se em teorias e práticas que procuram articular o campo da política e

da gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional. Em seu Método da Roda, cunhou a expressão “apoio Paideia”, referindo-se à função de apoiador que se define por: 1) um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; 3) uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações; 4) depender da instalação de alguma forma de cogestão.

O apoio institucional é colocado pela Política Nacional de Humanização (PNH) como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; e 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (BRASIL, 2008).

Pensado como uma estratégia que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera-se que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Desse modo, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. Adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre a constituição/inserção em

movimentos coletivos, ajudando na análise das instituições, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. Opera em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente” trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2008).

Definido, em termos estratégicos, o plano interventivo da pesquisa se conforma quando os pesquisadores se constituem no “coletivo interventivo” como apoiadores, sustentados por uma relação de contrato ético entre universidade e SUS. A inscrição da função apoio (OLIVEIRA, 2011) como estética de intervenção de pesquisadores junto a coletivos de sujeitos no SUS, constitui o posicionamento ético-político no qual se conformam as relações academia-serviços, universidade e SUS. Fundam-se assim as condições mínimas para o que chamamos de desenvolvimento institucional mútuo. Na oportunidade dos encontros entre sujeitos e forças institucionais, os conflitos e questões constituem analisadores potentes para a análise tanto das práticas sociais do SUS quanto das práticas acadêmicas, colocando-as em devir.

Tendo maior clareza do plano interventivo da pesquisa, decorre imediatamente outro desafio, no plano teórico-metodológico da pesquisa, em especial nos processos de análise, interpretação e produção de conhecimento. Sendo o plano interventivo da pesquisa aquele que posiciona mais concretamente como se pretende constituir a relação entre universidade e SUS, acabamos por afirmar certa primazia ou concomitância da intervenção em relação à produção de conhecimento. Uma vez que se objetiva, em coerência com o plano interventivo, produzir conhecimento de forma democrática, colocando em análise as práticas sociais do SUS e da universidade, o plano teórico-metodológico da pesquisa deve se alinhar e responder a esse posicionamento ético, estético e político.

Em razão desses pressupostos, buscamos referenciais teórico-metodológicos que considerassem legítima a produção de uma “pesquisa-implicada” (LOURAU, 2004; PAULON, 2010) e de um “pesquisador implicado” (MERHY, 2004). Que se colocassem ao lado das críticas aos axiomas da neutralidade e da objetividade, que

questionassem “a clássica polarização sujeito-objeto, mantida mesmo entre as pesquisas participantes”, que se propusessem “a observar os efeitos dos processos de subjetivação de forma a singularizar as experiências humanas e não a generalizá-las” (PAULON, 2010). Sobretudo, que trouxessem perspectivas concretas de participação dos sujeitos pesquisados no processo de produção de conhecimento, convertendo-os em sujeitos coprodutores do conhecimento acadêmico.

Encontramos ressonâncias com nossas preocupações, questões e posicionamentos nos referenciais da Hermenêutica (GADAMER, 2008; RICOEUR, 1990, 2010), da Pesquisa Avaliativa (hermenêutica) de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011) e nas Pesquisas Cartográficas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009; FERIGATO; CARVALHO, 2011). A pesquisa qualitativa, campo inerentemente político, adota as tensões metodológicas que podem ser combinadas num mesmo projeto na ampliação interpretativa, na exploração de visões do contexto, “a se imergirem e a se fundirem em novas realidades a serem compreendidas” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 20). Com essas influências, desenhamos algo como uma pesquisa cartográfica com polos avaliativo e hermenêutico. A seguir, apontaremos sinteticamente os pontos que nos aproximam a esses referenciais.

Sendo a *hermenêutica* a arte e a ciência de interpretação, aponta um caminho possível para a construção de saberes em saúde e para a compreensão dos discursos e práticas operantes (FURLAN, 2012). A hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer (2008, p. 16) designa-a como a “*mobilidade fundamental da pré-sença*”. Isto significa que o processo de compreensão de algo abrange a experiência de si no mundo, mais que a apropriação ou o reconhecimento de uma tradição. “*A compreensão jamais é um comportamento subjetivo frente a um ‘objeto’ dado, mas pertence à história efetual*”, isto é, “*pertence ao ser daquilo que é compreendido*” (GADAMER, 2008, p. 18), ativada pela consciência histórica e pelas perguntas que deixam em suspenso a verdade das coisas (FURLAN, 2012).

O gesto hermenêutico deve reconhecer as condições históricas as quais está submetida a compreensão humana e destacar as vozes que falam sobre o tema na tradição discursiva (RICOEUR, 1990), entendendo-a como a transmissão de uma inovação reativada no fazer

poético. Não se trata de colocar a tradição a serviço dos próprios pensamentos (como manuseio técnico ou como ferramentas), mas olhar para nossa inserção no fórum da tradição histórica (GADAMER, 2008). Com o referencial hermenêutico, não se pretende a totalidade científica, visto que o destaque do objeto a ser compreendido não coincide com ausência de acontecimentos antecedentes (RICOEUR, 2010). A finitude do próprio compreender se dá na medida em que ao incompreensível alcança certa validade perante os questionamentos (GADAMER, 2008).

Na interpretação hermenêutica, não há intenção oculta a ser procurada detrás do texto, tal qual a recuperação de um palimpsesto (FURLAN, 2012), mas um mundo a ser manifestado diante dele (RICOEUR, 2010). *“Uma hermenêutica que visa menos restituir a intenção do autor por trás do texto do que explicitar o movimento mediante o qual um texto abre um mundo de certa forma adiante de si mesmo”* (RICOEUR, 2010, p. 138). A interpretação traz elementos da subjetividade do autor, pois o expõe, assim como sua relação com texto, à sua compreensão (GADAMER, 2008). A compreensão, para Gadamer, inclui a constante revisão do *projeto prévio*, ou seja, das expectativas e perspectivas do leitor diante de um texto/de uma situação.

Há menos a preocupação da busca pela causa-efeito, mas dos agenciamentos para tais causalidades e de quem os faz (RICOEUR, 2005; 2010). A narrativa explica mais à medida que narra melhor (RICOEUR, 2010). A narrativa como mediação e representação do tempo e da ação humana não se ordena de forma cronológica ou cosmológica, numa descrição linear dos episódios, mas deve corresponder às experiências psicológica e filosófica do tempo, sendo o encadeamento lógico dos fatos (nível das ideias – da interpretação) sua característica fundamental (RICOEUR, 2010). A lógica narrativa implicaria, idealmente, um tempo configurado pelo encadeamento de inúmeras instâncias do discurso, que definiriam a própria ideia do presente (FURLAN, 2012).

Guba e Lincoln (2011) classificaram as *pesquisas avaliativas participativas no campo de quarta geração*. As gerações antecedentes focaram-se na mensuração, na descrição de padrões e no juízo de valor, a cada passo, apresentando problemas relacionados à tendência

ao gerencialismo, incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e o comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação. Em relação à tendência ao gerencialismo, o avaliador firma acordos com os administradores (que encomendam pesquisas) para estabelecimento de parâmetros avaliativos e decisões sobre a finalidade e utilidade da avaliação. Por um lado, isso exime o administrador de responsabilidades no processo e do foco avaliativo, e por outro permite a elaboração de relatórios que divulguem os resultados que são de interesses favoráveis. Essa circunstância retira a possibilidade dos grupos de interesse de incluir suas perguntas ou sua diferente/múltipla interpretação. O método das ciências físicas é ratificado como modo de produzir ciência e verdade, em que o investigador deve manter-se à distância/neutro do fenômeno observado, desconsiderando o contexto do objeto de avaliação, na tentativa de produzir generalizações comparáveis.

A avaliação construtivista ou hermenêutica ou responsiva (GUBA; LINCOLN, 2011) foi desenvolvida a fim de incorporar o pluralismo dos grupos de interesse em torno de qualquer ação/programa/projeto, com o organizador “reivindicações, preocupações e questões” demonstrando seu foco na análise dos problemas vivenciados, propiciando a construção de projetos. A avaliação é responsiva, pois não apenas identifica a visão dos interessados, mas responde às questões para a busca de informações subsequente, sendo também um dispositivo para produzir inovações e acontecimentos numa instituição. O avaliador teria então um papel na construção de consensos e não tem responsabilidade única no resultado da pesquisa.

O princípio da *cartografia* está embasado na produção de Deleuze e Guattari (1995) e guarda relação com as questões do conhecimento e da realidade, nas quais esses autores e outros, como Foucault e Nietzsche, afirmam sua estranheza “a qualquer ideia de eixo genético ou de estrutura profunda” como forma de categorização ou subsunção de saberes e modos de vida, uns em relação a outros. Embasados numa epistemologia monista, propondo o combate às concepções binárias do conhecimento, as visões do Homem como ser essencial, problematizam as concepções de verdade e de realidade como entidades

invariantes e afirmam a produção de subjetividade e os processos de subjetivação como campo de forças que maquinam a atualidade do real e conformam os regimes de visibilidade e dizibilidade nas sociedades humanas. Cartografia é a composição de mapas, cartas de navegação, todavia, nessa referência, trata-se de mapas de regimes de força, de produção de subjetividade/processos de subjetivação, das linhas de composição da atualidade e da virtualidade do real (DELEUZE; PARNET, 1998).

Se cartografar é compor mapas, o primeiro mapa a ser constituído é aquele que exprime as posições institucionais dos sujeitos. Mapear os sujeitos e a dinâmica de suas posições institucionais não significa conhecer o organograma da organização, embora isso já possa ser um começo. Trata-se mais de traçar linhas de regularidade, simetrias, repetição em um plano; linhas de descontinuidade, irregularidades, decomposições, assimetrias, diferença em outro plano. Traçar uma conformação diagramática que possibilita traçar um plano de dizibilidade e visibilidade, diagrama de forças, microfísicas que conformam uma organização e as instituições que a atravessam. Quando tratamos de contextos em que o interesse é compor ágoras (agonística) de negociação, mediação, conflito entre sujeitos de interesse, relacionamos esse plano de constituição da cartografia como seu “polo avaliativo”, inspirados nas contribuições da Pesquisa Avaliativa de Quarta Geração.

Nas imediações desse plano, surgem como expressão os processos de subjetivação, processos coletivos, que atravessam e conformam os sujeitos, colando-se e revestindo-se, expressando-se nos indivíduos, cargos, funções da organização. Um plano “x” da cartografia se conforma assim – mapeamento de processos de subjetivação, pois junto com eles emergem o que comumente se denomina cultura institucional.

Todavia, para posicionar os sujeitos (processos de subjetivação em ato) no mapa, é preciso se meter com eles. Os regimes de visibilidade e dizibilidade se conformam diferentemente quando se aborda “sobre” a organização e “com” a organização. De dentro se veem as vísceras institucionais, e não é possível fazer isso sem se misturar a seus fluidos orgânicos. Desse modo, cartografar é intervir, interferir, deixar-se

interferir no e pelo contexto institucional. Não como aquele que apenas observa processos espontâneos. Algo como estudar partículas subatômicas. É preciso acelerá-las, fazê-las se chocarem, fazê-las emitir luz, traço, energia, para que elas se tornem existência. No caso de uma intervenção institucional, os analisadores, ruídos, conflitos, processos cotidianos revelam a existência das forças institucionais em jogo, diagramas de poder. Discutir os processos de trabalho, as crises, eventos críticos, planejar, agir, gerir, avaliar, são maneiras de colocar as forças em atividade, dá-las existência, torná-las detectáveis à nossa consciência retardada (FUGANTI, 2008), mapeáveis. Interferir, provocar e mapear de dentro, constitui uma forma de conhecer também as forças de que participo e dou passagem, coloco-me em análise, existo no mapa. Portanto, estamos situados num paradigma ético-estético-político implicado, descrente em qualquer neutralidade ou externalidade. O plano “y” do mapa, desse modo, é o plano de intervenção – dispositivo. As instituições nos atravessam a todos. Não há um lugar de fora, de onde possamos contemplar a realidade. A realidade emerge em ato e de forma imanente à própria existência (VARELLA, 2003).

Há ainda outra questão a se considerar na prática cartográfica, que podemos denominar de plano comunicacional, narratividade, produção de memória, um plano “z” (teríamos então uma cartografia pelo menos tridimensional conformadas pelos planos ou eixos x, y, z, mas isso já seria uma simplificação bastante grande, pois cada um desses planos se conforma certamente por inúmeros outros). Compor narrativas com os sujeitos e não sobre os sujeitos seria uma forma de produzir sujeitos? A intervenção como dispositivo, fazendo variar forças institucionais, alterando processos de subjetivação, alterando e reposicionando sujeitos na organização, fazendo variar e transversalizar posições institucionais, portanto forças, o modo como as instituições atravessam os sujeitos e os constituem na organização. Esse seria o mecanismo, a máquina (pesquisa-intervenção) e como ela funciona, mas as alterações e reposicionamentos não se sustentariam e não gerariam um novo instituído (portanto, uma nova organização, o deslizamento de uma realidade a outra) se não se produzisse uma história, uma narratividade organizadora desse processo. Desse modo, podemos relacionar esse plano com os referenciais da Hermenêutica

e entendê-lo como o polo hermenêutico de uma cartografia.

A articulação entre Hermenêutica, Avaliação de Quarta Geração, Cartografia e o Apoio Institucional tem sido produtiva na composição dos referenciais teórico-metodológicos e práticas de pesquisa em nosso grupo no território do Distrito Federal. A seguir, apresentamos uma narrativa, o relato da experiência de pesquisa, buscando com isso exemplificar o que defendemos na primeira parte deste capítulo.

Discussão de caso: a pesquisa e o apoio institucional na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – Recanto das Emas e Gama

Apresentamos aqui a pesquisa-intervenção em andamento desde início de 2013, através da parceria entre Universidade de Brasília (UnB), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-GDF), “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde”, que acelerou a implementação do apoio institucional na atenção básica da Região Administrativa do Gama, iniciou e consolidou sua implementação na Região Administrativa do Recanto das Emas, componentes do Distrito Federal (DF).

A partir do interesse de professores e pesquisadores da UnB e Fiocruz, buscamos a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SES) do Distrito Federal, a fim de constituir projeto de pesquisa e experimentação do apoio institucional, com formação de trabalhadores, de novos profissionais e a partir de intervenção no SUS local e regional.

Os primeiros movimentos trataram da constituição de espaços de reunião com dirigentes e trabalhadores da SES/GDF, nos quais se explicitaram interesses da Subsecretaria da Atenção Primária à Saúde (SAPS) em implantar alterações no modelo de gestão, almejando que a equipe de nível central estabelecesse um contato direto com a regional, nos territórios, a partir da estratégia do apoio institucional. O diagnóstico situacional da equipe de gestão da SAPS considerava dificultosa a relação entre o nível central da SES e as Administrações Regionais, com baixa capacidade de qualificação das práticas regionais e locais. Em especial na Atenção Básica, a percepção de fragmentação

dos esforços gerenciais da SAPS junto às Direções Regionais de Atenção Primária (DIRAPS), nas regiões administrativas se mostrou um consenso geral.

Recentes interfaces vividas por parte da SAPS com a experiência do apoio institucional do Ministério da Saúde, incluindo dois trabalhadores em processo de formação de apoiadores organizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) em 2012, serviram de introdução do conceito de apoio institucional no contexto. Também em função de experiências anteriores junto à Política Nacional de Humanização (PNH/MS), encontramos um cenário favorável à discussão do apoio institucional como estratégia para qualificação da relação entre SAPS e DIRAPS, e entre estas e os serviços de Atenção Básica (AB).

Em reuniões estratégicas de pactuação da proposta e delineamento do objeto de intervenção junto à subsecretária e gerências centrais da SAPS, ficou evidente o interesse em iniciar a intervenção pelas Regionais Administrativas do Gama e do Recanto das Emas.¹ Na primeira, com população de aproximadamente 140 mil habitantes (Censo Demográfico de 2010, IBGE), constituída por uma rede de serviços de saúde complexa e ampla, referência para municípios também do entorno já havia um esforço consolidado de ampliação e qualificação da AB, com ampliação da Estratégia de Saúde da Família e um acúmulo anterior advindo de parceria com a PNH/MS, com enfoque principalmente em arranjos de gestão colegiada. E a segunda, com 130 mil habitantes (Censo Demográfico de 2010, IBGE), em processo de ampliação da Saúde da Família, com 84,10% da população dependente exclusivamente do SUS e que não possui equipamento hospitalar público ou privado (CODEPLAN, 2013).

Além disso, o ciclo de reuniões também teve como produto a definição da equipe de profissionais da SAPS, que teriam a

¹ O Distrito Federal tem organização estadual que se diferencia do restante do Brasil, por não haver no seu território a esfera municipal. Ao invés disso, as denominadas Regiões Administrativas constituem formas de organização territorial e administrativa, com relativa autonomia política e financeira, vinculadas ao Governo de Estado do Distrito Federal. As instâncias regionais equivalem, em termos de dimensões e complexidade, a municípios de médio e grande porte de regiões metropolitanas brasileiras.

responsabilidade de acompanhar e estimular a mudança de modelo e a implementação do apoio institucional na AB em nível regional. Exerceriam o papel de apoiadores na articulação e defesa do projeto político para desenvolvimento do SUS regional. Esse movimento consolida o primeiro ciclo de discussões e negociações com potência de iniciar uma alteração organizacional na SAPS.

Ao mesmo tempo os pesquisadores/professores foram assumindo, em função de sua vinculação com a universidade/centros de pesquisa, de fora da SES/GDF, papel no apoio e suporte técnico-pedagógico à configuração/construção da proposta do apoio institucional na atenção básica, na relação entre nível central da SAPS e DIRAPS do Gama e do Recanto das Emas. Dessa forma, constituiu-se o grupo de pesquisa, no papel de apoiadores institucionais em composição com os apoiadores da SAPS. O trabalho conjunto que se organizaria a partir dessa demarcação de papéis colocaria em análise as práticas desses sujeitos e das organizações/instituições que os atravessam.

Desde o primeiro encontro do grupo de pesquisa e na medida em que este ia se articulando e incluindo outros sujeitos no plano interventivo a discussão metodológica em grupo, a composição de narrativas coletivas dos encontros e a análise das situações vivenciadas foram coletivizadas, registradas e validadas em ciclos constantes de espaços coletivos. No desenvolvimento do plano interventivo, a própria pesquisa, suas estratégias e procedimentos foram sendo inventados, tendo como eixo central a prática cartográfica articulada nos seus polos avaliativo e hermenêutico.

O movimento seguinte foi marcado por uma oficina conjunta dos apoiadores SAPS, professores e alunos UnB, pesquisadores da Fiocruz e gestores da Saúde das Regionais, em abril de 2013, quando foi possível apresentar a proposta, com a diretriz do apoio institucional e cogestão, e os sujeitos presentes puderam expor suas expectativas em relação à consolidação da AB nas regionais envolvidas. A Regional do Gama estava num momento de crescimento de sete Equipes de Saúde da Família (eqSF) para 24 equipes distribuídas em sete unidades, almejando consolidar a adscrição por território. Recanto das Emas, de 2011 para 2012, dobrou o número de servidores (de 320 para 630 aproximadamente), ampliando o número de equipes de

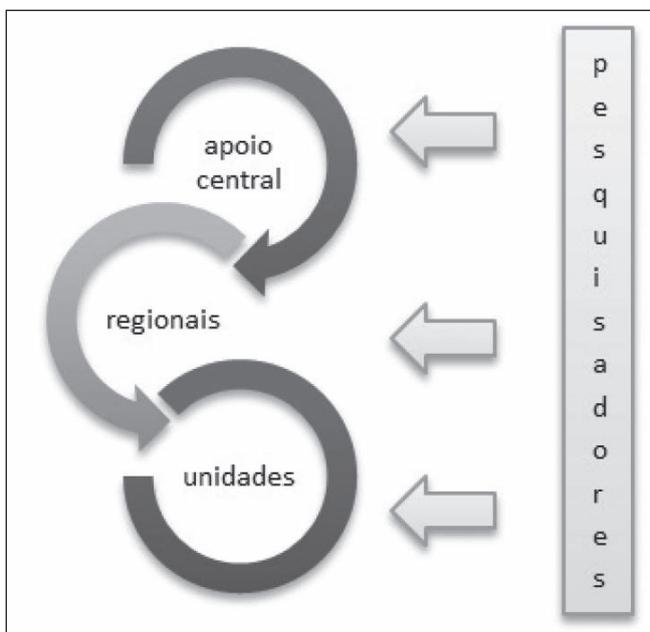
saúde da família que, partindo em janeiro de 2012 com nove eqSF e três equipes de agente comunitários de saúde para 18 eqSF em março de 2014 (BRASIL, 2014). Em um momento de mudança de modelo da atenção para a Saúde da Família, as Regionais buscavam a adscrição territorial e o foco no trabalhador como operador principal dessa mudança.

Essa oficina demarcou a inserção das Regionais no processo, emergindo a necessidade de encontros periódicos com os gestores, para acompanhamento da experiência de implementação do apoio, aportes pedagógico, teórico, metodológico e análise das relações de trabalho. Configuramos o que se chamou de “Grupão Gama Recanto”, um espaço coletivo mensal de encontro entre os atores – UnB, Fiocruz, SAPS, Recanto e Gama, em que seria discutida a construção do apoio nos territórios. Além disso, havia outra agenda em cada Regional, para construção do projeto regional específico. Dessa forma, as Regionais e suas equipes de atenção básica, nos intervalos do “Grupão”, realizariam seus colegiados e reuniões com apoio de pesquisadores e professores UnB e Fiocruz e dos profissionais da SAPS.

De início, as principais questões colocadas nos espaços coletivos constituídos versavam sobre o apoio institucional: “o que é o apoio? Como fazer junto às equipes?”. Os pesquisadores deram corporeidade à estratégia do apoio, procurando se constituir como apoiadores nesses espaços, fazendo ofertas aos grupos, estimulando a análise, avaliação situacional e formativa, o planejamento de ações, acordos de responsabilidades, oferecendo ferramentas para o coletivo. A intervenção não poderia ser olhada de forma isolada pensando um serviço, uma regional ou uma reunião, mas ficou configurada no desenho entre os diversos espaços coletivos intercessores, um influenciando no movimento do outro, compondo o desenho cartográfico. As provocações, mobilizações, ações e posicionamentos dos sujeitos nos espaços coletivos foram evidenciando as posições institucionais ocupadas pelos sujeitos, e o jogo de forças foi se expressando em ato nos encontros, vitalizando o movimento cartográfico, sempre sendo restituído aos grupos/sujeitos, incluindo, ampliando e coletivizando as análises – constituindo os círculos hermenêuticos e os processos avaliativos, par e passo o plano interventivo se constituía.

Isso nos exigiu a formação de um grupo de apoio aos apoiadores SAPS para que pudessem aumentar a autonomia na condução da intervenção, enquanto projeto político, sustentando a longevidade da proposta, o que chamamos de grupo “Supervisão SAPS”. Configurou-se como um momento de preparo dos apoiadores para atuação em campo, a partir de relato e análise das vivências, oferecendo aporte teórico e supervisão clínico-institucional, criando novas estratégias e planejamento de ação. Trabalhamos de início o desejo e interesse de buscar tais regionais, que espelhava uma expectativa que talvez não fosse encontrada em campo, tentando fomentar a construção da intervenção com os atores locais, diferenciando do modo de intervenção habitual verticalizada, com mando do nível estadual para o regional-local. Era preciso analisar os modos de produção e de relação entre os níveis do SUS-DF, para poder colocá-los em relação de outra forma, mais participativa e na lógica do apoio, o que procuramos demonstrar graficamente na figura 1.

Figura 1. Relações de apoio entre instâncias e sujeitos



Os encontros do grupo de pesquisa tiveram como principal objetivo sua estruturação para o trabalho do apoio e da pesquisa-intervenção, incluindo no processo a formação de novos profissionais, a inserção de alunos de iniciação científica e pós-graduação – conformação de um campo de intervenção, pesquisa e construção do conhecimento. Entre estudos e composição de textos, a construção do fazer apoio no DF, com suas particularidades e experimentações, podendo analisar a própria intervenção na montagem de estratégias de avançar no campo, ampliação das potências do apoio na atenção primária e estudos metodológicos para suporte do processo. Baseando-se na composição de narrativas a cada encontro, os pesquisadores também puderam configurar seu próprio ser cartógrafo, a partir da análise do desenho da intervenção e lugar do apoiador-pesquisador, retomando contrato e modos de inserção.

O processo Gama e Recanto disparou com a conformação de espaços coletivos (rodas) com os gestores para discussão e construção do dispositivo apoio institucional. Participam desses espaços o coordenador-geral, diretor de Atenção Primária à Saúde, os gerentes de unidades de atenção básica, de Políticas e Programas Específicos, do Núcleo de Educação Permanente e todas as chefias a essas subordinadas. Para a construção da lógica “transversal” do apoio no processo de trabalho das Regionais de Saúde, foi preciso inicialmente desnaturalizar a visão cartorial-burocrática da organização administrativa e colocar e defender coletivamente que a definição a respeito de “quem” seriam os “apoiadores” em cada Regional. Colocar a questão já se mostrou um desafio bastante significativo para o corpo dirigente, pois para eles a estrutura de poder instituída nas DIRAPS era concebida como uma estrutura dada. Portanto, colocar a questão “quem serão os apoiadores?”, emergiu como analisadora das estruturas hierárquicas dessas organizações. Saber quem seriam “apoiadores” pressupunha o esclarecimento sobre “o que fazemos” e “como nos relacionamos”. Com a questão colocada ao coletivo, afirmou-se a necessidade coletiva de construir esse saber, portanto, distribuir o poder de definir “quem seriam os apoiadores”.

Partimos da análise do organograma da Coordenação Geral de Saúde de cada uma das duas regionais envolvidas, do desenho da

relação institucional, das hierarquias e das funções estabelecidas. Esse foi um momento importante para o diagnóstico coletivo de que o modo de subordinação formal entre as coordenações existentes não refletia como aconteciam (ou deveriam acontecer) as relações entre as pessoas e suas ações no cotidiano dos processos de trabalho. Quer dizer, o engessamento institucional muitas vezes não permitia que surgissem e fossem potencializadas relações que de fato aconteciam no cotidiano. O exercício da discussão em torno das funções exercidas “de fato” pelos gestores possibilitou que o trabalho fosse analisado a partir de seus objetivos primordiais e não das pessoas que ocupam determinados cargos.

Na montagem do “organograma relacional” em contraposição ao “organograma oficial”, surgiu um movimento instituinte na organização e foi possível discutir as relações de poder e como eram necessárias relações de parceria, o que permitiu identificar as prioridades de intervenção do apoio institucional. Em retorno ao “Grupão Gama Recanto”, pudemos discutir os propósitos da mudança institucional para o modelo de cogestão e os pressupostos ideológicos e políticos em torno desse acontecimento. As duas Regionais, num processo longitudinal, traçaram e experimentaram então desenhos e modos singulares do apoio institucional para a lógica de suas organizações.

De forma geral, diagnosticando em conjunto um cenário de práticas de atenção e de gestão caracterizado pela fragmentação, profissionais isolados em seus núcleos de saberes, e as formas de relação pautadas pelo repasse/mando de deveres e tarefas, Recanto das Emas propôs a reorganização institucional em dois grupos de apoio: um com ênfase no estímulo e apoio “em ato” à cogestão e à democratização das relações de trabalho nas equipes de atenção básica; e outro, para articular melhor e transversalizar a relação de trabalho entre equipes de atenção básica, níveis de gerência e as inúmeras ações dos coordenadores de programas.

Muitos tensionamentos surgiram, pois um modo submisso de relação, priorizando obediência e interesses individuais, foi exposto e colocado em análise, exigindo que as pessoas passassem a construir o cotidiano a partir de objetivos comuns do serviço à sociedade. Por outro lado, para os gestores/coordenadores de unidades, também o

processo se apresentou como uma experiência nova, pois puderam se deslocar da posição de costume de decisões unilaterais e do “cumprase”, na tentativa de responsabilizar mais as pessoas pelas decisões e suas consequências, ampliando a autonomia dos trabalhadores sem se eximir das responsabilidades que a função gerencial carrega. Foram formados colegiados nas equipes de Saúde da Família, com apoio transversal dos coordenadores de programas, que seriam agora referência do cuidado integral das demais áreas para um número de equipes, além do seu núcleo de saber.

Desse modo, as coordenações de programas na Regional Recanto das Emas vêm se constituindo como apoiadores para as equipes e gerências da atenção básica, compondo um novo núcleo de práticas, colaboração, cogestão, de interferência conjunta em processos de organização dos serviços e da atenção básica. Os saberes especializados, antes única oferta dos coordenadores de programas, passaram a compor progressivamente uma entre outras ofertas para as equipes de atenção básica, suas gerências e oferta mútua entre os vários coordenadores/apoiadores.

Na Regional do Gama, com suas particularidades, o apoio foi desenhado em dois eixos: o apoio à Gestão e Monitoramento das unidades de saúde e suas chefias, envolvendo os gestores da atenção primária e do planejamento e monitoramento da ações de saúde, e o apoio aos Processos de Trabalho das Equipes, incluindo os gerentes das equipes de Saúde da Família, a gerência de políticas e programas e os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O ponto de tensão se conforma no confronto entre as práticas políticas da gestão regional, com ampliação da gestão colegiada, nos diversos níveis de gestão da Regional, coexistindo com a persistência da exclusão do trabalhador de equipes assistenciais dos processos decisórios. Os colegiados de gestão conformados na Regional, nos últimos anos, incluindo diretores, gerentes e chefias, ampliaram fortemente o grau de cogestão entre essas esferas de governo do trabalho, mas não alcançaram a inclusão efetiva do trabalhador. O hiato persistente entre gestores e trabalhadores faz coabitarem a acelerada “conversão” de modelo e a extrema dificuldade de interferência nos processos de trabalho das equipes de assistência.

Pode-se dizer que todo o trabalho do apoio institucional até o momento na Região do Gama constituiu a qualificação dessa análise e criou condições para um aprofundamento radical dessa intervenção. Os processos no momento se encaminham para que o apoio institucional ofertado pela SAPS em conjunto com professores, pesquisadores e alunos de graduação e pós-graduação passem da esfera de gestão regional, para se fortalecer na esfera local, constituindo experiências de apoio direto a gerentes e equipes de unidades básicas de saúde e de Saúde da Família, no sentido de incluir e conformar coletivos e intervenções com estes sujeitos e territórios. Para tanto, professores e pesquisadores envolvidos articulam-se ampliando a complexidade da parceria com a SES-DF. Fruto desse processo, o projeto de pesquisa também se tornou programa de extensão contínua e foi pactuada a criação de um cenário de estágio para alunos de graduação em Saúde Coletiva da UnB, que estão nos períodos finais de formação. Contando com professores, pesquisadores, pós-graduandos, extensionistas e estagiários, as chances de fortalecimento da intervenção se tornam mais concretas.

Como todo este movimento de intervenção nos territórios e com os momentos de reflexões e avaliações do processo de formação das pessoas no exercício do apoio, o desenho dos espaços coletivos foi se deslocando. A interface entre UnB e Fiocruz se desdobrou e qualificou, e a interface deste coletivo em formação com os coletivos SASP, Gama e Recanto também foi se reconfigurando em função das experiências de apoio vivenciadas. Os pesquisadores vão se constituindo cada vez mais como apoiadores, deixando de ser condutores de uma intervenção, e os coletivos vão assumindo mais o processo em cogestão; coletivos que se apoiam e se interferem mutuamente.

Para dentro da UnB e da Fiocruz-Brasília, esse tipo de experiência encontra ressonância junto a outras iniciativas. Um dos movimentos importantes está no campo da articulação entre UnB e Fiocruz, para o compartilhamento efetivo de projetos estratégicos em pesquisa, ensino e extensão em fase de ampliação, a partir de acordo de cooperação técnica e científica que permitirá no futuro próximo a certificação conjunta de processos de formação para o SUS, e colaboração mais orgânica entre pesquisadores e docentes das duas instituições.

No entanto, ainda existem grandes dificuldades para que esse tipo de relação entre academia e serviços possa se estruturar no DF. Embora as ações estejam em ritmo acelerado nas regiões do Recando das Emas e do Gama, o projeto ainda se desenvolve de forma muito marginal na agenda política da SES-DF. A ausência de investimentos coordenados em Atenção Básica, a falta de um Plano de Desenvolvimento Gerencial da SES-DF e de um projeto estruturante de educação permanente em saúde são elementos que retiram força de projetos como o aqui narrado.

Além disso, há dificuldades significativas para obter financiamento para esse tipo de projeto. Entre as razões que explicam tal dificuldade, além daquelas gerais já abordadas na primeira parte deste capítulo, estão a ausência de linhas de fomento específicas e o desinteresse dos organismos de fomento. A própria SES-DF, embora reconheça e autorize o desenvolvimento das ações do projeto, não demonstrou interesse em apoiar financeiramente as ações em andamento. Recentemente, a SES-DF apoiou a inclusão do tema do apoio institucional em edital de financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do DF (FAP-DF), no qual o projeto foi inscrito. De fato, até o momento todas as ações foram viabilizadas a partir da dedicação dos sujeitos e instituições envolvidas, sem apoio financeiro de qualquer fonte.

Considerações finais

Essas questões, formuladas em nosso pequeno e incipiente grupo de pesquisa, que inclui jovens pesquisadores da Universidade de Brasília e da Fiocruz-Brasília, vêm nos motivando a colocar em análise nossa formação, nossa própria constituição e institucionalidade. Todos nós formados em universidades públicas, entre as décadas de 1990 e os anos 2000, vivenciamos e nos constituímos pesquisadores em grupos de produção acadêmica, no ensino, na pesquisa e na extensão universitária, que buscaram intensa interface de formação, pesquisa e intervenção com o SUS.

Que papel a pesquisa, a extensão e o ensino podem jogar no contexto político e institucional das organizações de saúde no território no qual se situa uma universidade pública? Quais os

possíveis modos de democratização dessas relações? Estas continuam a ser questões relevantes.

Em nossa experiência, podemos afirmar a potência de metodologias da pesquisa-intervenção, na interface Cartografia, Hermenêutica e Pesquisa Avaliativa de Quarta Geração, tendo o apoio institucional como modo de ação, método para o exercício de mútua interferência da universidade com sujeitos e organizações do SUS, no território local e regional.

Intervindo, pesquisando, formando e nos formando, podemos produzir analisadores potentes, mobilizar forças instituintes capazes, acreditamos, de colocar universidade, instâncias de gestão, serviços do SUS e suas práticas em devir.

Referências

- BAREMBLITT, G.F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Cadastro Nacional de Saúde* [online]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 16 jun 2014.
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, n. 24, p. 5-15, set-dez. 2003.
- CODEPLAN. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios*. Recanto das Emas. Brasília, 2013. Disponível em: <www.codeplan.df.gov.br> Acesso em: 08 jun 2013.
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, nov. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun 2014.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, G.; e GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: _____. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995a. p. 11-38.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DENZIN, N.; LINCOLN, D. (Org.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 38, 2011.

- FUGANTI, L. *Saúde, desejo e pensamento*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- FURLAN, P.G. *Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- GADAMER, HG. *Verdade e método*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- GREENWOOD, D.J.; LEVIN, M. Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da pesquisa-ação. In: DENZIN, N.; LINCOLN, D. (Org.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 91-113.
- GUATTARI, F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Ideias e Letras, 2004 (Coleção Psicanálise Século I).
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: EdUNICAMP, 2011.
- KASTRUP, V.; BARROS, R.B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.
- LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.
- LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. (Orgs.). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2003. p. 259-272.
- MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.
- OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- OLIVEIRA, G.N. et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. *Interface*. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 523-529, 2009.
- ORSO, P.J. A criação da universidade e o projeto burguês de educação no Brasil. In: SAVIANI, D. (Orgs.). *Educação, sociedade de classes e reformas universitárias*. São Paulo: Editores Associados, 2007.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULON, S.M.; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Social*, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>> Acesso em: 28 jun 2014.

RICOEUR, P. *A metáfora viva*. São Paulo: Loyola, 2005.

_____. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

_____. *Tempo e narrativa*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P.P.; COSTA, R. (Org.). *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 33-52.

Forma-se um apoiador? Sobre conexões e desvios na trajetória do apoio

SIMONE MAINIERI PAULON

Agradecendo a oportunidade ímpar que o LAPPIS nos oferta, de debater algumas demandas emergenciais do SUS, convocando-nos a pensar estes novos arranjos institucionais que nele têm-se engendrando. Gostaria de propor uma breve reflexão a partir das experimentações do apoio que a inserção na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) tem nos permitido. E o que a PNH tem nos ensinado sobre o apoio?

Em seus dez anos de formulação, comemorados este ano, a PNH como política do SUS tem sido constantemente confundida com uma política de reforço aos trabalhadores, uma política que quer ressaltar o saber presente nos diferentes segmentos do SUS, outorgando o devido reconhecimento àqueles que “carregam o piano” no dia a dia das unidades de saúde, como comumente escutamos dos trabalhadores. Sua forma de operar, sustentada no método da tríplice inclusão (inclusão dos diferentes atores, dos coletivos e dos conflitos tomados como analisadores que apontam as demandas de mudanças institucionais) permite mesmo leituras como esta, feita por alguns coletivos de trabalhadores. De algum modo, o que esta distorção – ou melhor, esta parcialização – aponta na compreensão de uma política, que em seus princípios fundantes já traz o protagonismo dos sujeitos como horizonte de todas as ações em saúde, é o que o filósofo Pierre Levy anuncia que está na base de uma inteligência

coletiva: ninguém sabe tudo, todo mundo sabe algo e todo o saber é patrimônio da Humanidade.

Quando, na abertura de recente Encontro do LAPPIS, Roseni Pinheiro evocava o espírito de pesquisadores aprendizes que nos convoca à “humildade de achar que temos o que aprender com o outro”, lembramo-nos desta máxima do filósofo da cibercultura, tão óbvia quanto atual, e pensamos o quanto ela fala, de algum modo, no exercício do apoio, no modo como o temos experimentado enquanto apoiadoras junto à PNH. Apoio como “pegar junto”, dispor-se aos coletivos em posição crítica e observadora de forma a contribuir com a ampliação da democracia institucional e a circulação dos saberes nas organizações de saúde.

O sentido aqui dado à democracia vai na direção de todo processo que contribua com a apropriação mais coletiva do conhecimento e consequente distribuição mais equânime de poder. Vale, no entanto frisar que não se trata de afirmar uma apropriação privatista de saberes, mas sim da apropriação da possibilidade de fazer a gestão do seu próprio trabalho. Trata-se, portanto, de reafirmar a importância do método que inclui trabalhadores, usuários e gestores na produção da própria saúde e da saúde dos serviços/organizações em que trabalham. É neste sentido que o exercício do apoio se define e delinea-se metodologicamente por sua capacidade de acionar processos gestonários. Nas palavras de Pasche e Passos (2010, p. 430):

O apoio institucional é um dispositivo com o qual temos apostado; como dispositivo, ele tem uma função de referência; isto é, o apoiador põe a funcionar determinado processo junto ao coletivo, aciona um movimento de mudança das práticas de saúde e acompanha o caminho nesse processo de mudança dos modelos de atenção e gestão na saúde. Sua função de referência garante um mínimo de regularidade em meio ao processo de mudança, sendo um índice dos vínculos que mantém unido certo coletivo.

A cogestão, assim vista, permite com que o trabalhador se reconecte com sua própria produção. Esta, por sua vez, é sempre coletiva, derivada de um complexo arranjo de componentes e de organização do trabalho; tem sempre uma dimensão universal: todo o saber é

patrimônio da humanidade! É deste modo que entendemos a cogestão como uma forma de produção de democracia, porque permite que a maioria dos trabalhadores pense e interfira na organização dos modos de trabalhar. Falamos, então, do apoio institucional como uma função exercida com equipes de saúde que compartilham situações de trabalho que demandam suporte de alguém que ajude essa equipe a problematizar os processos naturalizados de seu fazer, colocando-os em análise, o que sempre é também colocar-se junto em análise.

Apoiar, nesta perspectiva, assume fundamentalmente o sentido de uma intervenção crítica que desestabiliza o que está posto, instituído e provoca movimentos. Movimentos que podem provocar novos agenciamentos.

Apoiar, conectar, agenciar...

Para o profissional do social, tudo dependerá de sua capacidade de se articular com os agenciamentos de enunciação que assumam sua responsabilidade no plano micropolítico (GUATTARI, 1986, p. 30).

É neste sentido, de resgate a certo sentido da mudança que está suposto na função apoio, que temos identificado nas práticas de apoio uma ideia elaborada por Felix Guattari nos idos anos 1980, quando se referia a sua compreensão acerca dos processos subjetivos:

Ao invés de *sujeito*. De sujeito de enunciação ou das instâncias psíquicas de Freud, prefiro falar em *agenciamento coletivo de enunciação*. O agenciamento coletivo não corresponde nem a uma entidade individuada, nem a uma entidade social predeterminada. [...] A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de semiotização – ou seja, toda a produção de sentido de eficiência semiótica – não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas egoicas, microsociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extraindividual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, enfim sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal [...]. Toda a questão está em

elucidar como os agenciamentos de enunciação reais podem colocar em conexão essas diferentes instâncias. (GUATTARI, 1986, p. 31).

Ao fazer esta escolha por uma concepção da subjetividade que é sempre referida à dimensão de produção coletiva, o autor desmistifica a clássica dicotomia com que nos habituamos a compreender nossa vida psíquica – de uma suposta subjetividade interiorizada em oposição a um mundo objetivo – e introduz a noção de máquinas desejanças que compõem a subjetividade e já não podem ser compreendidas senão como formações indissociadas. De que forma tais conceitos nos ajudam a pensar a função do apoiador?

Para pensarmos isto, cabe retomar as dimensões éticas e metodológicas do apoio que justificaram que o sanitarista Gastão Campos (1998, 2000) a propusesse como uma tecnologia capaz de enfrentar a racionalidade gerencial hegemônica presente nas hierarquias das organizações de saúde tradicionais. Novos contratos se fazem necessários, abrem-se espaços de diálogos para superação de ações restritas a uma ou outra profissão, assumindo o que o autor referia pelo necessário caráter anti-Taylor das intervenções nas relações de trabalho. Colocar trabalhadores diversos em roda, fazer com que saberes múltiplos circulem e problematizar lócus de poder cristalizados por velhas instituições são efeitos possíveis de experiências de apoio a equipes que ampliam a democracia institucional e apontam caminhos de mudança.

E como se trata de mudar processos de trabalho, trata-se imediatamente, junto, de mudar as pessoas e suas formas de agir, mudar as relações e o modo como elas se estabeleceram num dado contexto social. Trata-se, portanto, “apenas” de mudar o mundo, os seres e as coisas que o constituem. Esta é, de algum modo, a “singela” tarefa que se apresenta ao apoiador institucional: provocar desvios no estabelecido como modo de trabalhar, levantar nós críticos no que está instituído e produzir questionamentos naquilo que se estipulou como possível em dado ambiente de trabalho. Querer o impossível...?! Será?

Talvez a dimensão utópica do trabalho do apoio de fato seja um de seus importantes componentes que permita, inclusive, a constituição de um campo de análise para o coletivo apoiado que extrapole os

limites daquele campo de intervenção¹ no qual circunstancialmente está se dando um exercício de apoio.

Agenciamento Coletivo de Enunciação (ACE) é o conceito forjado pelo esquizoanalista que aponta neste sentido de produzir novas e mais conexões, agenciar novos movimentos conectivos. De outra forma, esta é a tarefa do que Guattari entendia como finalidade de um trabalhador social, não especificamente associado à saúde, mas que aqui trazemos ao debate pelo que nos ajuda a pensar a potência da figura do apoiador institucional.

Resta-nos, agora, remeter tais reflexões ao campo da formação para retomarmos a questão disparadora do debate acerca dos limites ou possibilidades de ações educativas que interferem na trajetória de sujeitos que querem exercer a função apoio na perspectiva de se fazerem agenciadores de novas conexões.

Aprender, ensinar, apoiar...

A política de formação em saúde, tecida ao longo dos dez anos de PNH, parte do enfrentamento à complexidade da atual conjuntura do SUS como uma construção coletiva que, respeitando as demandas singulares de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, possa ser suficientemente inclusiva e apontar, ainda, possíveis caminhos de mudanças para reencantar o concreto das práticas de saúde.

Sabendo-se que não se alteram as práticas de saúde sem que os sujeitos que as corporificam sejam também subjetivamente modificados, qualquer intervenção nos processos de produção de saúde requer e produz imediatamente intervenções no plano das subjetividades. Partindo-se de tais compreensões, a política de formação da PNH aposta num caminho micropolítico, sempre na perspectiva de uma educação que não parte do princípio normalizador do *expert* que vai demonstrar um mundo dado, já posto *a priori*, mas provocar um

¹ No glossário do institucionalismo francês, mais especificamente na vertente metodológica socioanalítica, o campo de análise inclui todo o aparelho conceitual, as instituições a serem postas em questionamento para fins do entendimento de um delimitado campo de intervenção. Segundo Baremlitt (1994, p. 157), o campo de análise é “a inteligência acerca de como funciona [o campo de intervenção], a articulação de suas determinações, a forma em que são gerados seus efeitos etc.”.

desassossego, propor um encontro com o outro, um confronto com o diferente a partir do qual a curiosidade pode provocar o desejo de produzir mundos, produzir novos sentidos.

É por isso que, para alguns dos formuladores da PNH, sua função e a tarefa são justamente “contribuir para a construção de modos de fazer” mais do que anunciar o que deve ser feito. Isto seria a mudança necessária para que a rede de usuários, trabalhadores e gestores que compõem o SUS possa efetivamente experimentar novos modos de fazer, “novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e de cuidar e, por consequência, modificando a si próprios (PASCHÉ; PASSOS, 2010, p. 425).

Apoiar, formar, pesquisar e intervir são, a partir daí, entendidos como processos indissociáveis que se reforçam e alimentam entre si. Como definem Heckert e Neves (2007, p. 17):

Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho.

Como modo de capilarização, desde 2006, a política de formação da PNH vem apostando na formação de apoiadores institucionais. Para tanto, desenvolveu em torno de 30 projetos de formação em diferentes territórios do país, planejados e pactuados nas regiões a partir das demandas percebidas no diálogo entre consultores de referência nos territórios e parceiros nas secretarias estaduais, algumas municipais e centros de formação.

Tais percursos de formação, no modo como têm sido experimentados junto aos serviços, com os serviços e nunca “para” os serviços, fizeram algumas marcas na formação e gestão da própria PNH, pois se temos insistido que toda intervenção tem uma dimensão interventiva, também vale dizer que o processo de formação produz, pelo mesmo motivo, em alguma medida alguma intervenção. Formar é intervir e intervir é formar, e isto não tem uma só direção!

Outro ensinamento significativo que o exercício do apoio tem permitido é a constatação de que trajetórias de apoio não passam exclusivamente por processos de formação *stricto sensu*, mas por intervenções que vão produzindo efeitos de apoio; efeitos esses que vão produzindo outros apoiadores e outras demandas de apoio.

Entre elas, a gestão dos processos de formação e produção de conhecimentos da PNH levou, em 2008, à necessidade de constituir-se a Câmara Técnica de Formação e Pesquisa (CTFP), uma instância de gestão, acompanhamento e avaliação dos processos de formação e produção de conhecimento em humanização, que vem articulando apoiadores e ações de todas as regiões do país. A CTFP foi organizada a partir das demandas e efeitos gerados pelos inúmeros processos de formação-intervenção de apoiadores institucionais que a PNH promoveu ou de que participou em seus dez anos de existência.

Entre seus principais efeitos, temos a composição de significativa rede de trabalhadores com capacidade crítica e analítica sobre as questões cruciais que hoje se colocam para a consolidação do SUS, bem como um acúmulo de produção bibliográfica acerca dessas mesmas questões, que extrapola os tradicionais circuitos acadêmicos e ganha novos espaços de circulação. Uma das formas de operar a inclusão de novos protagonistas do SUS, tarefa formadora da PNH, é poder reforçar esta produção e, ao fazer com que ela se amplifique, distribua de forma mais equânime no país e entre diferentes atores sociais, produzindo novos autores, apoiando a produção de novos protagonistas, interferindo na dinâmica dos serviços e nos modos de trabalhar que os estruturam.

As demandas mais recentes, de compreender melhor o que é o apoio produzido, quais os efeitos do trabalho que os apoiadores institucionais têm ofertado aos territórios em que atuam,² o que as pessoas têm acolhido, demandado e legitimado como práticas de

² Esta especificamente é a questão-foco da pesquisa multicêntrica que coordeno pela UFRGS com os colegas Marta Verdi (UFSC) e Sílvia Yasui (UNESP-Assis), acerca dos efeitos dos processos de formação de apoiadores realizados nos territórios dos estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, nos anos de 2008-2009, cujos resultados estão em fase de sistematização.

apoio no SUS apontam um novo momento da Reforma Sanitária. Momento investigativo em que pesquisar sobre novas tecnologias no SUS, investigar os rumos instituintes que o trabalho em saúde tem apontado parece uma necessidade que ganha espaço.

Acreditamos, assim, que há uma dimensão do apoio *em curso...* com toda a ambiguidade que a expressão, no caso, carrega!

Referências

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G.W.S. *Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, v. 1, p. 13-28, 2010.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 86, p. 423-32, 2010.

PAULON, S.; PASCHE, D.; RIGHI, L. Função Apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, supl. esp., 2014 (no prelo).

ANEXOS

Anexo 1

Convocatória para apresentação de experiências de apoio institucional para efetivação da integralidade em saúde

LAPPIS – DAPES/SAS/MS

Brasília, março de 2013

1. APRESENTAÇÃO

O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES), no âmbito da organização institucional do Ministério da Saúde, tem como atribuição articular **áreas programáticas**¹ da **Política Nacional da Saúde**. A finalidade principal do DAPES é promover a efetividade e aplicabilidade do direito à saúde como garantia do Estado e oferecer atenção aos direitos fundamentais nacionalmente constituídos.

Nessa perspectiva, o apoio institucional tem sido fundamental na implementação de atividades e estratégias de intervenção no âmbito do Ministério da Saúde. A inserção de apoiadores institucionais vem acontecendo desde 2003, principalmente pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com o crescente investimento nesse tipo de estratégia, torna-se fundamental conhecer as experiências de apoio institucional no cotidiano dos serviços de saúde e sua relação, tanto com os princípios e diretrizes do SUS, quanto com a promoção de

¹ As Áreas Programáticas Estratégicas do DAPES/SAS/MS são: Política Nacional de Humanização, Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde do Homem, Saúde Mental e Saúde Prisional.

uma maior transversalidade entre as áreas programáticas e estratégicas na elaboração de ofertas às demandas específicas por cuidado em saúde.

Como desdobramento de suas atividades, o DAPES estabeleceu uma parceria de cooperação técnico-científica com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS²), do Instituto de Medicina Social da UERJ, em sua linha de atuação, **“EnsinaSUS – ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação na construção da integralidade em saúde”**.

No âmbito dessa parceria, o LAPPIS, juntamente com o DAPES/SAS/MS, apresenta, por meio desta convocatória, os planos específicos da pesquisa **“Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”** e as normas gerais para a submissão e seleção de experiências de apoio institucional **na efetivação da integralidade em saúde**.

A pesquisa visa compreender, a partir da análise das experiências existentes, os mecanismos de inserção desse apoio capazes de considerar os seguintes aspectos: 1) os diversos contextos e especificidades locais e regionais do território nacional; 2) os desafios concernentes aos objetos específicos da programação e das estratégias das políticas de saúde; 3) a materialização da integralidade do cuidado como condição de efetivação do direito humano à saúde; 4) a relação entre integralidade e apoio como eixo orientador das atividades e ações, que permite aproximar as diferentes áreas programáticas e a gestão das políticas de saúde.

O apoio institucional tem sido pensado com a finalidade de **intervir na construção de espaços coletivos, organizados para definição de tarefas, análise e elaboração dos projetos de intervenção**. Assim, a

² O LAPPIS, oriundo do projeto “Integralidade - Saberes e Práticas no Cotidiano dos Serviços de Saúde”, reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. A noção de integralidade parte da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras, em um trabalho multidisciplinar, que visa ao conhecimento construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e na sua relação com a sociedade civil. A integralidade aproxima o desenvolvimento de tais práticas de saúde dos pressupostos éticos e organizacionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde.

construção de diferentes formas de mediação em redes sócio-técnico-políticas é uma dimensão central na atividade de apoio, pois seus objetivos requerem **relações entre políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, setores institucionais, saberes, projetos e interesses políticos.**

Entende-se que **a atuação do apoiador é orientada pelo encontro entre ação política, gestão das organizações e análise dos processos subjetivos**, partindo da compreensão de que a produção de valores e serviços, a constituição dos sujeitos e a aprendizagem ocorrem simultaneamente, resultando na manutenção ou inovação das lógicas e estruturas institucionais.

Nessa perspectiva, as áreas estratégicas não são apreendidas como a definição final de um direito, mas como uma proposta de atuação sobre uma área específica. O desafio está justamente em congregar os diferentes programas, ou seja, olhar para o sujeito de direitos não pelas vias dos programas, mas buscando conciliar a diversidade de estratégias para dar conta das especificidades demandadas por ele. Uma das principais tarefas do apoio institucional reside justamente em auxiliar a construção integral desse olhar.

A política para o incentivo de apoiadores no SUS tem no escopo de seus objetivos a construção e a avaliação de práticas educacionais e pedagógicas nos processos de formação, trabalho e gestão, no sentido de mapear e produzir transformações na relação entre oferta e demanda por cuidado em saúde.

Com efeito, o apoio institucional, apreendido como prática estruturante da gestão do cuidado, torna possível delimitar os atributos habilitadores das experiências selecionadas que, tenham os valores ético-políticos e educativos capazes de expressar a pluralidade dos atores envolvidos (gestores, profissionais, trabalhadores, estudantes e usuários), dos quais os usuários colocam-se como núcleo central.

Tal centralidade apoia-se na integralidade da atenção à saúde, no trabalho em equipe e no conhecimento do SUS como **política pública.**

A integralidade, assim, constitui-se de ações que podem nortear as práticas na produção do cuidado, sobretudo no desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde, tendo em vista um sistema de saúde usuário-centrado.

Diante dessa compreensão, a **integração da rede de gestão e de serviços de saúde** e a **integração interdisciplinar, interprofissional e transdisciplinar dos saberes e práticas centrados nos usuários**, no cotidiano das instituições de saúde, tornam-se eixos fundamentais na constituição de espaços de **experimentação** da integralidade e do apoio institucional. Novas ações no âmbito do apoio implicam novos sentidos e significados às práticas em saúde: o exercício da integralidade como garantia do direito humano à saúde e como ação direcionada à alteridade dos usuários.

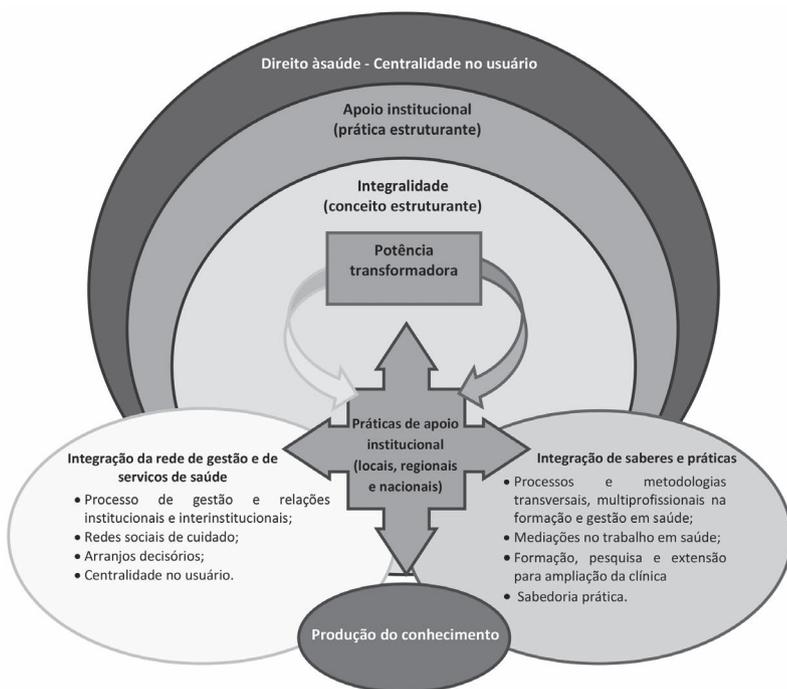
Esses dois eixos atualizam-se como estratégias metodológicas, ao agregarem as questões teórico-conceituais e práticas consideradas relevantes para o exercício e os processos de formação do apoio.

Esse é o sentido da qualificação da “roda” das inovações e mudanças, seja na **integração da rede de gestão e de serviços de saúde**, em relação ao acolhimento, ao vínculo, à resolutividade, à gestão dos processos de trabalho, à intersetorialidade e à corresponsabilização, por exemplo; seja na **integração interdisciplinar, interprofissional e transdisciplinar dos saberes e práticas centrados nos usuários**, que inclui a ampliação das práticas clínicas, o conhecimento inventado no cotidiano do SUS, o trabalho multiprofissional e transdisciplinar, a permeabilidade aos usuários, as redes sociais de cuidado e as práticas locais de ensino e saúde.

A proposta é, então, que a avaliação e o acompanhamento das práticas do apoio repercutam no desenho desses dois eixos, ressaltando-se o exercício da integralidade como garantia e consolidação do direito à saúde, tendo como efeito a produção ética de conhecimento “no” e “para” o SUS (diagrama).

DIAGRAMA

Roda – Movimentos Estratégicos – Inovação



2. JUSTIFICATIVA

O debate em torno das **áreas programáticas e redes temáticas** tem como cenário de referência as políticas de extensão de cobertura de serviços de saúde implementadas na década de 80, elaboradas como resposta ao desafio de ampliação e diversificação da assistência à saúde como política pública. As **áreas programáticas e redes temáticas** são propostas como modelo tecnológico de assistência à saúde, concretizado com instrumentos operatórios que visam organizar o trabalho como resposta imediata a necessidades sociais que o justificam, e que, dessa forma, são apreendidas como objeto/produto da intervenção.

No âmbito da organização institucional do Ministério da Saúde, a programação em saúde encontra-se aportada no DAPES, cuja atribuição é articular áreas programáticas estratégicas, orientando estados, municípios e o Distrito Federal para sua operacionalização. Em meio ao conjunto de desafios concernentes aos objetos específicos de programação, a materialização da integralidade, como condição de efetivação do direito à saúde, traz interrogações sobre os elementos transversais que permitem aproximar as diferentes áreas programáticas. Essa afirmação se justifica em razão dos problemas inerentes à histórica fragmentação institucional das políticas de saúde.

Dessa forma, ao reconhecer a importância das **áreas programáticas e estratégicas** como um modelo de organização tecnológica do trabalho que se orienta para a integralidade, é necessário também discutir as possibilidades de articulação entre os programas definidos, de modo que tenham suas intervenções potencializadas a partir de uma visão abrangente de seu público, bem como das necessidades de saúde destes. Esse é o problema de pesquisa e intervenção que orienta o desenvolvimento deste projeto, a saber: como aumentar, no âmbito do apoio, a transversalidade entre as diferentes áreas técnicas, oportunizando deslocamento das percepções e dos respectivos territórios de identidade que avance na direção da materialização do princípio da integralidade; e a identificação e análise de experiências inovadoras, de modo a possibilitar circulação de saberes e práticas potencializadores do exercício do apoio institucional.

Como indicado, a inserção de apoiadores institucionais é uma experiência recente no contexto de implementação de políticas de saúde, e necessita ser mais bem pesquisada e debatida para que sejam avaliados seus **alcances e efeitos**. Portanto, torna-se fundamental “olhar” as relações estabelecidas no cotidiano dos espaços institucionais, identificando os desafios e as estratégias inventadas na atuação dos apoiadores, bem como suas contribuições para a integralidade das ações desenvolvidas.

Para tanto, esta convocatória visa à mobilização das experiências de apoio institucional em qualquer estágio de implementação voltadas para melhoria dos processos de gestão, trabalho e formação, que envolvam profissionais, gestores e usuários na relação entre oferta e demanda por cuidado em saúde. Trata-se de ampliar os espaços de visibilidade das estratégias de intervenção acerca do papel mediador do trabalho dos apoiadores de modo a compreender os saberes e as práticas que sustentam suas experiências e que compartilham dos seguintes pressupostos:

- a) ter como referência as demandas de saúde da população e as necessidades dos serviços e das gestões local, regional e federal;
- b) desenvolver tecnologias que incorporem mais especificamente os conceitos da integralidade, da tríplice inclusão, da transversalização dos saberes aos processos de gestão e atenção relacionados a protocolos assistenciais, ferramentas de gestão, revisão de sistemas de informação/comunicação, modelos de avaliação e reforma da clínica, características interprofissionais;
- c) possuir estratégias de valorização dos saberes e práticas dos diversos atores (instituição formadora, de serviços, de gestão e movimentos sociais organizados) no processo de planejamento, execução e avaliação das ações, na atenção e na formação;
- d) construir e ampliar a produção de saberes e de instrumentos tecnopolíticos de atuação no SUS.

Com isso, busca-se nas trajetórias e na materialidade das experiências institucionais de apoio selecionadas o mapeamento dos atores/autores (usuários, gestores e trabalhadores) e de suas práticas no exercício do apoio, na interface com o direito à saúde, integralidade, formação, gestão dos processos de trabalho, redes sociais de cuidado e redes de atenção à saúde. É importante destacar nessas experiências a existência de mediações das redes sócio-institucionais e a coordenação de processos de aprendizagem com base na reflexão crítica sobre a organização do trabalho e da gestão em saúde.

3. OBJETIVOS DA CONVOCATÓRIA

Mobilizar as experiências de apoio desenvolvidas por instituições de saúde, ensino e pesquisa destinadas à melhoria dos processos de gestão, trabalho e formação na relação entre oferta e demanda por cuidado em saúde, tendo em vista conhecê-las, sistematizá-las e promover sua divulgação em dois eixos temáticos: a) integração com a rede de gestão e de serviços e com o controle social na formação e educação permanente dos profissionais, tendo em vista as interfaces com educação, saúde e trabalho; e b) integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas centradas no usuário para desenvolver e incorporar novas tecnologias do cuidado articuladas e produzidas nos serviços.

4. ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO DA CONVOCATÓRIA E DESCRIÇÃO DOS CAMPOS DE ATUAÇÃO

Como estratégia de operacionalização desta convocatória, o LAPPIS e o DAPES definiram para cada eixo quatro campos de atuação, de acordo com os quadros abaixo. Nesses campos, estão descritas as ações que deverão ser consideradas nos relatos de experiências apresentados, as quais poderão estar relacionadas entre si.

Eixo I – Integração da rede de gestão e serviços de saúde

Neste eixo, foram agrupados campos de atuação para experiências de apoio que englobam ações relacionadas à produção de processos de cogestão e integração de redes na produção do cuidado, e que serão assim nominadas: processo de gestão e relações institucionais e interinstitucionais, redes sociais de cuidado, arranjos decisórios e permeabilidade ao usuário.

INTEGRAÇÃO DA REDE DE GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE	
CAMPOS DE ATUAÇÃO	AÇÃO
Processo de gestão e relações institucionais e interinstitucionais REDE 1	1.1 Experiências de implementação e integração de redes temáticas (áreas do DAPES e/ou outras) ligadas às instâncias gestoras ou serviços do SUS na interface com entes federados, universidades, movimentos sociais e outros.
	1.2 Experiências de cogestão das políticas de saúde do território: constituição de espaços coletivos de discussão, decisão e avaliação; análise de contexto (modos de gestão, processos de trabalho para o cuidado), problematização do papel do apoio institucional.
	1.3 Experiências de apoio que contribuam para reflexões e transformações em áreas e/ou políticas no Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais.
	1.4 Experiências de parcerias e de apoio aos movimentos sociais, às redes comunitárias e às instituições jurídicas (Defensoria, Ministério Público, Judiciário) e/ou segmentos da sociedade civil (associações comunitárias e religiosas, ONGs, entre outros) para a organização do cuidado no SUS.
Redes sociais de cuidado REDE 2	2.1 Experiências de constituição e/ou participação em redes sociais de cuidado com foco no fortalecimento da dimensão pública das políticas, considerando: inclusão de diferentes sujeitos, conflitos e diferenças; responsabilização sanitária.
	2.2 Experiências de articulação no território de diretrizes das políticas públicas de saúde de acordo com os contextos locais, considerando a continuidade do cuidado.
	2.3 Experiências de apoio como dispositivo de articulação/ativação de redes colaborativas na interface do serviço com a comunidade

Arranjos decisórios REDE3	3.1 Experiências de interlocução e articulação de processos frente às demandas apresentadas pelos trabalhadores, gestores e usuários no âmbito jurídico.
	3.2 Experiências de constituição e fortalecimento de espaços públicos de negociação, formulação, intervenção, avaliação (colegiados, fóruns, conselhos de saúde, conselhos participativos setoriais e intersetoriais, grupos de trabalho, mesas de negociação, comitês gestores, CIB, etc.).
	3.3 Experiências de arranjos decisórios no fortalecimento da dimensão pública das políticas considerando: inclusão de diferentes sujeitos, conflitos e diferenças; corresponsabilização sanitária.
Permeabilidade ao usuário REDE 4	4.1 Experiências de inclusão dos usuários nos processos de gestão dos serviços de saúde.
	4.2 Experiências de articulação no território de diretrizes das políticas públicas de saúde de acordo com os contextos locais considerando a permeabilidade do usuário aos serviços de saúde.
	4.3 Experiências de construção com os usuários de projetos compartilhados de cuidado, visando à ampliação do acolhimento, do vínculo e da autonomia dos sujeitos.

Eixo II: Integração interdisciplinar, interprofissional e transdisciplinar dos saberes e práticas centrados nos usuários.

Neste eixo, foram agrupados campos de atuação para experiências de apoio que englobam ações relacionadas à integração de processos formativos centrados no usuário que trazem ações pautadas pelo desenvolvimento e incorporação de práticas e de saberes, e que serão assim nominadas: processos e metodologias transversais, multiprofissionais na formação e gestão em saúde; mediações no trabalho em saúde; formação, pesquisa e extensão para ampliação da clínica e sabedoria prática (saberes científicos e populares).

INTEGRAÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS	
CAMPOS DE ATUAÇÃO	AÇÃO
Processos e metodologias transversais, multiprofissionais na formação e gestão em saúde. SABERES 1	1.1 Experiências de construção de metodologias de trabalho coletivo em parceria com instituições jurídicas (defensoria, ministério público, judiciário) e/ou segmentos da sociedade civil (associações comunitárias e religiosas, ONGs, entre outros).
	1.2 Experiências de apoio matricial considerando as especificidades dos desafios loco-regionais e programáticas.
	1.3 Experiências de ensino/processos de formação que possibilitem ações articuladas com outros setores envolvidos com a produção de saúde.
Mediações no trabalho em saúde SABERES 2	2.1 Experiências de constituição e/ou participação de redes sociais de cuidado com foco no fortalecimento da dimensão pública das políticas, considerando: saberes e práticas das comunidades; saberes e práticas do coletivo de trabalhadores.
	2.2 Experiências de produção de dispositivos de articulação/ativação de redes na interface do serviço com a comunidade.
	2.3 Experiências na construção de formas de mediação em redes sócio-técnico-políticas, considerando: políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, setores institucionais, conhecimentos, projetos e interesses políticos.

<p>Formação, pesquisa e extensão para ampliação da clínica. SABERES 3</p>	<p>3.1 Experiências de ensino, pesquisa e extensão que contemplem a multiprofissionalidade/transdisciplinaridade, com foco na construção/participação, na diversificação de cenários de ensino-aprendizagem nos níveis de graduação e pós-graduação, com destaque para atualização, aprimoramento/aperfeiçoamento, residência, PET/PRÓ-SAÚDE, estágio e cursos regulares.</p>
<p>Sabedoria prática (saberes científicos e os populares) SABERES 4</p>	<p>3.2 Experiências no ensino das várias profissões, inclusive em conjunto, organizando práticas clínicas cuidadoras, bem como oportunidades de contato com diferentes paradigmas do tratamento/escuta/cuidado que incluam o trabalho em equipe matricial em saúde.</p>
	<p>3.3 Experiências em processos de formação de apoiadores que incluam o trabalho em equipe de saúde.</p>
	<p>4.1 Experiências de construção de trabalho em equipe que visem ampliar e qualificar a inserção dos usuários na gestão/construção dos serviços de saúde.</p>
	<p>4.2 Experiências de produção de dispositivos de articulação/ativação de redes visando à garantia do direito à saúde pela inclusão do usuário.</p>
	<p>4.3 Experiências de apoio que considerem os saberes populares e sua relação com saberes científicos para possibilitar sua incorporação na prática do cuidado.</p>
	<p>4.4 Experiências de cenários de aprendizagem/formação ampliados com o desenvolvimento de trabalhos educativos e assistenciais junto a grupos sociais locais (famílias, bairros, grupos sociais, coletividades culturais urbanas e rurais, associações, etc.).</p>

5. INSTRUÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO DOS RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

5.1 Prazo e local de envio dos relatos

Os relatos das experiências deverão ser encaminhados pela plataforma de cadastro dos apoiadores do SUS, no campo “submissão de relatos de apoio institucional”, no sítio eletrônico: www.lappis.org.br, no período de **26 de março de 2013 a 26 de abril de 2013**.

5.2 Critérios para inscrição

- a) A experiência de apoio institucional no SUS deverá ter relação direta ou indireta com uma ou mais **áreas programáticas estratégicas**³ e/ou **redes temáticas**⁴; **Políticas Prioritárias**⁵.
- b) A experiência relatada deve estar contemplada em no mínimo 1 (um) eixo temático, 1 (um) campo de atuação e 1 (uma) ação;
- c) A experiência institucional deverá estar em andamento. (É importante destacar que não serão aceitas experiências que já foram encerradas para possibilitar o trabalho de campo da equipe de pesquisadores.);
- d) Poderão se inscrever até, no máximo, 3 (três) relatos por instituição, desde que não se trateda mesma experiência;
- e) O apoiador responsável pela submissão da experiência institucional deverá preencher previamente o cadastro de apoiadores na plataforma LAPPIS;

³ As Áreas Programáticas Estratégicas do DAPES/SAS/MS são: Política Nacional de Humanização, Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde do Homem, Saúde Mental e Saúde Prisional.

⁴ As redes temáticas são: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas (Câncer, Obesidade, entre outras), Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

⁵ As políticas prioritárias são: Atenção Básica; Articulação Interfederativa, Regionalização.

- f) Os responsáveis das instituições por submeter o relato da experiência deverão inserir no tópico “Autorização da instituição” o documento digitalizado em formatopdf (**Ver Anexo I Termo de Compromisso da Convocatória**). A autorização é de extrema importância para a viabilização do acompanhamento das experiências selecionadas e posterior publicação. Ela deve conter a **assinatura do gestor ou setor responsável na instituição** por viabilizar o trabalho de campo da pesquisa com as experiências selecionadas. **A não inclusão do documento inviabiliza a continuidade do processo de inscrição.**
- g) Todos os autores responsáveis (no máximo 6 autores) pelo relato da experiência deverão inserir no tópico “autorização dos autores do relato da experiência”o documento digitalizado em formatopdf (**Ver Anexo II Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**). A autorização é individual e deve ser preenchida e anexada por todos os autores. Essa deve conter a **assinatura do autor** para viabilizar a participação na pesquisa. **A não inclusão do documento inviabiliza a continuidade do processo de inscrição.**

5.3 Apresentação dos relatos

Para submeter o relato de experiência de apoio você deve:

- a) Preencher o questionário de apoiadores;
- b) Preencher os dados relativos à identificação da instituição e caracterização da experiência;
- c) Anexar a “autorização da instituição” para publicação dos relatos e acompanhamento da experiência pela equipe de pesquisadores;
- d) Anexar a “autorização dos autores do relato de experiência” para a participação na pesquisa.
- e) Preencher os campos relativos ao detalhamento da experiência;
- f) Finalizar e enviar.

As experiências deverão ser relatadas em formulário específico alocado no site www.lappis.org.br.

6. SELEÇÃO

As experiências de apoio inscritas serão sistematizadas por protocolo de produção de conhecimento e selecionadas em conformidade com os critérios estipulados pela comissão científica do LAPPIS, em um prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data limite para recebimento.

6.1 Os critérios de seleção são:

- Experiências que tenham relação com instituição, pública ou privada, que presta serviços para o SUS;
- Experiências que estejam relacionadas, diretamente ou indiretamente, a pelo menos uma das áreas programáticas estratégicas do DAPES/SAS/MS (Política Nacional de Humanização, Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde do Homem, Saúde Mental e Saúde Prisional) ou a pelo menos uma das redes temáticas (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência) e/ou a políticas prioritárias (Atenção Básica; Articulação Interfederativa, Regionalização).
- Experiências que atendam aos critérios de inscrição e aos tópicos sugeridos para a apresentação da experiência de apoio institucional.

6.2 Seleção e prazos

Serão selecionadas no mínimo **5 (cinco)** e no máximo **10 (dez)** propostas entre as inscritas para pesquisa de campo, garantindo-se a representação das cinco regiões do país (com no mínimo uma experiência por região).

O resultado final da seleção das experiências apresentadas será divulgado no site institucional do LAPPIS (www.lappis.org.br) no dia **13/05/2013**.

6.3 Experiências selecionadas para acompanhamento

As **experiências selecionadas** serão visitadas pelo grupo de pesquisadores para a realização do trabalho de campo, no qual serão utilizadas técnicas de coleta, registro e análise de dados qualitativos.

Os responsáveis (técnico e institucional) se comprometerão a facilitar tanto o acesso às informações necessárias quanto à comunicação com a instituição selecionada para pleno êxito das atividades da pesquisa. Dessa forma, é fundamental a **autorização da instituição** solicitada na inscrição.

Os relatos aprovados, mas não selecionados para acompanhamento, serão publicados em uma coletânea, como estratégia de publicização e compartilhamento de experiências de apoio institucional e seus efeitos no SUS. As informações sobre as publicações serão enviadas posteriormente para os autores.

6.4 Casos omissos

Os casos omissos serão avaliados pela comissão de seleção.

7. PESQUISA (Protocolo de produção de conhecimento e observação científica)

Os relatos selecionados, submetidos à sistematização por protocolo de produção de conhecimento e observação científica, comporão o conjunto das experiências a serem estudadas por um grupo de pesquisadores do LAPPIS, mediante a realização de uma pesquisa de caráter exploratório criada especificamente para este fim.

A pesquisa tem como objetivo aprofundar as questões relacionadas aos eixos supracitados a fim de subsidiar a produção de conhecimento acerca das práticas e das experiências de apoio articuladas à integralidade em saúde.

No que concerne ao acompanhamento, serão realizados relatórios técnicos com os resultados parciais e final, e que serão apresentados em seminários ou reuniões técnicas a serem organizadas, conjuntamente, pelo LAPPIS e pelo DAPES, sempre reunindo o maior número possível de experiências mobilizadas por essa convocatória e pelos processos de apoio ao DAPES no Projeto “Áreas Programáticas Estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”.

A sistematização desses resultados será a principal fonte para a documentação científica inédita de teorização sobre as experiências de apoio e sua articulação com as áreas programáticas no que concerne à garantia do direito à saúde e à integralidade do cuidado, mediante a publicação de livro, artigos e coletânea própria, considerando as experiências selecionadas.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ao participar dessa convocatória, a instituição responsável pela experiência se compromete em:

- Estar em plena concordância com as exigências desta convocatória e aceitar o Termo de Compromisso da Convocatória (anexo I);
- Fornecer qualquer informação complementar solicitada pela comissão do LAPPIS às experiências inscritas e que se considere importante para seleção e/ou para a pesquisa;

Esclarecimentos e informações adicionais acerca do conteúdo desta convocatória podem ser obtidos no sítio eletrônico www.lappis.org.br ou pelo e-mail lappis.sus@ims.uerj.br.

Será considerado elegível o relato submetido até a data limite de entrega.

Anexo 2

Experiências inscritas na convocatória para relato de experiências de apoio institucional- LAPPIS/DAPES/MS

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
Ações do apoiador de Atenção Básica no município de Juazeiro-BA: um relato de experiência	<ul style="list-style-type: none"> Tatiane Malta dos Santos Simone Fretre de Carvalho Aretha Cavalahe de Souza Marilda Souto Guarani Thiago Sena de Miranda Maria Amélia Gonçalves Carreiro 	Secretaria Municipal de saúde de Juazeiro	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de implementação e integração de redes temáticas (áreas do DAPES e/ou outras) ligadas às instâncias gestoras ou entes federados, universidades, movimentos sociais e outros.	Não	BA
Apoio institucional no Processo de Formação-Intervenção no Contexto da Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Fernanda Steffen Culu Simone Mainieri Paulon Ricardo Burg Ceccim 	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Implementação e Integração de Redes Temáticas (Áreas do DAPES e/ou Outras) Ligadas às Instâncias Gestoras ou Serviços do SUS na Interface com Entes Federados, Universidades, Movimentos Sociais e Outros.	Não	RS
O apoio institucional à cogestão limites e desafios para uma gestão colegiada	<ul style="list-style-type: none"> Emilia Alves De Sousa Anatália Meneses De Amorim Gomes Tereza Cristina Reis Assunção 	-Secretaria Estadual de Saúde -Hospital Gentílio Vargas - Ministério da Saúde	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de implementação e integração de redes temáticas (áreas do DAPES e/ou outras) ligadas às instâncias gestoras ou serviços do SUS na interface com entes federados, universidades, movimentos sociais e outros.	Processos e metodologias transversais, multiprofissionais na formação e gestão em saúde	PI

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
O Apoio como Estratégia de Coletivos de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Luciany Gabriel de Souza Borges Geraldo Marcos Ramos de Souza Caia Renata Fucci Rafael Dias Valencio Victor Johnne Freitas Pacheco 	<ul style="list-style-type: none"> Prefeitura Municipal de Cariacica – ES -Universidade Federal do ES Depto de Psicologia -PNH 	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Gestão Das Políticas de Saúde do Território: Constituição de Espaços Coletivos de Discussão, Decisão e Avaliação; Análise de Contexto (Modos de Gestão, Processos de Trabalho para o Cuidado), Problemática do Papel do Apoio Institucional.	Redes sociais de cidadão	ES
O Colegiado Gestor e a Micropolítica do Apoio Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Wallace De Lima Ribeiro Janildes Inácio Dos Santos 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Universitário Cassiano Antonio De Moraes/ HUCAM/ UFES 	Integração da Rede de gestão e serviços de saúde	Arranjos Decisórios	Experiências de Constituição e Fortalecimento de Espaços Públicos de Negociação, Formulação, Intervenção, Avaliação (Colegiados, Fóruns, Conselhos de Saúde, Conselhos Participativos Setoriais e Intersetoriais, Grupos de Trabalho, Mesas de Negociação, Comitês Gestores, Cib etc.).	Permeabilidade ao Usuário	ES
Projeto Apoiadores Regionais COSEMS-RJ: apoio institucional às gestões municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro.	<ul style="list-style-type: none"> Moacyr Torres Junior Ana Claudia Marinho Cardoso 	COSEMS-RJ	Integração da rede de gestão e serviços de saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de implementação e integração de redes temáticas (áreas do DAPES e/ou outras) ligadas às instâncias gestoras ou serviços do SUS na interface com entes federados, universidades, movimentos sociais e outros.	Não	RJ

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
A Vista Aberta como dispositivo de humanização	<ul style="list-style-type: none"> Noelli Vairo 	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes/ HUCAM/ UFES SES-ES	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Permeabilidade ao Usuário	Experiências de articulação no território de Diretrizes das Políticas Públicas de Saúde de Acordo com os Contextos Locais Considerando a Permeabilidade do Usuário aos Serviços de Saúde	Redes Sociais de Cuidado	ES
A Trama Não se Tece Sozinha: a constituição de espaços de articulação para a superação do isolamento	<ul style="list-style-type: none"> Mônica Vilchez da Silva Maria Teresa Luz Eid da Silva Bruna Tafo Cristiane Ribeiro 	Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRSIII SES-SP	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de cogeção das Políticas de Saúde do Território: Constituição de Espaços Coletivos de Discussão, decisão e avaliação; análise de contexto (Modos de Gestão, processos de trabalho para o cuidado), Problemática do papel do Apoio Institucional.	Processos E Metodologias Transversais, Multiprofissionais na formação e gestão em saúde	SP
Agente mirim no combate à dengue	<ul style="list-style-type: none"> Eliane Soares de Oliveira Pultrini Sérgio Aparecido Batista 	Secretaria Municipal de Saúde de Fernão Secretaria Municipal de Educação de Fernão Centro de Educação Ambiental de Garça	Integração dos saberes e práticas	Sabedoria prática (saberes científicos e os populares)	Experiências de cenários de aprendizagem/formação ampliados com o desenvolvimento de trabalhos educativos e assistenciais junto a grupos sociais locais (famílias, bairros, grupos sociais, coletividades culturais urbanas e rurais, associações, etc.).	Não	SP

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
Apio em Maragogi-AL	<ul style="list-style-type: none"> Ducy Lily Joazeiro De Farias Costa 	Secretaria Municipal de Maragogi	Integração dos Saberes e Práticas	Processos e Metodologias Transversais, Multiprofissionais na Formação e Gestão em Saúde	Experiências de construção de Metodologias de Trabalho coletivo em Parceria com Instituições Jurídicas (Defensoria, Ministério Público, Judiciário) e/ou segmentos da sociedade Civil (Associações Comunitárias e Religiosas, ONGs, entre Outros)	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	AL
Apio em Rede Virtual: a RedehumanizaSUS Conectando Possibilidades	<ul style="list-style-type: none"> Sabrina Helena Ferigato Rejane Guedes Pedroza Maria Luiza Sardenberg Patrícia de Souza Campos Silva Daniela de Carvalho Matieló 	PNH/MS	Integração dos saberes e práticas	Mediações no Trabalho em Saúde	Experiências de constituição e/ou participação de redes sociais de cuidado com foco no fortalecimento da dimensão pública das políticas, considerando: saberes e práticas das comunidades; saberes e práticas do coletivo de trabalhadores.	Redes Sociais de Cuidado	
A Dor e o Prazer de Coordenar um Grupo de Trabalho em HumanizaSUS	<ul style="list-style-type: none"> Sueli Canedo Borges Rodrigues 	Hospital Regional de Araguaína-TO SES-TO	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Implementação e Integração de Redes Temáticas (Áreas do Dapes e/ou Outras) Ligadas às Instâncias Gestoras ou Serviços do SUS na Interface com Entes Federados, Universidades, Movimentos Sociais e Outros.	Mediações no trabalho em saúde	TO

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estrado
O Apoio Institucional no Município de Vitória-ES	<ul style="list-style-type: none"> Eida Maria Borges 	SMS-Vitória UNICAMP PNH	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Implementação e Integração de Redes Temáticas (Áreas do Dapes e/ou Outras) Ligadas às Instâncias Gestoras ou Serviços do SUS na Interface com Entes Federados, Universidades, Movimentos Sociais e Outros.	Mediações no Trabalho em Saúde	ES
Entre o Real e o Possível: tecendo a RAPS que Desajamos a Partir da Saúde Mental que Temos	<ul style="list-style-type: none"> Alana de Paiva Nogueira Forneretto Gozzi Mary Cristina Ribeiro Lacorte Ramos Maria Teresa Luz Eid Da Silva 	Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRSIII SES-SP	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Implementação e Integração de Redes Temáticas (Áreas do Dapes e/ou Outras) Ligadas às Instâncias Gestoras ou Serviços do SUS na Interface com Entes Federados, Universidades, Movimentos Sociais e Outros.	Mediações no Trabalho em Saúde	SP
Apoio para Formação de Redes de Saúde em Palmeira das Missões e Na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde-RS	<ul style="list-style-type: none"> Liane Beatriz Righi Andressa Magalhães Flores Yolanda Rufino Condoorimay Tacci Cristiane Moraes da Silva Denize Rejane da Silva Matfálda Vera Marcia Lehnen Lima 	Universidade Federal de Santa Maria PNH/MS SMS Palmeira das Missões	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Implementação e Integração de Redes Temáticas (Áreas do Dapes e/ou Outras) Ligadas às Instâncias Gestoras ou Serviços do SUS na Interface com Entes Federados, Universidades, Movimentos Sociais e Outros.	Processos e Metodologias Transversais, Multiprofissionais na Formação e Gestão em Saúde	RS

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
A Vivência do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC	<ul style="list-style-type: none"> • Adónidas Feitosa Rodrigues Junior • Domisy de Araújo Vieira Anute • Érica Fabíola de Araújo da Silva Faria • Eucinete Ferreira De Lima • Márcia de Aguiar Corsini Mora • Raíaela Chagas Pereira de Carvalho 	SMS Rio Branco	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Gestão das Políticas de Saúde do Território; Constituição de Espaços Coletivos de Discussão, Decisão e Avaliação; Análise de Contexto (Modos de Gestão, Processos de Trabalho para o Cuidado), Problemática do Papel do Apoio Institucional.	Mediações no Trabalho em Saúde	AC
Oficinas do Hospital Giselda Trigueiro na RAPS: Apoio para Clínica Ampliada em Rede Integrada.	<ul style="list-style-type: none"> • Shirley Monteiro De Melo • Vercelia de Moura Moraes Freire Oliveira • Milena Maria Costa Martins • Maria do Socorro Pereira Cipriano • Zelia Moura Rocha de Sousa 	Hospital Giselda Trigueiro CAPSAD - Leste Hospital Joao Machado SES-RN	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Implementação e Integração de Redes Temáticas (Áreas do Dapes e/ou Outras) Ligadas às Instâncias Gestoras ou Serviços do SUS na Interface com Entes Federados, Universidades, Movimentos sociais e Outros.	Processos e Metodologias Transversais, Multiprofissionais na Formação e Gestão em Saúde	RN

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
Programa: "Acolhimento, Vínculo e Responsabilização"	<ul style="list-style-type: none"> Marley Carvalho Feitosa Marrins 	SES-CE	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de Implementação e Integração de Redes Temáticas (Áreas do Dapes e/ou Outras) Ligadas às Instâncias Gestoras ou Entes Federados, Universidades, Movimentos Sociais e Outros.	Arranjos Decisórios	CE
Nascer com Equidade Construindo Redes de Cidadania	<ul style="list-style-type: none"> Mary Cristina Ribeiro Lacorte Ramos Pinto 	Departamento Regional de Saúde III – Araraquara-SP SES-SP	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências De Parcerias E De Apoio Aos Movimentos Sociais, As Redes Comunitárias E As Instituições Jurídicas (Defensoria, Ministério Público, Judiciário) E/Ou Segmentos Da Sociedade Civil (Associações Comunitárias E Religiosas, ONGs, Entre Outros) Para A Organização Do Cuidado No SUS	Não	SP
O Apoio Institucional no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes- HUCAM/UFES	<ul style="list-style-type: none"> Janildes Início Dos Santos 	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes- HUCAM/UFES	Integração da rede de gestão e serviços de saúde	Processo de gestão e relações institucionais e interinstitucionais	Experiências de Implementação E Integração De Redes Temáticas (Áreas Do Dapes E/Ou Outras) Ligadas Às Instâncias Gestoras Ou Serviços Do SUS Na Interface Com Entes Federados, Universidades, Movimentos Sociais e Outros.	Não	ES

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Residente: estratégia de aprimoramento do ensino, oportunidade de pesquisa em educação e de cuidado de quem cuida	<ul style="list-style-type: none"> • Denise Herdy Afonso • Daniela Tavares Pimenta • Leticia Virginia Rodrigues da Silva • Samira Meletri da Silva Goulart • Daniela Sobrino Dieguez • Cristiana da Silveira Brasil e Fernandes 	Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Coordenadoria de Desen. Acadêmico	Integração dos Saberes e Práticas	Formação, Pesquisa e Extensão para Ampliação da Clínica.	Experiências de Ensino, Pesquisa e Extensão que Contemplem a Multiprofissionalidade / Transdisciplinaridade, com Foco na Construção / Participação, na Diversificação de Cenários de Ensino-Aprendizagem nos Níveis de Graduação e Pós-Graduação, com Destaque para Atualização, Aprimoramento / Aperfeiçoamento, Residência, Pet/Pró-Saúde, Estágio e Cursos Regulares.	Não	RJ
Roda de conversa: a busca da integralidade para o empoderamento do cidadão com doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> • Juliana Virginia Gomes Carvalho • Thamara Copetti Pavim 	Sec. Mun. Guarani das Missões-RS	Integração dos Saberes e Práticas	Redes Sociais de Cuidado	Experiências de Construção De Metodologias de Trabalho Coletivo em Parceria com Instituições Jurídicas (Defensoria, Ministério Público, Judiciário) e/ou Segmentos da Sociedade Civil (Associações Comunitárias e Religiosas, ONGS, entre outros).	Permeabilidade ao Usuário	RS

Título	Autores	Instituições	Eixo temático	Campo de Ação	Ação	Relação com outro eixo	Estado
Apoio em Santa Maria-RS: Formação de Redes Produtoras de Saúde Após o Desastre da Boste Kiss	<ul style="list-style-type: none"> Carine Bianca Ferreira Nicod Liane Beatriz Righi Ana Paula Seerig Angela Meinke Melo Manoela Fonseca Lüdtker Maria Fernanda Cruz Penkát Dias 	SMS Santa Maria	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Redes Sociais de Cuidado	Experiências de Articulação no Território de Diretrizes das Políticas Públicas de Saúde de acordo com os Contextos Locais, considerando a Continuidade do Cuidado.	Processos e Metodologias Transversais, Multiprofissionais na Formação e Gestão em Saúde	RS
O Apoio Institucional e a Implantação do CAPS da Cia do Recomeço	<ul style="list-style-type: none"> Douglas Casarotto de Oliveira Ana Cláudia Avila Morcelli Adriana Van Der Sand Juliane Henrich 	SMS Sta. Maria CAPSAd Cia do Recomeço	Integração dos Saberes e Práticas	Sabedoria Prática (Saberes Científicos e os Populares)	Experiências de Produção de Dispositivos de Articulação/ Ativação de Redes Visando à Garantia do Direito à Saúde pela Inclusão do Usuário	Redes sociais de cuidado	RS
Relato de experiência: Vivência multiprofissional Relacionada a um grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS	<ul style="list-style-type: none"> Juliana Beatriz Reckzeigel Liziane Da Silva Moreira Livia Helen Gimenez Ribas Mirela Massia Santífice Thamara Dias Goulart 	SMS Santa Maria	Integração da Rede de Gestão e Serviços de Saúde	Processo de Gestão e Relações Institucionais e Interinstitucionais	Experiências de implementação e integração de redes temáticas (áreas do DA PDS e/ou outras) ligadas às instâncias gestoras ou serviços do SUS na interface com entes federados, universidades, movimentos sociais e outros.	Processos e metodologias transversais, multiprofissionais na formação e gestão em saúde	RS
Recepção Humanizada Para Emergência Referenciada: o Procape Atendendo Melhor	<ul style="list-style-type: none"> Sandra Rosa Vespasiano Borges Casiana Terruliano Chalegre Milca Valmerica 	Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco	Integração dos Saberes E Práticas	Processos e Metodologias Transversais, Multiprofissionais na Formação e Gestão em Saúde	Experiências de ensino/processos de formação que possibilitem ações articuladas com outros setores envolvidos com a produção de saúde.	Não	PE

Anexo 3

Relação das experiências de apoio institucional selecionadas na convocatória e datas de sistematização

Titulo da Experiência	Cidade / Região	Período	Pesquisadores e bolsistas de Iniciação científica responsáveis
A vivência multiprofissional relacionada a um grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS	Santa Maria- Região Sul	01/12 a 04/12/2013	Fabio Hebert, Maria Elizabeth Barros, Ruani Machado
Apoio para formação de redes de saúde em Palmeira das Missões e na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde-RS	15ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS / Palmeira das Missões/Sul	30/10 a 01/11/2013	Fabio Hebert, Maria Elizabeth Barros, Tairine Mendonça
O Apoio Institucional no município de Vitória-ES	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES / Sudeste	08 a 11/10/2013	Gilson Saraiva Saippa, Tatiana Coelho Lopes e Graziely Nunes Moço
O Apoio como estratégia de coletivos de trabalho	Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica-ES / UFES/ Sudeste	26 a 29/11/2013	Aluisio Gomes Silva Junior, Tatiana Coelho Lopes e Camila Porto

Título da Experiência	Cidade / Região	Período	Pesquisadores e bolsistas de Iniciação científica responsáveis
Projeto Apoiadores Regionais COSEMS-RJ: apoio institucional às gestões municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro / Sudeste	28 e 29/11/2013	Elizabeth Barros e Lilian Koifman, Roberta Santana Leonardo
Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da saúde mental que temos	Araraquara-SP	10 a 14/11/2013	Janaína Mariano César, Raphaella Fagundes Daros, Matheus Neto Peixoto.
A vivência do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC	Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC / Norte	28/10 a 01/11/2013	Janaína Mariano César, Raphaella Fagundes Daros, Gabriel Velloso.
A dor e o prazer de coordenar um grupo de trabalho HumanizaSUS	Hospital Regional de Araguaína-TO / Norte	26 a 30/08/2013	Fabio Hebert da Silva e Tatiana Coelho Lopes
Programa: "Acolhimento, Vínculo e Responsabilização"	Secretaria Estadual de Saúde – Fortaleza-CE	24 a 29/11/2013	Rafael Silveira Gomes, Raphaella Fagundes Daros, Marcia Borges Henrique
Oficinas Hospital Giselda Trigueiro na RAPS: Apoio para Clínica Ampliada em rede integrada	Hospital Giselda Trigueiro – Natal-RN / Nordeste	21 a 25/10/13	Rafael Gomes, Janaína Mariano César, Renata Silva Alves
Apoio em rede virtual: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades	Grupo de Editores da Rede Humanizatus	06 e 07/12/2013	Rafael Gomes

Anexo 4

Cadastro de apoiadores Janeiro 2012

A. Dados Pessoais.

A1. Qual o seu nome? (**digite seu nome completo por extenso**)

_____.

A2. Qual o seu sexo?

1. Feminino
2. Masculino

A3. Qual é sua data de nascimento?

____/____/____.

A4. Qual o CEP do seu domicílio?

_____ - _____.

A5. Qual o seu e-mail de correspondência?

_____.

A6. Queremos conhecer sua formação acadêmica.

Ensino fundamental	1.Sim 2. Não		
Ensino médio	1.Sim 2. Não		
Ensino médio/Técnico	1.Sim 2. Não	Qual(ais) curso(s)?	
Graduação	1.Sim 2. Não	Qual?	Em que estado?
		Qual?	Em que estado?
		Qual?	Em que estado?
Especialização	1.Sim 2. Não	Qual(ais) curso(s)?	
Residência multiprofissional	1.Sim 2. Não		Em que estado?
Residência na Área da Saúde	1.Sim 2. Não	Especifique qual Área	Em que estado?
Residência em Banco de dados	1.Sim 2. Não		Em que estado?
Mestrado	1.Sim 2. Não	Em que área? (<i>Ciências Agrárias, Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Exatas e da Terra, Ciências Humanas, Ciências Sociais e Aplicadas, Engenharias, Lingüística, Letras e Arte</i>)	Em que estado?
Doutorado	1.Sim 2. Não	Em que área? (<i>Ciências Agrárias, Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Exatas e da Terra, Ciências Humanas, Ciências Sociais e Aplicadas, Engenharias, Lingüística, Letras e Arte</i>)	Em que estado?
Outro(s). Qual(is)?			

A7. Você possui vínculo formal com qual(is) instituição(ões)? (Você pode assinalar mais de uma opção)

1. Ministério da Saúde
2. Secretaria Estadual de Saúde
3. Secretaria Municipal de Saúde

4. Consórcio Intermunicipal de Saúde
5. Organizações Sociais de Saúde (OSS)
6. Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)
7. Fundações Públicas de Direito Privado
8. Universidade
9. Escola Técnica
10. Outra(s). Qual(is)? _____.

B. Responda as perguntas a seguir pensando em **TODAS** as experiências de apoio que você realiza ou realizou.

B1. Quanto tempo de experiência como apoiador você possui em anos completos? (caso você possua menos de um ano completo, marcar 01) _____ ano(s)

B2. Responda as perguntas abaixo.

No seu trabalho atual (ou mais recente), você trabalha unicamente como apoiador?	1.Sim 2.Não
Você possui cargo de apoiador?	1.Sim 2.Não
Você considera importante receber uma remuneração adicional para exercer a atividade de apoiador?	1.Sim 2.Não
Você considera que o objeto do apoio está contemplado no exercício da sua função?	1.Sim 2.Não

B3. Qual a faixa de remuneração mensal que você recebe para exercer **SOMENTE** a função de apoiador?

1. NÃO recebo remuneração para exercer a função de apoiador
2. Menos de R\$ 600,00
3. De R\$ 601,00 até R\$ 1.200,00
4. De R\$ 1.201,00 até R\$ 1.800,00
5. De R\$ 1.801,00 até R\$ 2.400,00

6. De R\$ 2.401,00 até R\$ 3.000,00
7. De R\$ 3.001,00 até R\$ 3.600,00
8. De R\$ 3.601,00 até R\$ 4.200,00
9. De R\$ 4.201,00 até R\$ 4.800,00
10. De R\$ 4.801,00 até R\$ 5.400,00
11. De R\$ 5.401,00 até R\$ 6.000,00
12. De R\$ 6.001,00 até R\$ 6.600,00
13. De R\$ 6.601,00 até R\$ 7.200,00
14. De R\$ 7.201,00 até R\$ 7.800,00
15. De R\$ 7.801,00 até R\$ 8.400,00
16. De R\$ 8.401,00 até R\$ 9.000,00
17. Mais de R\$ 9.001,00

B4. Quantas horas por semana você se dedica SOMENTE a atividade de apoiador?

_____ hora(s)

B5. Em qual instituição você está vinculado para o exercício da função de apoiador? **(Assinale a instituição na qual está vinculado mesmo que não receba remuneração para exercer a função de apoiador).**

1. Ministério da Saúde
2. Secretaria Estadual de Saúde
3. Secretaria Municipal de Saúde
4. Consórcio Intermunicipal de Saúde
5. Organizações Sociais de Saúde (OSS)
6. Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)
7. Fundações Públicas de Direito Privado
8. Universidade
9. Outra(s). Qual(is)? _____.

B6. Do ponto de vista geográfico, onde você realiza a(s) atividade(s) de apoio? **(Pode marcar mais de uma opção)**

	Estadual.	Qual(is) estado(s)?
	Regional (Exemplo: Regional de Saúde do Vale do Paraíba, Região de Saúde Metropolitana, Região de Saúde Serrana, Região de Saúde Noroeste, entre outros).	Qual(is) região(ões)?
	Municipal.	Qual(is) município(s)?
	Consórcios Intermunicipais.	Qual(is) consórcio(s)?
	Outro(s).	Qual(is)?

B7. De onde surgiu a demanda para o apoio? **(Pode marcar mais de uma opção)**

1. Gestão Federal
2. Gestão Estadual
3. Gestão Municipal
4. Gestão local (serviços de saúde, regional de saúde, entre outros)
5. Conselhos
6. Movimento Social
7. Outro(s). Qual(is)? _____.

B8. Para o seu trabalho como apoiador existe alguma parceria institucional? Marque as instituições envolvidas na parceria. **(Você pode assinalar mais de uma opção)**

1. Ministério da Saúde
2. Secretaria Estadual de Saúde
3. Secretaria Municipal de Saúde
4. Consórcio Intermunicipal de Saúde
5. Organizações Sociais de Saúde (OSS)
6. Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)

7. Fundações Públicas de Direito Privado
8. Instituições jurídicas (Ministério Público, Tribunal de Justiça, entre outros)
9. Universidade
10. Escola Técnica
11. Outra(s). Qual(is)? _____.
12. NÃO existem parcerias institucionais no meu trabalho como apoiador.

B9. A função de apoio realizada tem relação com alguma rede temática? Qual? **(Você pode assinalar mais de uma opção)**

() Minha função como apoiador não tem relação com nenhuma rede temática.

Rede temática		Nível de atenção (Pode assinalar mais de uma opção)
Rede Cegonha	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas (Câncer, Obesidade, entre outras)	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Rede de Atenção às Urgências e Emergências	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Rede de Atenção Psicossocial	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão

Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Outra(s). Qual(is)?	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão

B10. A função de apoio realizada tem relação com alguma área programática do DAPES/MS? **(Você pode assinalar mais de uma opção)**
 () A função de apoiador realizada NÃO tem relação com áreas programáticas do DAPES/MS

Área programática		Nível de atenção (Pode assinalar mais de uma opção)
Política Nacional de Humanização	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Saúde do Adolescente e do Jovem	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Saúde da Criança	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Saúde do Idoso	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão

Saúde da Mulher	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Saúde da Pessoa com Deficiência	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Saúde do Homem	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Saúde Mental	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Saúde Prisional	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão
Outra(s). Qual(is)?	1.Sim 2.Não	1. Atenção Básica 2. Atenção Hospitalar 3. Atenção Especializada 4. Urgência e Emergência 5. Gestão

Agora, algumas perguntas sobre sua capacitação/formação e o trabalho que você realiza.

C1. Você possui algum tipo de formação/capacitação específica para exercer a função de apoio?

1. Sim
2. Não

C2. Você já participou de algum tipo de curso/formação/capacitação para trabalhar como apoiador? E quantas horas aproximadamente foram dedicadas a esses cursos/ formações/ capacitações?

		Quantos curso(s)/ formação(ções)/ capacitação(coes) realizou?	Qual o total de horas?
Curso Temático de Curta Duração	1.Sim 2.Não		
Curso de Atualização	1.Sim 2.Não		
Curso de Extensão	1.Sim 2.Não		
Curso de formação	1.Sim 2.Não		
Especialização	1.Sim 2.Não		
Mestrado Profissional	1.Sim 2.Não		
Mestrado Acadêmico	1.Sim 2.Não		
Doutorado	1.Sim 2.Não		
Curso de formação	1.Sim 2.Não		
Outro(s)	1.Sim 2.Não		

C3. Você participou de curso, formação ou capacitação relacionados a alguma rede temática? Qual (is)?

1. Rede Cegonha
2. Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas (Câncer, Obesidade, entre outras)
3. Rede de Atenção às Urgências e Emergências
4. Rede de Atenção Psicossocial
5. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
6. Outra(s). Qual(is)? _____.
7. NÃO participei de curso, formação ou capacitação relacionados a nenhuma rede temática.

C4. Em sua opinião, para que o trabalho seja realizado adequadamente, você depende de você mesmo ou depende de outras pessoas? **(Pode marcar mais de uma opção)** E como você considera a maioria desses contatos?

Depende de outros apoiadores	1.Sim 2.Não	1.Muito insatisfatórios 2.Insatisfatórios 3.Pouco satisfatório/razoável 4.Satisfatórios 5.Muito satisfatórios
Depende de outros profissionais	1.Sim 2.Não	1.Muito insatisfatórios 2.Insatisfatórios 3.Pouco satisfatório/razoável 4.Satisfatórios 5.Muito satisfatórios
Depende dos usuários (família, vizinhança, indivíduos, associação de moradores, entre outros)	1.Sim 2.Não	1.Muito insatisfatórios 2.Insatisfatórios 3.Pouco satisfatório/razoável 4.Satisfatórios 5.Muito satisfatórios
Depende dos gestores	1.Sim 2.Não	1.Muito insatisfatórios 2.Insatisfatórios 3.Pouco satisfatório/razoável 4.Satisfatórios 5.Muito satisfatórios
Depende somente de mim	1.Sim 2.Não	

C5. Você considera que o seu trabalho como apoiador contribui/contribuiu para ampliação da(o): **(Pode marcar mais de uma opção)**

1. Autonomia das pessoas
2. Capacidade das equipes resolver problemas
3. Capacidade resolutiva dos serviços
4. Integração das ações de saúde
5. Integralidade da atenção
6. Participação dos usuários
7. Redução do número de afastamento de trabalhadores por problemas de saúde
8. Regionalização dos serviços de saúde

9. Universalidade do acesso
10. Direito à saúde
11. Outro(s). Qual(is)? _____.
12. As ações NÃO contribuem para ampliação em nenhuma das alternativas anteriores.

C6. Assinale a opção que MELHOR define seu papel de apoiador no Sistema Único de Saúde.

1. Efetivador do direito à saúde do usuário
2. Fiscalizador dos recursos públicos de saúde
3. Implementador da política pública de saúde definida pelo Governo
4. Mediador social / articulador social
5. Outro(s). Qual(is)? _____.

C7. Dentre os itens abaixo, qual você identifica que é constitutivo para a efetivação da integralidade em saúde? **(Pode marcar até 3 itens)**

1. Ampliação do acesso aos serviços de saúde
2. Cumprimento da política pública de saúde
3. Humanização do atendimento
4. Participação do usuário
5. Práticas de gestão participativa
6. Outro(s). Qual(is)? _____.
7. NÃO identifico que os itens acima sejam constitutivos para a efetivação da integralidade em saúde.

C8. O seu trabalho cotidiano de apoiador tem relação com instituições jurídicas (Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros)? Como você avalia essa relação?

1. Avalio como MUITO INSATISFATÓRIA a relação do meu trabalho com as instituições jurídicas.
2. Avalio como INSATISFATÓRIA a relação do meu trabalho com as instituições jurídicas.

3. Avalio como RAZOÁVEL a relação do meu trabalho com as instituições jurídicas.
4. Avalio como SATISFATÓRIA a relação do meu trabalho com as instituições jurídicas.
5. Avalio como MUITO SATISFATÓRIA a relação do meu trabalho com as instituições jurídicas.
6. NÃO há relação entre as atividades de apoio e as instituições jurídicas

C9. Seu trabalho como apoiador gerou como efeitos e repercussões:
(Pode marcar até 3 itens)

1. Ações afirmativas (movimento negro, indígena, LGBT, mulheres, entre outros)
2. Corresponsabilidade
3. Dispositivo de inclusão de atores
4. Formação e pesquisa
5. Interação democrática dos atores
6. Reconhecimento
7. Respeito
8. Solidariedade
9. Visibilidade social
10. Outro(s). Qual(is)? _____.
11. Meu trabalho como apoiador NÃO gerou efeitos nem repercussões.

C10. Como você avalia a sua atuação na efetivação do direito à saúde?

1. Considero importante, mas não suficiente para a efetivação do direito à saúde
2. Minha atuação não possui relação direta com a efetivação do direito à saúde
3. Nunca pensei na relação entre minha atuação e a efetivação do direito à saúde
4. Considero satisfatória minha atuação

C11. Quais dispositivos você utiliza(ou) no seu cotidiano de trabalho como apoiador? **(Você pode assinalar mais de uma opção)**

1. Acolhimento com Classificação de Riscos
2. Câmara Técnica
3. Colegiado Gestor
4. Contrato de Gestão
5. Equipe de Referência e de Apoio Matricial
6. Grupo de Trabalho
7. Projetos Cogeridos de Ambiência
8. Projeto de Saúde Coletiva
9. Projeto Terapêutico Singular
10. Roda de Conversa
11. Sistemas de Escuta Qualificada para Usuários e Trabalhadores da Saúde: (gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, entre outros)
12. Visita Aberta e Direito à Acompanhante
13. Grupo condutor
14. Fóruns
15. Fluxograma analisador
16. Processos formativos
17. Atenção domiciliar
18. Outro(s). Qual(is)? _____.

C12. Há algum tipo de produção de memória do seu trabalho como apoiador? **(Você pode assinalar mais de uma opção)**

1. Anais
2. Ata
3. Áudio
4. Cadernos (apostilas) e Coletâneas
5. Cartilhas
6. “Diário de bordo” ou Diário de campo
7. Fotos

8. Livros
9. Outros documentos institucionais
10. Vídeos
11. Publicação em periódico
12. Outro(s). Qual(is)? _____.
13. NÃO existe produção de memória do meu trabalho como apoiador

C13. Caso seu trabalho dependa do USUÁRIO, indique o(s) ator (es) social (is) que você mais se relaciona(m) no seu cotidiano de apoiador. **(Você pode assinalar mais de uma opção)**

1. Associação de moradores
2. Defensoria pública
3. Família
4. Ministério público
5. Rede de apoio social (religiosas, comunitárias, portadores de patologias, entre outros)
6. Vizinhança
7. Conselhos
8. NÃO dependo do usuário para a realização das atividades de apoio.

C14. Os efeitos do seu trabalho como apoiador têm alguma repercussão? Em que tipo de mídia (jornal impresso/on line, rádio, TV, website, rede social)? **(Você pode assinalar mais de uma opção)**

1. Publicação das ações realizadas em informativo das instituições parceiras
2. Publicação de matérias ou entrevistas em jornais/ radio/ tv / websites
3. Publicação de website próprio/institucional sobre as ações
4. Veiculação de campanhas informativas
5. Veiculação de programas de rádio ou TV
6. Exibição de vídeos
7. Outro(s). Qual(is)? _____.
8. Meu trabalho como apoiador NÃO tem repercussão na mídia.

C15. Que tipo de repercussão a mídia tem sobre seu trabalho de apoiador? **(Você pode assinalar mais de uma opção)**

1. Ampliação do conhecimento dos usuários sobre o SUS
2. Resistência/ crítica dos usuários sobre os serviços prestados pelo SUS
3. Ampliação do conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre o SUS
4. Resistência/ crítica dos trabalhadores da saúde sobre os serviços prestados
5. Maior articulação dos apoiadores envolvidos
6. Desarticulação dos apoiadores envolvidos
7. Maior mobilização dos usuários em determinadas ações
8. Desmobilização dos usuários em determinadas ações
9. Facilita diálogo com gestores
10. Dificulta diálogo com gestores
11. Outro(s). Qual(is)? _____.
12. A repercussão na mídia NÃO afeta meu trabalho como apoiador.

C16. Qual uso você faz da mídia (jornal impresso/on line, rádio, TV, website, rede social) no seu trabalho como apoiador? 150 caracteres
() Não faço uso da mídia no meu trabalho.

C17. Se você tem interesse, reservamos esse espaço para você contar sua experiência.

Anexo 5

Para nos ajudar a conhecer o perfil dos profissionais que realizam atividades de apoio na gestão e serviços de saúde e construir estratégias de fortalecimento dessa iniciativa no âmbito do SUS, convidamos os apoiadores de todo território nacional, que atuam no SUS, a se cadastrarem nessa plataforma virtual.

Leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e **caso concorde marque a alternativa “aceito” e inicie seu cadastro.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando-o a participar da Pesquisa intitulada: *“Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”*, coordenada pela Professora Roseni Pinheiro do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) em parceria com o Departamento de Áreas Programáticas Estratégicas em Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS).

Um dos objetivos principais é conhecer a realidade nacional dos apoiadores dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. Caso aceite, você preencherá este formulário *on line* sobre sua atividade como apoiador da gestão/serviços de saúde.

Garantimos que todos os dados serão mantidos em sigilo e será garantido seu anonimato. Para isso, ao final do cadastro você passará

a ser identificado por um número de protocolo gerado pelo sistema e os seus dados não serão expostos individualmente, mas agrupados para análise o que não torna possível sua identificação. Apenas os pesquisadores terão acesso aos dados e os mesmos serão utilizados apenas para fins da pesquisa.

Este estudo ajudará a conhecer o perfil dos profissionais que realizam atividades de apoio nos serviços de saúde e ajudará a construir estratégias de fortalecimento dessa iniciativa no âmbito do SUS.

A sua participação é voluntária e não acarretará em nenhum custo para você. Qualquer dúvida você pode contatar a pesquisadora responsável no endereço e telefone abaixo, ou entrar em contato com a equipe de Pesquisa no seguinte endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br. Você pode se retirar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Nós garantiremos seu anonimato e a não utilização das suas informações.

Desde já agradecemos o seu aceite.

Atenciosamente,



Roseni Pinheiro

Coordenadora do LAPPIS – Mat. UERJ 34.660-1

Aprovação no CEP-IMS/UERJ

Home Page: www.lappis.org.br / Fone: (21) 2567-7086

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ
Pavilhão João Lyra Filho. Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.014 - bloco E – Maracanã,
Rio de Janeiro/RJ

Li e ACEITO participar da pesquisa.

Li e NÃO ACEITO participar da pesquisa.

Sobre os autores

Aluisio Gomes da Silva Junior – professor associado do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF; pesquisador líder do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde – GEGES/Laboratório Universitário de Planejamento e Administração em Saúde – LUPASaúde (GP-CNPq); pesquisador associado do LAPPIS/IMS-UERJ (GP-CNPq).

Fabio Hebert da Silva – psicólogo; mestre em Psicologia (UFF); doutor em Educação (UFES); professor do Departamento de Psicologia da UFF (Campos dos Goytacazes); professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (UFES); líder do Grupo de Pesquisa Transdisciplinaridade e Clínica (Diretório de Grupos do CNPq); pesquisador LAPPIS/IMS-UERJ.

Felipe Dutra Asensi - Pós-Doutorado em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FD/UERJ) em andamento. Doutor em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP/UERJ). Professor e Coordenador de Publicações da FGV DIREITO RIO. Pesquisador do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ).

Fernanda Sarturi - mestre em Enfermagem; professora na Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte/RS (UFSM/Cesnors) – Campus Palmeira das Missões.

Gilson Saippa de Oliveira - professor adjunto do Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia (FEF), Polo Universitário de Nova Friburgo- PUNF; pesquisador do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde – GEGES/Laboratório Universitário de Planejamento e Administração em Saúde – LUPASaúde (GP-CNPq) do Instituto de Saúde Coletiva da UFF; pesquisador associado do LAPPIS/IMS-UERJ(GP-CNPq).

Gustavo Nunes de Oliveira - professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília; doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; coordenador da pesquisa “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal”; coordenou a Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde entre 2011 e 2014.

Janaína Mariano César – psicóloga; mestre em Psicologia (UFF); doutora em Educação (UFES); integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividade e Políticas (NEPESP - DPSI/ UFES - Diretório de Grupos CNPq) no Programa de Formação e Investigação em Saúde e Trabalho docente (PFIST); pesquisadora LAPPIS/IMS-UERJ.

Janaína Rodrigues Cardoso - Graduada em Odontologia pela Fundação Universidade de Itaúna; especialista em Saúde Coletiva; especialista em Direito Sanitário; mestranda em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília. É apoiadora institucional do Ministério da Saúde, atuando nos temas: Apoio Institucional, Redes de Atenção a Saúde e Atenção Básica.

Jaqueline Rodrigues Robaina – psicóloga; doutora em Saúde coletiva pelo IMS-UERJ, na área de concentração em Epidemiologia.

Liamara Denise Ubessi - mestre em Educação; doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Liane Beatriz Righi - doutora em Saúde Coletiva; professora na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Lilian Koifman - professora associada do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF; pesquisadora líder do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde – GEGES/Laboratório Universitário de Planejamento e Administração em Saúde – LUPASaúde (GP-CNPq); pesquisadora associada do LAPPIS/IMS-UERJ (GP-CNPq).

Maria Elizabeth Barros de Barros – psicóloga; doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e pós-doutora em Saúde pública pela ENSP/Fiocruz; professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo.

Paula Giovana Furlan - professora adjunta do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília; doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; coordenadora da pesquisa “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal”.

Rafael Silveira Gomes – psicólogo; mestre em Ciências da Saúde; doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz; professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

Raphaella Daros – psicóloga; mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo; doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense.

Roseni Pinheiro - pós-doutora em Direito pelo Núcleo de Direitos Humanos da PUC-RIO, em parceria com a Università degli Studi Del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Itália; doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta no IMS-UERJ; coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPq LAPPIS.

Simone Mainieri Paulon – psicóloga; doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP); docente do PPG de Psicologia Social e do PPG de Saúde Coletiva da UFRGS; coordenadora do grupo INTERVIRES de Pesquisa-Intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede. Atuou como consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde entre 2006-2013, onde trabalhou como formadora e apoiadora de diferentes regiões do país, com ênfase na Região Sul.

Tatiana Coelho Lopes – fisioterapeuta; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; integrante da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman e do Programa Interinstitucional Incubadora da Integralidade do Hospital Sofia Feldman, em parceria com LAPPIS/IMS-UERJ.

