

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

Raquel Damasceno dos Santos

O APOIO INSTITUCIONAL E A DEMOCRATIZAÇÃO EM SAÚDE:
análise documental

Rio de Janeiro

2018

Raquel Damasceno dos Santos

O APOIO INSTITUCIONAL E A DEMOCRATIZAÇÃO EM SAÚDE:
análise documental

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

Orientador: Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S237a Santos, Raquel Damasceno dos
O apoio institucional e a democratização em
saúde: análise documental / Raquel Damasceno dos
Santos. - Rio de Janeiro, 2018.
117 f.

Orientadora: Felipe Rangel de Souza Machado

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2018.

1. Reforma Sanitária Brasileira. 2. Democratização.
3. Apoio Institucional. I. Machado, Felipe Rangel
de Souza. II. Título.

CDD 362.720981

Raquel Damasceno dos Santos

O APOIO INSTITUCIONAL E A DEMOCRATIZAÇÃO EM SAÚDE:
análise documental

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

Aprovada em 26/06/2018

BANCA EXAMINADORA

Dr. Felipe Rangel de Souza Machado (FIOCRUZ/ ENSP)

Dra. Danielle Ribeiro de Moraes (FIOCRUZ/EPSJV-ENSP)

Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira (FIOCRUZ/ENSP)

Para Laura, por sua vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos apoiadores que me ajudaram a compor a escrita dessa dissertação.

Ao Cesar pelo amor, pela caminhada.

À minha família: Minha mãe, Ana Damasceno, pela dedicação à saúde pública durante estes últimos 30 anos. Seu exemplo, para mim, serve de inspiração para um exercício de militância no SUS. À minha irmã Polyana Damasceno e avó materna Maura Maria, pela alegria contagiante. E ao meu cunhado Felipe Moraes, por sempre me incentivar.

À Francine Guizardi, primeira pessoa a me acolher nesta trajetória. Gratidão pelo incentivo aos primeiros passos nesse mestrado, abraçando minhas angústias e questões. Agradeço por ter conseguido me orientar até onde foi possível, com toda a delicadeza que lhe convém.

Ao Felipe Rangel, meu orientador, que me acolheu em um segundo momento na EPSJV. Pela destreza e paciência com relação às turbulências acadêmicas e maternas. Agradeço pelos desvios produzidos para uma nova escrita sobre o apoio.

À banca composta por Danielle Moraes, sempre tão gentil e humana em sua forma de acolher e transmitir conhecimento. E Adelyne Maria Mendes, que de igual forma contribuiu e incentivou para que a caminhada acadêmica continue.

À amiga Emanuelle Aguiar, por partilhar vida. Amiga que a UFF me deu, uma flor no meu caminho.

Ao LAPPIS, por ter permitido que essa pesquisa engrenasse.

À Micheli, mais do que secretária do Programa de pós-graduação, sempre esteve disponível para auxiliar nas questões burocráticas do mestrado, e além.

À Marluce Antelo, profissional que admiro desde os tempos do Ensino Técnico no Poli.

Às amigas do Extremo Norte: Cassiane, Gabriela, e Giuliane. Com elas a maternidade ficou mais potente, solidária e real.

À professora Marina Nolli, por me acolher na UNIFAP (Universidade Federal do Amapá). Sendo solícita nos mais variados aspectos da vida.

RESUMO

O estudo buscou analisar a percepção dos apoiadores, sobre seu trabalho, enquanto aposta estratégica de gestão que visa acionar novos arranjos institucionais em interface com os processos de democratização em seis territórios distintos. Realizamos a análise documental da II Oficina Metodológica elaborada e executada pelo Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), em parceria técnico-científica com o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2012. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem crítico-dialética, que aponta e discute os desafios e potencialidades inerentes ao processo de democratização em saúde. Identificamos que o apoio institucional tem como diretriz central a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, considerados seus papéis de interlocução e mediação entre os serviços, gestores de diferentes instâncias, usuários, e movimentos sociais. A seleção de fontes documentais e o levantamento da literatura revelam a pertinência do ideário da Reforma Sanitária (RSB), a democratização em saúde, compatível à função apoio. Contudo, são notórias as contradições inerentes ao sistema capitalista que rebatem sobre a plena realização de princípios e diretrizes das políticas de saúde, de modo a impedir uma gestão democrática que assegure a participação dos diferentes atores sociais, e o controle social da saúde como práticas sanitárias de todos os cidadãos. Concluimos que a realização da função apoio, enquanto estratégia de gestão, mostrou-se capaz de redirecionar a lógica gerencial hegemônica expressa pelo neotaylorismo, e alterar suas formas instituídas, como forma de radicalizar a democratização no âmbito da gestão, e formulação das políticas de saúde.

Palavras-chave: Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Democratização. Apoio institucional.

ABSTRACT

The study sought to analyze the perception of the supporters, about their work, as strategic bet of management that aims to trigger new institutional arrangements in interface with the processes of democratization in six different territories. We performed the documentary analysis of II Oficina Metodológica elaborated and executed by the Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), in a technical-scientific partnership with the Ministério da Saúde (MS), in the year of 2012. It is a research qualitative, with a critical-dialectic approach, that points out and discusses the challenges and potentialities inherent in the process of democratization in health. We identified institutional support as central to institutional democracy and the autonomy of the individuals, considering their roles of interlocution and mediation between services, managers of different instances, users, and social movements. The selection of documentary sources and the literature review reveal the pertinence of the Brazilian Sanitary Reform (RSB) ideology, the democratization in health, compatible with the support function. However, the inherent contradictions of the capitalist system are evident in the full realization of principles and directives of health policies, in order to prevent a democratic management that assures the participation of the different social actors, and the social control of health as sanitary practices of all citizens. We conclude that the realization of the support function, as a management strategy, was able to redirect the hegemonic managerial logic expressed by neotaylorism, and to change its established forms, as a way of radicalizing democratization within the scope of management, and formulation of health policies.

Keywords: Brazilian Sanitary Reform (RSB). Democratization. Institutional support.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo das orientações e informações sobre a operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS em relação a democratização.....	38
Quadro 2 - Funções do Apoio Institucional	54
Quadro 3 - Caracterização da Amostra: Apoiadores inseridos nos Serviços de Saúde.....	61
Quadro 4 - Resumo do desenvolvimento histórico da PNH em relação ao apoio institucional de 2003 a 2016	64
Quadro 5 - Atividades de integração entre Ensino, Pesquisa e Planejamento Estratégico do LAPPIS / Datas referentes à Observação Participante da bolsista no Eixo – Mapeamento e Convocatória.....	69
Quadro 6 – Consolidado do Grupo Focal do LAPPIS: Eixo x Perguntas abertas norteadoras	71
Quadro 7 - Matriz Analítica	73

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – DEMOCRACIA E SAÚDE: DESAFIOS TEÓRICOS E PRÁTICOS	19
1.1 A CONSTITUIÇÃO DO PROBLEMA	19
1.2 DEMOCRACIA EM SAÚDE – QUE DEMOCRACIA?	21
1.3 EIXO ESTRUTURANTE 1: GESTÃO DEMOCRÁTICA DA SAÚDE	35
1.4 EIXO ESTRUTURANTE 2: PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO	37
CAPÍTULO 2 – CONTEXTUALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL	41
2.1 ANÁLISE CRÍTICA DA REFORMA E UM OUTRO PARADIGMA PARA A GESTÃO	41
2.2 O APOIO INSTITUCIONAL	47
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	59
3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	59
3.2 COLETA DE DADOS	63
3.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE	66
3.4 CUIDADOS ÉTICOS	68
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS	68
3.6 ORGANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS: A CONSTRUÇÃO DA MATRIZ ANALÍTICA	70
CAPÍTULO 4 - PRÉ-ANÁLISE: SITUANDO OS DISCURSOS DOS APOIADORES NOS TERRITÓRIOS SELECIONADOS	74
1. CAMPINAS – SÃO PAULO	74
2. RIO BRANCO – ACRE	77
3. PALMEIRA DAS MISSÕES – RIO GRANDE DO SUL	78

4. JUAZEIRO – BAHIA	79
5. SALVADOR E CEARÁ	83
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE FINAL E RESULTADOS	86
MACRO CATEGORIA 1 – DESENHOS INSTITUCIONAIS.....	87
•Categoria Operatória 1: Planejamento	87
•Categoria operatória 2: inovação política (a customização)	92
MACRO CATEGORIA 2 – POROSIDADES.....	95
•Categoria Operatória 1: Participação Social	95
•Categoria Operatória 2: Coletivos Apoiados	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	111
ANEXO A - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BANCO DE DADOS.....	117

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação resulta da participação como bolsista na pesquisa “*Áreas Programáticas e direito à saúde: Construção da integralidade no contexto do apoio institucional*” impulsionada pelo LAPPIS¹, através de uma parceria tecno-científica com o Ministério da Saúde (MS), firmada no ano de 2012, cujo objetivo foi o de *realizar o mapeamento das experiências do apoio institucional*, como também, *cartografar e dialogar sobre a Integralidade e o direito à saúde*.

Antes de explorar o problema de pesquisa, considero importante apresentar ao leitor um breve histórico dos fluxos que antecederam meu ingresso no mestrado. Em 2002 ingressei no curso técnico de Gestão em Serviços de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Tal feito propiciou tanto o contato com docentes militantes da área Saúde Coletiva, quanto com leituras específicas de alguns textos como “Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim”, que apontavam outras formas de gerir em saúde. À época, muito se discutia sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), marco teórico-político para o sistema de saúde, cujas estratégias (princípios, métodos, diretrizes e dispositivos), apontavam como possibilidade a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de gestão.

A emergência da PNH, em grande parte influenciou a condução do curso técnico pelos docentes do curso, que na ocasião era coordenado pela professora Ana Lúcia Abrahão, orientanda do professor Gastão Wagner, teórico que será amplamente utilizado para tecer nossa escrita por ter formulado o apoio institucional. Ainda sobre o curso, vale destacar que os debates se voltavam para o desenvolvimento de metodologias em que o coletivo composto por trabalhadores, gestores e usuários, pudessem colocar em análise a forma como estavam organizados. Uma condição *sine qua non* enfatizada pela PNH, que à época despontava para radicalizar a importância da qualidade dos serviços ofertados aos usuários, da valorização do trabalhador, e do diálogo entre todos os sujeitos envolvidos, com vistas à democratização da saúde para a produção do comum.

Posteriormente, a graduação em Psicologia na Universidade Federal Fluminense (UFF), e cumprimento do estágio curricular na Rede de Saúde Mental do município de Niterói no Centro de Atenção Psicossocial Casa do Largo, trouxe como segunda oportunidade o aprendizado da

¹ O LAPPIS foi criado em 2000, e atualmente é composto por profissionais de diversas formações que contribuem para identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. O mesmo possui como tendência histórica, a integração entre ensino, pesquisa e extensão, os quais apontam para o princípio da Integralidade advindo do contexto político e social da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

escuta, ferramenta tão cara ao profissional psicólogo, como também a experimentação cidadã (ainda que estagiária), de envolvimento com questões e atividades institucionais em prol do direito à saúde, pelo viés da luta antimanicomial.

Após o período de estágio curricular, ainda na graduação, achei-me ao grupo de pesquisa coordenado pela professora Claudia Osório, pesquisadora da Psicologia do trabalho alinhada à Clínica da Atividade². O contato com esta pesquisa e linha teórica, voltada às ações práticas de intervenções junto aos técnicos de enfermagem no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), evidenciou uma dimensão inventiva no trabalho. Observei nas experiências a existência de improvisos, desconfortos, e adoecimentos disparados pela rotina de trabalho no ambulatório. Porém, para além do sofrimento frente ao sucateamento do serviço público, a não valorização do trabalhador, e o considerável número de afastamentos e licenças desses servidores pelo Departamento de Saúde do Trabalhador da UFF, era notável a potência de agir diante de tantos problemas institucionais. Recordo da capacidade dos técnicos para realização de análises singulares dos processos de trabalho, não reduzida apenas às dimensões do adoecimento ou do sofrimento. Havia inventividade, e reflexão sobre os processos de trabalho, quando cansados após o plantão, se reuniam para dialogar em roda, nos encontros do grupo de pesquisa.

Partindo das experimentações do percurso formativo resumidamente apresentado, que de alguma forma tinham como centralidade o *trabalho em saúde*, e mobilizada pela temática da democratização da saúde, retorno à EPSJV. Isto posto, enfatizo que o objetivo desta pesquisa busca relacionar a contribuição do apoio institucional e sua interface com a democratização, a partir da própria percepção do apoiador enquanto trabalhador da saúde. Também, busco ofertar ao leitor alguns questionamentos para juntos pensarmos o SUS que queremos, através de uma escrita que preza pela atuação inventiva e coletiva – Que esta seja compreendida de modo crítico e reflexivo por quantos lerem suas páginas!

² A Clínica da Atividade tem como proposta a transformação da psicologia do trabalho em uma psicologia dos trabalhadores. Segundo Osório (2010), “à Clínica da Atividade interessa compreender as relações entre o real e o realizado e em que condições a experiência vivida pode ser, ou vir a ser, um meio de viver outras experiências.” (OSÓRIO, 2010, p. 42).

INTRODUÇÃO

A questão da democratização da saúde - Onde está o problema? Ao analisarmos o histórico da saúde pública no Brasil notamos que para compreendê-la é preciso considerar como a concepção de saúde foi construída pela sociedade brasileira. Historicamente, por volta dos séculos XIX e início do XX os brasileiros contavam apenas com atendimentos de cunho filantrópico religioso, sem que com isso estivessem implicados com suas reais demandas, ou seja, aceitava-se de bom grado a caridade. Naquela época o Estado assumia apenas algumas ações de saúde de maneira esparsa, como campanhas de vacinação durante os surtos epidêmicos como, por exemplo, a vacinação nacional contra varíola, ou a realização do saneamento básico e outras intervenções urbanísticas, como a Reforma Pereira Passos iniciada em 1903. Além de intervenções focalizadas, imperava o modelo curativo e biologizante, em outras palavras, hospitalocêntrico que não se coadunava com a participação dos sujeitos nos processos decisórios, não havia a valorização dos saberes populares, a prevenção e a promoção da saúde, nem tão pouco se pensava na possibilidade do controle social pela população.

Isto posto, observa-se que a trajetória das Políticas Públicas de Saúde tem como marco a instituição do SUS nos anos 90. Estamos pontuando, neste momento, um divisor de águas iniciado por lutas sociais em meados dos anos 70, através do Movimento Sanitário durante o regime autoritário militar. Tratava-se de uma revolução paradigmática dos modos de se conceber a saúde, e que de certa forma significou uma superação contra a repressão instaurada. Assim sendo, os intelectuais orgânicos³ atuaram no sentido de ressignificar a concepção de saúde em detrimento daquela concepção vigente restrita à dimensão biológica e individual conforme mencionamos acima, principalmente no que diz respeito à sua relação com Estado. A saúde pública brasileira passou a carregar em sua história o protagonismo da luta pela democratização da saúde, apesar de muitos reveses.

Como expomos, um ponto crítico na construção do pensamento social brasileiro relacionado à saúde ocorre em meados dos anos 70, no qual se abriu o debate sobre a necessidade de redemocratização das políticas públicas em saúde, apesar da existência da ditadura militar. A

³ Pereira Junior, em sua tese intitulada “O Apoio Institucional no SUS: Os Dilemas da Integração Interfederativa e da Cogestão”, afirma a partir de Gramsci, que “profissionais de qualquer profissão com capacidade de criar e organizar a classe à qual pertencem organicamente” (PEREIRA JUNIOR, 2013, p. 37)

necessidade de redemocratização das políticas públicas ganhava força, e mesmo com dificuldades impostas pelos militares, o processo conseguiu avançar. A influência dos departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, a Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conformaram espaços fecundos para se gestar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Vale citar a singularidade do logram através da proposta da Medicina Integral e Comunitária a revolução paradigmática mencionada, como alternativa ao modelo biomédico dominante. Esta, centrava-se “em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde” (FLEURY, 1997, p. 13). Assim, entrou em curso o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, gestada no interior do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), cujo caráter contra hegemônico, leia-se de esquerda e de base teórico-metodológico marxista, trouxe questionamentos que visavam transcender o campo da saúde. Na verdade, propunha-se através da radicalização de padrões éticos e culturais uma reforma social e democrática do Estado.

Vale ressaltar que o ideário das lutas do movimento sanitário, pautado na concepção da democracia refletiu o esforço contra dualidades como, das ações de saúde durante o regime autoritário militar⁴. À época restritas à seletividade de serviços especializados de saúde destinados à elite, em detrimento da população mais carente, relegada aos poucos serviços de baixa complexidade e de péssima qualidade, calcado na concepção da assistência em saúde focalizada.

Ao longo da década de 80, ocorreram crises de naturezas diversas, que assolaram o país, em especial o problema do forte processo inflacionário e a crise da dívida externa brasileira. Neste contexto de necessidade de controle da inflação e reestruturação da dívida surge como panaceia econômica o Consenso de Washington com a implantação dos ideários neoliberais nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, através Este movimento ocorreu no final dos anos 80 e início dos anos 90.

O documento produzido pelos representantes dos países capitalistas centrais, e Banco Mundial no contexto de consolidação da política neoliberal no Consenso de Washington, era um conjunto de regras caracterizado principalmente por políticas de austeridade fiscal como: A focalização nos gastos essenciais (saúde, educação e segurança), processo de privatização, e

⁴ Para aprofundamento do assunto, indicamos a leitura da matéria publicada no site da EPSJV, intitulada: “Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura”. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

abertura da economia para o capital estrangeiro. Apenas os países que seguissem esse receituário proposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) teriam acesso a empréstimos para honrar a dívida externa, bem como renegociações de prazos e valores (GIAMBIAGI, 2010, p. 131-191).

Com a abertura democrática após longos 21 anos, algumas questões foram postas por movimentos sociais e outros setores da sociedade civil, tais como a necessária responsabilidade do Estado brasileiro na garantia do acesso e direito à saúde de modo universal, integral e igual a todos os cidadãos. A própria 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁵ realizada em 1986 aglutinou vários atores sociais e representou um marco histórico importante para a repolitização da saúde no Brasil. Na ocasião, apresentou-se o conceito ampliado de saúde baseado nos determinantes sociais do processo saúde/doença da população, e a saúde como direito universal dos cidadãos, como também a proposição da reforma administrativa e financeira do setor. Além disso:

Em setembro de 1986 a ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva onde, pela primeira vez, a questão da Constituinte foi debatida. Nesse congresso foi realizado um seminário sobre o tema e uma mesa redonda com a participação de representantes dos vários partidos políticos. Ao final do Congresso foi apresentada e aprovada uma proposta de texto, a título de subsídio para a Constituinte, cujo conteúdo foi extraído e derivado da forma mais fiel possível, das conclusões da 8ª Conferência. (NETO, 1997, p. 70).

Tal mobilização, conforme expressa o trecho acima, impulsionou algumas conquistas, especialmente a afirmação da participação social em resposta à permanência dos militares no poder. Estes, responsáveis pela continuidade do acúmulo de poder político, econômico e administrativo herdado dos governos que antecederam este trágico período da história política no Brasil.

Assim sendo, o Movimento da Reforma Sanitária foi responsável pela construção da ideia do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de instituí-lo como instrumento de garantia e acesso à saúde gratuita e de qualidade, como cumprimento do dever do Estado. Iniciou-se um longo processo de luta social, cujo protagonismo dos movimentos populares, partidos políticos e prefeituras com bandeiras progressistas, levou à aprovação do SUS, através da Constituição de 1988. Passados dois anos, ocorreu a instituição através da Lei Orgânica da Saúde 8080/90.

⁵ Tiveram participação importante “os partidos de esquerda, especialmente PT, PCB, PC do B, assim como as entidades tradicionais da área, como ABRASCO, CEBES e, de forma absolutamente significativa pelo seu reconhecimento social, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos; ao lado, e integrados com CUT, CGT E CONAM, além de dezenas de entidades de moradores, sindicais, profissionais e éticas de nível local e regional” (NETO, 1997, p. 78).

Tínhamos pela primeira vez uma definição sobre o conceito ampliado de saúde, transformado em texto constitucional.

[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1987, p. 4).

Desde a instituição do SUS aconteceram expressivas mudanças na assistência e operacionalização de práticas de atenção. Especialmente aquelas centradas na abordagem da Atenção Básica em Saúde (ABS), devido à extensão de sua cobertura. Exemplo disso, são as práticas inovadoras acionadas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), cujo complexo trabalho de promoção em saúde aponta para bons resultados nos indicadores de saúde em territórios⁶ em situação de extrema vulnerabilidade social. Afirmamos isso, baseando-nos no documento do Ministério da Saúde que analisou indicadores selecionados entre os anos de 1998-2005/2006, e ratificou que os “resultados, para além dos aspectos valorizados pela estratégia de integralidade, universalidade das ações de saúde, participação popular e controle social, demonstraram a sua efetividade em relação à conquista da equidade em saúde” (BRASIL, 2008, p. 7).

No entanto, historicamente a implantação de políticas de saúde do SUS aconteceram *pari passu* ao avanço do neoliberalismo nos anos 90, o que trouxe sérias implicações, pois propunha-se cortes às políticas públicas sociais centradas na proteção social. Como consequência imediata, o “brutal desfinanciamento da área de saúde [...] o que acarretou a deterioração progressiva da rede física e de pessoal dos serviços públicos de saúde” (FLEURY, 1997, p. 35). Isto se deveu à incorporação, no Brasil, dos ditames neoliberais que inevitavelmente refletiram sobre a implementação democrática do SUS. Atualmente, luta-se contra a “insistente reação à descentralização e as várias tentativas de reinterpretação dos princípios do SUS, num flagrante desrespeito à Constituição e à Lei” (NETO, p. 89, 1997).

⁶ A concepção de território que mais atende às necessidades de análise das ciências sociais e humanas é a sóciopolítica. Só é possível falar em demarcação ou delimitação em contextos nos quais exista uma pluralidade de agentes (NUNES, 2006). Portanto, a noção de território é decorrência da vida em sociedade, ou ainda, “os territórios [...] são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos” (SOUZA, 1995, p.87) [...] o território da saúde não é só físico ou geográfico: é o trabalho ou a localidade. “O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (CECCIM, 2005a, p. 983). Os territórios estruturam habitus, e não são simples e nem dependem de um simples ato de vontade sua transformação que inclui a luta pelo amplo direito à saúde. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

Quanto a isso, vale destacar o conflito de interesses entre os militantes da saúde pública e o setor privado de prestação de serviços permanente até nossos dias. O primeiro, “sempre teve a questão democrática como central, permitindo assim, um amplo arco de alianças” (FLEURY, 1997, p. 64). Já o segundo, defende a desestatização imediata da saúde pública, com interesse maior em parasitar o SUS, conforme afirma Martins (2013). Em suas palavras: “‘parasitar’ por subsídios e concessões”, conforme a “lógica oligárquica colonial atualizada pelo discurso neoliberal [...] na ‘perspectiva da concorrência de empresas privadas que convivem ao lado dos serviços públicos própria do liberalismo clássico” (MARTINS, 2013, p. 109).

Retomando os aspectos históricos do contexto brasileiro, Luz (2009), afirma que “quando se iniciou a década de 90, os ventos políticos sopraram a favor do neoliberalismo, com a eleição de Collor de Mello. Começava ali um processo de desmonte de políticas públicas” (LUZ, 2009, p. 22). Com o passar das décadas ocorreu a intensificação da malversação do dinheiro público, marcada pela ineficiência da gestão pública, manutenção da corrupção, e o excesso de burocracias em detrimento do interesse e compromisso público. *Mas, atualmente, o que advém do plano macropolítico e que invariavelmente rebate sobre o SUS?*

Em nível global a anunciação da crise global capitalista e suas desestabilizações no campo político e econômico. Especificamente no Brasil, findo o ciclo “lulista”, o qual fomentou conquistas significativas para o SUS como: maior proteção social e mais estratégias de combate à pobreza, ampliação de direitos e acesso aos serviços via políticas sociais compensatórias, a de se considerar que de Lula a Rousseff, o programa neoliberal moderado adotado pelo Partido dos Trabalhadores (PT), declinou após treze anos no poder.

Como efeito disso, a elite se descontentou e o povo saiu às ruas. Coincidentemente nesse mesmo período inicia nosso trabalho na pesquisa do LAPPIS. Isto nos fez atentar, que no âmbito da saúde, muitos avanços foram possíveis. Do ponto de vista da gestão do SUS, o Pacto pela saúde⁷, por exemplo, trouxe mudanças qualitativas importantes. Contudo, sobre a governança de Lula, Menicucci (2011), traz algumas considerações interessantes para refletirmos:

De modo geral, o Presidente cumpriu suas promessas de campanha, sendo malsucedido no Pacto em defesa do SUS. Mas problemas antigos permanecem, como as

⁷ O Pacto é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão do SUS, entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2018.

desigualdades nas condições de saúde e no acesso à atenção à saúde, decorrente da variação na oferta de serviços no território nacional associada à disponibilidade de recursos, e tendo como ponto de partida a desigualdade em relação ao tipo de cobertura (pública ou privada). (MENICUCCI, 2011, p. 531).

Assim sendo, é na brecha da relação de poder entre tais forças, que vislumbramos resistências. Para localizar o leitor, o recorte histórico de nossa pesquisa, e primeiro contato com os apoiadores, ocorreu conforme mencionamos acima, concomitante aos movimentos que eclodiram em diversas regiões brasileiras no ano de 2013. E, esse *pout pourri* de fatos não isolados que pipocaram pelo país, de protestos pelo passe livre, pela qualidade dos serviços, pela manipulação midiática e pela inconformidade relativa à truculência de um Estado extremamente violento em suas ações, nos levou a questionar, como no campo da saúde era possível operacionalizar algo referente à democratização, ainda que mergulhados dentro desse caos.

À época o apoio institucional possuía um tom transformador mesmo diante da instabilidade política potencializada pelos constantes protestos de massa ocorridos no mês de junho do mesmo ano. Revelava-se, ainda, como uma metodologia voltada à produção do novo: novos arranjos na saúde, novas reflexões sobre o que estava posto. Contudo, o que notamos, foi um espiral de fatos que abalaram significativamente o governo da presidenta Dilma Rousseff, e fatalmente ao que se tinha implementado através de seu governo, e do governo Lula. Rousseff chegou ao seu segundo mandato com baixa popularidade, no caso jamais recuperada. E assim, repetidamente a questão democrática se colocava para nós, chegando ao seu ápice no dia 31 de agosto de 2016, quando ocorreu o *impeachment* da presidenta. Neste mesmo ano, de modo ilegítimo, assumiu o governo seu vice Michel Temer.

Somada a essa labiríntica conjuntura, e à luz de Martins (2013), também percebemos que “o SUS não pode escapar dessa lógica de poder que não favorece a solidariedade cívica e democrática” (MARTINS, 2013, p. 109). Torna-se inevitável assinalar, que no caso do Brasil, o contexto patrimonialista e corruptivo, portanto, antidemocrático, potencializa a desigualdade e a exclusão social. Como efeito, tem-se o impedimento da plena efetivação dos direitos sociais no cotidiano dos cidadãos que procuram os serviços públicos. Especificamente no SUS, muitos outros problemas representativos do plano micropolítico emergem, e trazem como desafio a reconciliação entre a eficiência das políticas públicas, e a qualificação dos debates em torno da questão democrática da saúde, através de uma luta que seja capaz de aglutinar e mobilizar os diversos atores sociais contra o desmonte do SUS.

Dizemos isto, porque os protestos daquele ano revelavam a dificuldade por parte da sociedade, em entender qual é o seu fazer diante das políticas públicas sociais, e conseqüentemente aglutinar e lutar em prol da produção do comum, pelos dos direitos sociais. Protestava-se por tudo. Sem que se desse um nome aos reais problemas do país. Entendemos esta mobilização como uma insurgência contra os feitos e efeitos antidemocráticos, geradores de retrocessos políticos, repressão e violência que permeiam as diversas instituições da sociedade brasileira, e se materializam tanto pelo poder regulamentador do Estado através de suas ações, quanto pela desigual correlação entre as forças conservadoras e disruptoras (contra hegemônicas). Temática esta, que será melhor explorada no primeiro capítulo.

Portanto, sinalizamos ao leitor, que a implantação do SUS enquanto conquista civilizatória, não configura a implantação por decreto da Reforma Sanitária, ou significa a resolução dos problemas da saúde pública brasileira. Ao contrário, após quase trinta anos de implantação e implementação do SUS, alguns problemas persistem e não são poucos devido à conjuntura macroestrutural política e econômica, conforme descrevemos brevemente. Tais problemas rebatem sobre o campo micropolítico, através da persistência de modelos de gestão/atenção, que não se coadunam com os princípios e diretrizes do SUS. Fato este, que fere os direitos outrora conquistados, e ratifica a necessidade de uma postura crítica e contínua de “repolitização da saúde numa conjuntura que tende a banalizar o projeto da Reforma Sanitária” (PAIM, 1991, p.115 *apud* FLEURY, 1997, p. 16).

Em resumo, passamos a nos questionar sobre o que poderia operar o apoio institucional, através de sua prática, para democratização da saúde: *O apoio institucional favorece a democratização em saúde? Em que medida proporciona a ressonância dos anseios sociais? Quais as dificuldades ou possibilidades que esses profissionais encontram, condizentes ou não com a democratização em saúde?* Para dar conta de nossa tarefa e de tantos questionamentos, sem que com isso tenhamos respostas prontas e fechadas, traçamos como **objetivo geral analisar**, a partir da percepção dos apoiadores, como o apoio institucional enquanto aposta estratégica de gestão, aciona a democratização a partir de novos arranjos institucionais.

Buscamos através de nossos **objetivos específicos** *identificar* pontos divergentes e/ou desarmônicos entre o previsto e o que vem sendo realizado em cinco territórios do Brasil, e a partir disso, *compreender* como a atuação do apoio institucional tem potencializado tal processo.

Para tal, tecemos nossa escrita a partir das bases conceituais da Saúde Coletiva⁸, tomando-a como um fio condutor, por ser o campo teórico-prático cujo caráter científico e social está vinculado à luta pela democracia através do movimento da RSB.

Para ampliarmos nossa análise, consideramos fundamental revisitar alguns pontos da RSB, por compreendermos que sua emergência histórica traz à tona a questão da democratização, e fomenta todas as propostas de ações voltadas às rupturas com as estratégias hegemônicas, com foco na alteração de suas formas instituídas. Optamos por utilizar o termo democratização por melhor expressar a necessidade permanente de ampliação da própria democracia e dos espaços de participação. Entendemos dessa forma que a Democracia não existe numa forma pura e acabada.

Isto posto, esta dissertação foi estruturada em cinco capítulos. No *primeiro capítulo*, apresentamos os desafios teóricos e práticos do tema da democracia em saúde, e apresentamos os eixos temáticos estruturantes da RSB para o processo de transformação social iniciado com a transição democrática: A Gestão Democrática Participativa, e o Planejamento Participativo. A construção do capítulo se deu através de elementos teóricos sobre a questão democrática na saúde, pelo viés de luta e legados da RSB. Também o compõe, a contextualização do processo histórico brasileiro, no que tange a democratização e os impasses macro-estruturais, e seus rebatimentos sobre as políticas de saúde.

No *segundo capítulo*, apresentamos a emergência do apoio institucional, contextualizando-o a partir de sua institucionalização e inserção. E apresentamos a Política Nacional de Humanização como marco histórico que serviu de sustentação para sua implantação, além de uma breve análise crítica da Reforma.

No *terceiro capítulo*, apresentamos nossas considerações Teórico-Metodológicas, bem como nossa matriz analítica, seus eixos e suas categorias operatórias obtidas através do material analisado. No *quarto capítulo*, tecemos uma pré-análise do apoio realizados nos territórios selecionados. E, no *quinto capítulo*, apresentamos nossas análises e resultados. Para encerrar este processo de escrita, apresentamos ao leitor nossas *considerações finais*.

⁸ Conforme Camargo JR (2006), “A área de Saúde Coletiva no Brasil, e possivelmente na América Latina, tem um caráter mais abrangente do que o que apresenta na América do Norte ou Europa. Sob esta designação curricular, abrigam-se epidemiologistas, planejadores, gestores, profissionais das várias profissões da área assistencial da saúde, pesquisadores de várias tradições disciplinares nas Ciências Humanas. Essa multiplicidade de inserções e pontos de vista, por si só um indicador da vitalidade do campo, traz, contudo, uma responsabilidade ampliada. Por um lado, a multiplicidade e a diversidade demandam a precisão dos enunciados, para que o debate seja de fato possível. Por outro, este é um campo desde sempre militante.

CAPÍTULO 1 – DEMOCRACIA E SAÚDE: DESAFIOS TEÓRICOS E PRÁTICOS

1.1 A CONSTITUIÇÃO DO PROBLEMA

Ao longo dos séculos muitas definições sobre a democracia surgiram. Não faltam produções teóricas e conceituas que de algum modo servem de referência para se trabalhar esta temática. Temos atualmente em nível global, uma expressiva tensão entre capitalismo e democracia potencializada por uma crescente onda reacionária. No contexto brasileiro pós-golpe de 2016, a crise política e econômica relega nossa jovem democracia aos interesses do capital, e coloca em xeque os direitos outrora conquistados com a Constituição Federal de 1988. Como consequência, há o atrofiamento da mesma sob o aval político, ao dar prosseguimento a ações antipopulares instituídas pelos diferentes poderes como, por exemplo, alterações grosseiras relativas os direitos sociais conquistados.

Recentemente o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), durante o V Simpósio Nacional, concluiu que “os retrocessos no campo da saúde são imensos e difíceis de serem revertidos, desde o congelamento dos recursos por 20 anos, passando pelo desmonte de políticas e programas e pela destruição das bases das relações interfederativas”⁹. Tal clima de instabilidade marcado por avanços esparsos nos campos político, econômico e social nos faz refletir sobre o que realmente é possível operacionalizar nesse contexto “cuja intenção e cujo propósito parecem ser de deixar a saúde em terra arrasada” (Idem). Portanto, no geral o que queremos enfatizar é a luta pelo direito à saúde iniciado pela RBS, e sua manutenção no sentido do Estado democrático participativo, socialmente justo e igualitário.

Assim sendo, o presente capítulo tratará primeiramente de diferentes concepções sobre democracia a partir das observações de Sônia Fleury, levando-se em consideração a interface das relações entre Estado e sociedade, dado que a questão democrática da saúde e no Brasil, é um campo complexo demais para afirmarmos soluções a curto prazo, ou apresentarmos uma solução definitiva. Ao contrário, não temos a pretensão de esgotar o tema, mas correlacionar o presente com nosso passado recente, através de pontos elementares que nos servem de suporte para pensar o SUS. Para isto, faremos dois movimentos:

⁹ “Saúde é democracia: ontem, hoje e sempre”. Disponível em: Acesso em: 24 jan. 2018.

Primeiro movimento. Apresentamos brevemente algumas concepções sobre democracia, sem assegurar um “método” verdadeiro ou modelo definitivo. Pretendemos com isso ampliar o escopo de nossa investigação ao discorrer sobre as diferentes concepções democráticas em disputa, o que tornou inevitável a menção de períodos críticos da História do Brasil, que demonstram a íntima relação entre o processo político de democratização brasileiro, e o processo de luta pela democratização da saúde.

Segundo movimento. Traremos a concepção de democracia em saúde assumida pelo Movimento Sanitário, sobretudo pela emergência da Saúde Coletiva enquanto campo teórico-prático que sustenta o pensar e o fazer de nosso sistema de saúde.

1.2 DEMOCRACIA EM SAÚDE – QUE DEMOCRACIA?

Conforme Fleury (1997), “quando se fala em teoria da democracia seria mais próprio se falar em democracias, já que não existe democracia no singular, mas sim um conjunto diferenciado de concepções e mecanismos de governo” (FLEURY, 1997, p. 29). Para esta discussão é importante apresentar ao leitor, ainda que brevemente, diferentes perspectivas teóricas relativas à democracia, pois “tornar-se elementar clarificar de qual democracia estamos falando quando afirmamos que o movimento sanitário alcançou vincular saúde e democracia, através de sua prática teórica e social.” (idem). Neste caso, a teoria política nos ajuda a compreender algumas concepções.

Seu sentido etimológico refere-se ao regime político em que a soberania é exercida pelo povo. Especificamente, foi o filósofo Aristóteles (384 a.C - 322 a.C), que reconheceu a participação política como imperativo para o bom funcionamento da *pólis*. O filósofo define que “cidadão é, verdadeiramente, o que participa na vida política através de funções deliberativas” (ARISTÓTELES, 2007, p. 19). Por conseguinte, só encontramos a qualificação “cidadão”, de que fala Aristóteles, no regime democrático.

Nestes termos, apesar do grande conteúdo político abrigado na palavra democracia, nos valem, sem demora, do contexto de sociedades como a Grécia Antiga, por ser um marco na história da humanidade. Especificamente o modelo de organização política de Atenas, uma cidade-estado, que considerava a participação ativa do cidadão nas decisões da coletividade,

principalmente no que dizia respeito aos assuntos públicos de interesse comum. Ainda sobre a experiência grega, a filósofa Marilena Chauí afirma:

[...] criaram o espaço político ou espaço público – a assembleia grega -, no qual os que possuem direitos iguais de cidadania discutem suas opiniões, defendem seus interesses, deliberam em conjunto e decidem por meio do voto, podendo, também pelo voto, revogar uma decisão tomada. É esse o coração da invenção política. (CHAUÍ, 2000, p. 376).

Embora Chauí (2000), trate de um caso particular ou de um modo democrático singular de funcionar, a alusão à experiência grega nos permite entender que a democracia ateniense, enquanto invenção política, representou um período político de autogoverno popular na história da humanidade. Mesmo contendo muitas especificidades, tornou-se um paradigma tomado para reflexão apenas na Era Moderna, quando finda o feudalismo e eclodem as revoluções burguesas. A partir de então, ocorre a transição das cidades-estados para a unidade política centrada no Estado-nação.

Ao longo dos séculos, muitas correntes de pensamento independente de suas concepções políticas e ideológicas se debruçaram sobre as questões relativas ao regime democrático. Revelou-se uma grande arena de debates que nos exige reconhecer com delicadeza os diferentes cenários políticos onde a “democracia” está a ser proclamada, e quais sentidos atribuídos a este tipo de regime. Sem uma postura crítica incorremos em certezas dúbias, e diagnósticos prontos para presente, quiçá para o futuro.

É importante lançarmos alguns questionamentos, a fim de inquietar nosso leitor: Se democracia significou diferentes coisas em épocas diferentes, como poderemos concordar sobre o que ela significa hoje? Por que, afinal, a democracia é desejável? E quão democrática é a democracia nos países hoje chamados democráticos? Seu conceito é temporal? Como implementá-la? É possível dissociar seu sentido do contexto histórico ou das ações locais? O que significa aprofundar a democracia num país dito democrático? Se um país já é uma democracia, como ele poderá se tornar mais democrático?

Não nos propomos aqui a responder todas essas questões, elas servem apenas como guias analíticos para o percurso que estamos propondo. Segundo Robert Dahl “o rumo da história democrática mais parece a trilha de um viajante atravessando um deserto plano e quase interminável, quebrada por apenas alguns morrinhos, até finalmente iniciar a longa subida até sua altura no presente” (DAHL, 2011, p.19). Verificamos que Dahl (2011), ressalta que a

“democracia” apresenta um conjunto de significados e produz sentidos com grande potencial para organizar regimes e políticas, mas de modo alternativo, aberto, ou como o próprio autor denominada “interminável”. Complementa-se a esta perspectiva, a existência de “significados diferentes para povos diferentes em diferentes tempos e diferentes lugares” (DAHL, 2011, p. 13).

Seguindo a linha de raciocínio desse autor, e para ilustrar a problemática de sua definição, Dahl (2011), chama a atenção para uma crise global que afetou todas as formas de governo pelo mundo. O autor afirma que durante esta última metade do século XX, o mundo testemunhou uma extraordinária alteração política, sem precedentes. “Todas as principais alternativas para a democracia desapareceram, transformaram-se em sobreviventes excêntricos ou recuaram, para se abrigarem em seus últimos bastiões” (DAHL, 2011, p. 11).

O próprio *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, é um exemplo recente que demonstra a delicadeza, e a pertinência dos questionamentos feitos acima. Esse enquadre, nos faz pensar sobre como poderíamos instrumentalizar práticas democráticas se mesmo nos países em que a democracia fora estabelecida e pareceu estar segura, ela é gravemente atacada. A destituição da presidenta democraticamente eleita pelo voto popular nas eleições de 2014, embasado em interesses políticos, demonstra quão frágil é o funcionamento da democracia brasileira.

É notório que cada recorte histórico apresenta alguns pontos críticos. Em nome da “democracia” sistemas totalitários emergiram, e os direitos humanos foram suprimidos devido a existência de interesses escusos e relações sociais distintas. Ou seja, há sempre uma possibilidade de se limitar liberdades e direitos. Mas, como contraponto devemos revisar, e analisar criticamente as ações ditas democráticas, por trata-se de uma luta pela permanente manutenção da vida. Contudo, um aspecto importante a ser pontuado, que nos ajuda a balizar nossas análises refere-se à compreensão de Estado a ser defendida como a mais adequada para a gestão, o trabalho, a construção e manutenção dos requisitos democráticos do SUS.

Em nossa leitura, as ações de diferentes atores são atravessadas por determinações macroestruturais, como o próprio poder do Estado. Trata-se de uma constante disputa pela hegemonia, que acabam por interferir significativamente sobre a condução das políticas públicas de um modo geral. Entretanto, segundo Pereira Junior (2013), nos sinaliza o papel dos micropoderes em “reformular e transformar o Estado, as relações econômicas e sociais, [...], o modo de coprodução e de gestão das instituições” (PEREIRA JUNIOR, 2013, p. 56).

Sendo assim, é importante pontuar, o tipo de intervenção estatal que acreditamos ser necessária ao desenvolvimento do SUS e demais políticas públicas. Na leitura do livro *Democracia e Saúde: A Luta do Cebras*, encontramos algumas definições de democracia ofertadas por Fleury (1997). Esta autora apresenta a conceituação feita por Bobbio (1994), e Schumpeter (1984). Em seguida apresenta outros pontos importantes pontuados por Chauí (1990), Macpherson (1978), e Hirst (1992), que por ora não serão aprofundados, porém adiantamos que se referem aos modelos de representação.

A partir de Bobbio (1994, p. 37), a autora localiza dois sentidos, por ele atribuídos ao conceito de democracia. O primeiro conceito refere-se à **democracia formal**, cujo “princípio reitor é a liberdade, que precederia, para os jusnaturalistas a própria organização política, definindo os direitos individuais como liberdades individuais que definem os limites da ação do Estado” (FLEURY, 1997, p. 29). Aqui há uma preocupação quanto a “ditadura da maioria” sobre os direitos individuais. Também é importante destacar o “foco central do debate sobre a democracia liberal”, bem como seu “governo representativo”, através de eleições.

O segundo conceito corresponde à **democracia substancial**, “prepondera o conteúdo ético baseado na solidariedade e no desenvolvimento integral da comunidade política, assegurando a participação mais ampla possível à cidadania” (idem), tanto no exercício do poder político, quanto na distribuição das riquezas sociais. A autora coloca que tal concepção de democracia aparece “desde os escritos clássicos de Rousseau, para quem a soberania não pode ser representada, até autores como Lenin, para quem a democracia burguesa, e seus instrumentos como a representação, são reduzidos a uma mera ditadura de classe” (idem).

Com relação a Schumpeter (1984), a autora destaca que “o método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população”. (SCHUMPETER, 1984, p. 337 *apud* FLEURY, 1997, p. 30). Entre as afirmações apresentadas, coletamos cinco pontos cruciais, dos treze assinalados apresentados por Fleury (1997), que consideramos importantes para o nosso debate teórico relativo à democracia. Os mesmos são norteados pelo conceito de cidadania, por nós reunidos através de nossa leitura e entendimento a partir de Fleury (1997):

1. A cidadania, como dimensão pública dos indivíduos resgata a mediação entre Estado e sociedade, materializando-se em uma pauta de direitos e deveres, restituindo e revitalizando a comunidade política;
2. A cidadania enquanto um processo de inclusão na comunidade política é uma expressão do processo de expansão da hegemonia, pelo

qual o Estado restrito se transforma em um Estado ampliado; 3. A participação cidadã nas decisões coletivas que afetam a comunidade política deve ser resguardada por um corpo de regras reconhecidas e aceitas, em relação à representação dos interesses e negociação dos conflitos; 4. A dimensão social da democracia, representada pelo valor atribuído à igualdade, revela os limites da democracia representativa, exigindo novas formas concomitantes de participação no poder político e; 5. A combinação do sistema representativo com a participação direta em organizações públicas auto-geridas pretende transformar a correlação de forças, alterando o equilíbrio da hegemonia dominante, conformando um novo Estado, em sua dimensão tanto de pacto de domínio quanto de modalidade de co-gestão pública implementada por governos locais. (FLEURY, 1997, p. 32).

Nesta direção, buscar-se pensar o regime democrático a partir da noção de *participação coletiva*, portanto cidadã, ainda que sob os efeitos e rebatimentos neoliberais sobre a conjuntura política brasileira. Os pontos selecionados a partir de Fleury (1997) revelam que a democracia não está limitada apenas às leis (normas regimentais), mas deve se expressar como regime político que se nutre constantemente da criação e manutenção de direitos.

Em outros termos, optamos por desviar de generalizações quanto à definição de democracia. Acreditamos que esta postura possibilita pensar na pluralidade de intervenções nos cotidianos institucionais, que potencializam práticas com vistas à democratização, e contra à permanência de movimentos antidemocráticos. Com destaque para os espaços cuja dimensão pública, favorecem a livre expressão e experimentação de trocas solidárias.

No cenário brasileiro, em particular, a luta pela democracia é recente, e foi interrompida de modo mais expressivo na ditadura militar, em 1964. Um período que tomou o Estado democrático de direito de assalto, para a instauração de um estado de exceção, marcado por atos institucionais, e cujo ranço de ações nefastas da época ainda permanecem em nossa cultura política.

Apesar de todos os limites inerentes a um sistema substancialmente democrático, ressaltamos, entretanto, que para o contexto nacional a Constituição Brasileira de 1988 representou um marco histórico legalmente conquistado. No entanto, não logrou uma ruptura radical com práticas clientelista da sociedade brasileira, devido à persistência de relações político-sociais arcaicas, como nepotismos, e o arraigado patrimonialismo do Estado brasileiro, bem como a instituição de políticas paliativas, que não objetivam tornar as condições de vida mais equânimes e insistem em manter uma lógica desigual.

Pretendemos com esta seção compor os dois movimentos anunciados anteriormente: problematizar a democracia através de uma escrita aberta, e não definidora, sem definições

categorías diante de questões conceituais. Apresentamos, ao leitor, de modo sucinto os modelos alternativos de democracia - *o formal e substancial*.

Segundo movimento. Qualquer tentativa de apresentar o quadro de saúde da população brasileira é uma tarefa sempre incompleta. Desta forma, partiremos de uma contextualização histórica, com intuito de privilegiar a relação dialética entre fatos históricos e realidade social, e os processos que dessa relação derivam. Nesse sentido, busca-se tecer algumas considerações a respeito da área da saúde e a intensa mobilização em meados da década de setenta, quando diferentes atores sociais se aglutinaram em prol da luta pela democratização da saúde enquanto direito social.

A partir desse campo de lutas ocorreram alguns avanços quanto à participação política. No caso da saúde pública brasileira podemos dizer que o SUS, enquanto marco legal afirmou o direito à saúde para todo e qualquer cidadão. E, deve transcender os meros estranhamentos que levam à repetição de práticas incongruentes e impeditivas de qualquer fazer democrático.

Guizardi (2008), nos ajuda a circunscrever o tema da democracia e da gestão no SUS, ao tratar da participação política no SUS. A autora toma como objeto a problematização das opções e concepções que orientam a definição do controle social, e sua operacionalização através de mecanismos de representação de interesses, porém contextualiza um problema a ser considerado:

Em contraposição à participação direta dos cidadãos gregos no governo da polis, a democracia moderna nasce situada nos marcos da representação, tendo como característica central o afastamento da população dos processos decisórios diretos. Tal concepção advoga a impossibilidade de organização de uma democracia direta nas complexas sociedades modernas, fazendo com que, nos limites deste pensamento de inspiração liberal, a inserção política seja compreendida justamente como o direito à representação (GUIZARDI, 2008, p. 22).

Assim, entendemos que pela perspectiva da representação, a inclusão/exclusão dos membros de uma comunidade pode ser redefinida e compreendida como resultado de um curso histórico em prol da construção/desconstrução das demandas coletivas. Neste sentido, é fundamental refletir continuamente sobre formas de agir que apontem para práticas mais libertárias, capazes de alargar a participação social e ao mesmo tempo romper com as amarras construídas e herdadas ao longo da constituição do Estado Brasileiro. Isso nos faz refletir sobre alguns aspectos importantes à temática da democratização: Em quais aspectos estamos inertes? Quais forças produzem imobilidade e cumplicidade com o regime político e social em jogo?

O que sabemos de fato é que o nosso campo de problematizações está imerso em

modulações históricas. Estas exigem constante diálogo entre aquilo que entendemos por democracia e participação social mais protagonista. Também, através das leituras selecionadas pudemos compreender que toda a discussão sobre democracia deve suscitar um exercício mais direto, e atenção devida a movimentos políticos, e ações antagônicas que buscam silenciar a expressão coletiva. Para isso, como recurso metodológico devemos colocar em cena, as resistências cotidianas em sua multiplicidade, seja nos microprocessos da organização do trabalho, ou em macroprocessos correlatos às experiências de reformas mais globais.

A aproximação de algumas fronteiras revela-se profícua, especialmente daquelas que apontam para uma construção democrática tecida de modo singular nos territórios, e legitimada pelo coletivo. Portanto, não defenderemos conceitos prontos e peremptórios, mas a contextualização a partir das cadências históricas de diferentes concepções e mecanismos de governo, para elucidar a concepção de democracia que o movimento sanitário se filiou.

A partir da recente história da democratização brasileira, é possível acompanhar alguns episódios. As décadas de 70 e 80 demonstram um período de luta desigual contra o regime ditatorial, produtor de morte, medo, violência, resistência, e modos de vida voltados para espaços privados. A despeito deste cenário desfavorável a mudanças, emergiram lutas e bandeiras. Destaca-se o movimento político que potencializou os debates em saúde e representou um marco na história da saúde no Brasil em contraposição aos fatos pregressos que acentuavam dicotomias entre vida e trabalho, saúde e doença, desejo e política, indivíduo e sociedade, público e privado, categorias colocadas como neutras como forma de não interferir no campo social. Tratava-se do movimento sanitário brasileiro, de base conceitual teórico-crítico que apontou para a premência de “mudanças teórico-políticas em relação à centralidade que a atuação do Estado passaria a ter como campo privilegiado de intervenção e desenvolvimento de lutas políticas” (FLEURY, 1997, p. 25).

Nos anos 70 diversas críticas despontavam quanto aos sucessivos movimentos de reforma em saúde que tiveram origem na Europa e nos Estados Unidos, delineando gradativamente o objeto de investigação e práticas. É o caso da Saúde Coletiva, que serviu de esteio ao movimento político iniciado em meados da mesma década, devido à crise que se abatia na saúde pública brasileira, quanto a possibilidade de entendimento da “dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do

coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população.” (BENEVIDES; PASSOS, 2005c, p. 566).

Esse movimento se difundiu de maneira diferenciada pelos centros de estudos do país, associações profissionais, sindicatos de trabalhadores, organizações comunitárias, religiosas e partidos políticos, e contribuiu para a formulação e execução de um conjunto de mudanças identificadas como a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Por este viés derivou as bases conceituais da RSB que implicou fundamentalmente na radicalidade do conceito de saúde, ampliando-o da dimensão biológica, restrita a uma dimensão individual, à dimensão social, pois “a velha Saúde Pública é posta em cheque [...] A primeira tarefa agora do cientista é política, enquanto instrumento de organização popular na busca de mudanças necessárias” (NOVAES, 1997, p. 212).

Tal ampliação possibilitou pensar não apenas na emergência e na importância da reorganização dos serviços de saúde, que à época já operavam com baixa capacidade resolutiva às demandas da população, mas na potencialidade coletiva da gestão democrática norteadas especificamente pela “utopia igualitária; a garantia da saúde como direito e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática” (FLEURY, 1997, p. 33). Dentro deste processo, cresciam os questionamentos a respeito do modelo biologizante da vida e médico-centrado, em oposição ao paradigma¹⁰ biomédico de Saúde Pública originário na Europa e nos Estados Unidos.

Verificou-se a partir de então um delineamento gradativo, em busca de paradigmas alternativos à organização da prática médica. Amadurecia e ascendia a Saúde Coletiva, campo intrinsecamente científico e ideológico que nutriu a elaboração SUS (Sistema Único de Saúde). Também nesse contexto, o fim da ditadura militar se aproximava, diante do crescente anseio da população pela redemocratização no Brasil. Mas os impactos herdados de tal período acabaram por esgarçar ainda mais as desigualdades regionais e econômico-sociais brasileiras, principalmente as dificuldades e contradições relacionadas à atuação em promoção à saúde.

¹⁰ Segundo Minayo (2011), “Thomas Kuhn reconhece que nos diversos momentos históricos e nos diferentes ramos da ciência há um conjunto de crenças, visões de mundo e de formas de trabalhar, reconhecidos pela comunidade científica, configurando o que ele denomina paradigma”. (MINAYO, 2001, p. 17). No que concerne ao paradigma biomédico das políticas públicas e instituições de sanitárias, questioná-lo, à época, serviu de base para Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A perspectiva era de se conceber alternativas ao conceito de saúde hegemônico, o que aponta para a defesa de Kuhn, de que “o progresso da ciência se faz pela quebra dos paradigmas, pela colocação em discussão das teorias e dos métodos, acontecendo assim uma verdadeira revolução. (MINAYO, 2001, p. 17).

Segundo Paiva e Teixeira (2014), no campo econômico destacam-se à época a abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada do arrocho salarial e proibição de greves. Aliaram-se a isso as ações autoritárias e violentas no campo social e político, com cassação dos direitos civis daqueles que se contrapunham às ideias do regime instaurado. Um dos feitos mais notáveis se refere às reformas do sistema político, como: “a criação do bipartidarismo e a submissão do Congresso aos interesses do Executivo, a partir da decretação de atos institucionais” (p. 17), conforme já mencionado. A partir desse contorno, o sistema público de saúde foi desmembrado entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Este, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), direcionado principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população. Aquele, direcionado à saúde individual dos trabalhadores formais, prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17).

Conforme apresentamos inicialmente, no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, período de repressão militar, se desenvolveu uma nova forma de pensar a saúde. Primeiramente, iniciou-se um movimento agregador de atores políticos, o Movimento Sanitário, alinhado à base teórica e ideológica do pensamento médico-social, igualmente denominado abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina. Esta nova forma de olhar, e refletir sobre a saúde, sob a ótica das ciências sociais, impulsionou significativo deslocamento da saúde pautada nas ciências biológicas, para uma abordagem que se debruçava sobre os efeitos do campo social como um fator condicionante de saúde ou doença. Sendo assim, na década de 1970 estava em curso uma reforma atenta às perversas condições objetivas de vida dos indivíduos e comunidades.

Isto se deveu, entre outras coisas ao fato das políticas de saúde serem, durante os governos militares, entremeadas pela lógica privada. Foi um período de notável retrocesso em relação aos direitos sociais, e de intensa fragmentação dos serviços, pois possuía um desenho institucional afastado das políticas sociais, e objetivavam a privatização de parte dos serviços médicos estatais, por serem inadequadas à obtenção do lucro, o que gerou impactos consideráveis no campo das políticas públicas sociais, como também no campo da pesquisa e inovação científica. Vejamos o que registra o Portal Fiocruz sobre o assunto:

O regime militar no Brasil, que começou com o golpe de 50 anos atrás e perdurou por duas décadas, atingiu também o mundo científico e deixou marcas na Fiocruz. Móveis atirados pela janela, perda de recursos, aumento dos índices de enfermidades como a doença de Chagas, malária e meningite, perda de milhares de peças do acervo de amostras biológicas, documentos queimados, pesquisadores cassados. Esses são alguns

exemplos dos problemas vivenciados pelo Instituto Oswaldo Cruz – transformado em Fundação em 1970 – durante a ditadura, período turbulento que pôs em risco a legitimidade de uma instituição que já havia vencido uma série de batalhas no campo da saúde¹¹.

Em função da falta de estímulo às políticas públicas sociais e com o país em colapso econômico e social, potencializaram-se os discursos que visavam justificar a não garantia dos princípios mais fundamentais, como: O acesso universal e a atenção integral à saúde da população. A partir deste caótico cenário podemos verificar, ao longo dos anos, que as políticas de saúde no Brasil foram lesionadas por reestruturações e refreamentos financeiros constantes, devido à lógica de sujeição econômica do país ao neoliberal ascendente. Por este ângulo, fez-se necessário compreender a saúde, os sentidos do trabalho no sistema capitalista, através de uma “leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde” (FLEURY, 1997, p. 13).

Em meados da década de setenta, as lutas comunitárias tomaram corpo. Sustentando-se nessa base conceitual crítica do Movimento Sanitário, foi possível obter alguns resultados notáveis, como a instituição, no âmbito da legislação da Saúde na década de 1990, da lei dos Conselhos de Saúde, uma “expressão institucional de uma das ideias fundadoras da Reforma Sanitária” (CARVALHO, 1997, p. 93). Assim, demarcava-se uma tentativa clara de ruptura com o modelo autoritário vigente por ressaltar tanto a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde quanto a democratização de acesso ao poder (CARVALHO, 1997).

Vale destacar ainda, que neste contexto os movimentos sociais tornaram-se mais robustos espraiando-se para o corpo social, o que representou um salto qualitativo na luta pelos direitos sociais e pela democratização da saúde. O novo paradigma de saúde erigido pelo Movimento Sanitário, apontou para a importância do processo de lutas e conquistas advindo do pensamento crítico e reflexivo, diante das desigualdades sociais alargadas pelo sistema hegemônico. Vislumbrava-se a possibilidade de um agir em saúde coerente e consistente com as demandas sociais. Ou seja:

A proposta de democracia com a qual se trabalhava nos anos 70 tinha um forte conteúdo anárquico e contra-cultural, na medida em que se rebelava contra todo processo de

¹¹ Ver notícia publicada em 16 de junho de 2014, no Portal Fiocruz, sobre as marcas da ditadura na ciência. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/50-anos-do-golpe-civil-militar-suas-marcas-na-fiocruz>>. Acesso em: 20 Jun. 2016.

normalização e institucionalização do poder, vistos como rede de macro e micropoderes que, por meio de um conjunto de práticas sociais, subordinavam a energia criadora e potencialmente revolucionária a uma ordem que reproduzia, desde sua macroestrutura até aos comportamentos e símbolos, a engrenagem da dominação. (FLEURY, 1997, p. 27).

Por conseguinte, devido à crise de financiamento e retrocessos institucionais que se abatiam sobre a políticas públicas sociais, a estratégia da democratização surgiu como possibilidade de proporcionar maior acuidade em torno dos condicionantes e determinantes sociais no processo saúde-doença, ao acentuar a importância da mediação entre serviços de saúde e população. A partir da relação entre condicionantes e determinantes, da circulação do diálogo entre saberes e práticas, e conseqüente acúmulo de experiências, registra-se na década de oitenta uma reforma reivindicativa dos direitos dos cidadãos, em contraposição à história pregressa das políticas do setor. Como efeito, algumas conquistas políticas aconteceram: A expressiva vitória nas eleições do Partido dos Trabalhadores (PT), em várias cidades brasileiras. Historicamente, foram “os principais implementadores das reformas institucionais democratizadoras¹², tanto na saúde como em outras áreas da gestão pública” (FLEURY, 1997, p. 27). Fato que potencializou as parcerias entre universidades e movimentos sindicais, quanto a reorganização dos serviços e suas múltiplas experiências regionais.

Seguindo essa linha de desnaturalização de um estado de coisas, o contexto histórico-social da RSB, logrou a consolidação de muitos de seus anseios no arcabouço jurídico-institucional do SUS. Uma conquista social para a política nacional em relação ao direito à saúde. Evidenciamos assim, que a mobilização da sociedade civil impulsionada pelo Movimento Sanitário fez com que o campo da saúde fosse tomado concomitantemente como campo de análises e intervenções, com as quais buscou-se uma ruptura com os ditames hegemônicos. Isto é, vislumbrou-se pelo viés de análise dos processos de reprodução social, ampliar o horizonte de intervenções sobre a realidade. Na pauta entrou tanto a organização de serviços e a assistência à saúde, quanto a necessidade de se pensar criticamente seus objetivos, como forma de amenizar ou estancar os efeitos do padrão liberal calcado na exploração econômica.

É nesse sentido que os fluxos históricos atestam a impossibilidade de refletir sobre toda e qualquer prática tecida no campo da saúde dissociada da conjuntura social. Portanto, para circular

¹² Por outro lado, há de se reconhecer que a despeito de muita institucionalidade, a maior parte dessas reformas servem apenas de registro histórico. O Partido dos Trabalhadores, no governo federal em nada avançou no sentido de dar corpo a algumas propostas apresentadas, que precisavam ser devidamente efetivadas, ao longo da redemocratização do país.

pelo material a ser analisado, há de se ressaltar alguns pontos de luta pela democratização do Brasil que indicam a constante dinamicidade de fenômenos complexos de um país continental, marcado por amplas desigualdades econômicas e sociais, em constantes redefinições políticas.

Nesta dissertação nos valem da afirmação de Fleury (1997), sobre a democracia. A autora afirma que é “um conjunto diferenciado de concepções e mecanismos de governo” (FLEURY, 1997, p. 30). Contudo, é importante destacar que tais mecanismos de governo devem alinhar-se à prática social, e precisam estar de acordo com as necessidades do território, para o pleno desenvolvimento de estratégias que devem servir de “elo” entre os serviços, os trabalhadores e comunidade, como forma de impedir o “esvaziamento do conteúdo moral da democracia bem como a pressuposição de que o homem político seja essencialmente um consumidor e apropriador reduzindo sua participação cidadã” (FLEURY, 1997, p. 13). Assim, nota-se que o lastro à construção teórico-política do movimento sanitário se concentra em três distintas dimensões da prática social: A prática teórica, ideológica, e a política (FLEURY, 1997, p. 13).

Segundo Fleury (1997, p. 25), a RSB pôs em construção uma identidade simbólica de um ator político “pelo reconhecimento de um ‘nós’ por oposição a ‘eles’”. Isso implica dizer que no âmbito da história da saúde pública no Brasil, tal diferenciação apontou para radicalização das “representações entre o individual, no sentido de privado, para alcançar uma dimensão pública [que] articula-se a uma concepção geral do mundo” (idem). Em outras palavras, a questão paradigmática traz à tona não apenas o laço entre democracia e saúde, mais além, traz o contraponto entre os interesses individuais, corporativos, e interesses coletivos como forma de provocar alterações mais profundas em outros setores da sociedade.

Deste modo consideramos que toda e qualquer análise sobre processo de trabalho, gestão, estratégias e inovações no sistema de saúde deve nos remeter à crítica concreta da realidade, aproximando o discurso teórico ao modo concreto de vida, de modo ascendente. Não obstante, torna-se premente indagarmos sobre os sentidos atribuídos à democracia, para que sejam identificados os modos de se caminhar com o SUS, e os reais desafios quanto à sua prática teórica e social.

Assim, essa pequena revisão das principais concepções de democracia oriundas da teoria política nos possibilita nos ajuda a entender o histórico de governanças do Estado brasileiro. Através da questão democrática da saúde, objetivava-se, também, a reforma do Estado não

reduzido apenas a argumentos economicistas sobre as necessidades humanas, mas também considerando outras dimensões subjetivas relacionadas à percepção individual do sofrimento (PAIM, 2008).

Contudo, atualmente, é possível notar que os serviços de saúde ainda estão sob os efeitos deletérios de práticas institucionais históricas não libertárias, cujo padrão autoritário e hierárquico se mantém sobre as múltiplas dimensões dos processos de trabalho em saúde e no serviço ofertado. Ao contrário disso, percebemos que a RSB preconizou um modelo de democracia que incorporasse as demandas sociais como um todo, principalmente a precariedade de vida da população, como a expansão a construção de uma nova relação entre o Estado e a sociedade, baseada na “formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática” (FLEURY, 1997, p. 33).

A partir desse pensamento, entram em cena os debates sobre os modos de gerir a atenção em saúde, capazes de proporcionar efetivo exercício de participação e controle social por diversos atores. A conscientização do direito à saúde, e mais tarde a criação do SUS, simbolizam uma conquista importante no campo das políticas públicas sociais, sobre a importante transformação, do direito constitucionalizado em direito em exercício, para que todos lograssem do acesso aos serviços com qualidade e dignidade, e participem de sua gestão.

Em março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pela primeira vez, diversos representantes de todos os seguimentos da sociedade civil tiveram a oportunidade de expressar o desejo pela garantia constitucional da saúde, e discutir um novo modelo de saúde para o Brasil. No processo histórico da consolidação do arcabouço jurídico-institucional do SUS, encontra-se um campo de lutas por transformação social que o antecede. Sua criação em 1988, através de uma nova carta constitucional afirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado, culminando em um momento singular para a política nacional.

Nesse processo, muitas proposições do movimento sanitário de democratização da saúde e experiências foram difundidas. O movimento que articulou e gestou ideais comuns para a saúde foi nomeado Reforma Sanitária, sua mobilização contra a ditadura, foi representativo de grandes feitos como o Projeto Montes Claros¹³. Este, endossou o processo de construção coletiva através

¹³ O Projeto Montes Claros é tido “como um laboratório da democratização em saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como

da participação cidadã comunitária e de servidores da saúde, e mobilizou diretrizes de descentralização através da autonomia e fortalecimento do nível local voltadas às práticas inovadoras no planejamento e gestão, que pudessem reorientar o modelo de atenção em uma perspectiva mais democrática.

De acordo com Teixeira (1995, p. 14), pode-se dizer que “o projeto instaurou uma lógica contagiante de engajamento no processo de transformação da realidade sanitária e social”. Em outras palavras, significou um novo contorno ao desenho ao projeto de sociedade que visava transbordar as transformações da área saúde aos demais setores da sociedade, pelo ganho de espaços de atuação comunitária em nível nacional. Segundo Neto (1997), de um modo geral “a visão que predominava no movimento era eminentemente reformista, ainda que tendo no horizonte o socialismo” (p.63). Contudo, cabe salientar que o caminho percorrido pela RSB foi árduo em relação às condições jurídicas, diante dos ranços institucionais do regime militar.

No governo de Ernesto Geisel (1974-1979), surge a promessa de abertura política e diálogo com a sociedade civil, no entanto, sem o real rompimento com o regime autoritário. Neste período, o Movimento Sanitário se afirmou e ganhou força através da formulação de propostas, que articuladas integraram o documento *Saúde e Democracia*¹⁴ apresentado ao Legislativo para aprovação. Este documento representou um divisor de águas, um marco na história da organização da saúde no Brasil, pois propunha a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INANPS) para o Ministério da Saúde.

Neto (1997), afirma que “o movimento conformou-se de maneira inovadora e criativa na política de ‘aproveitar brechas’, rompendo com o isolacionismo a que a sociedade tinha sido condenada” (NETO, 1997, p. 63). Foi desse modo, pelas brechas, que em quase trinta anos foi possível obter considerável ampliação e estruturação do aparato institucional do SUS em âmbito nacional. Sendo assim, todo processo de luta que culminou nas leis 8.080 e 8.142 de 1990, legitimou a saúde como direito de todos e dever do Estado.

processo da Reforma Sanitária, tais como a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-administrativos [...] A trajetória desta luta contra-hegemônica ficou marcada, na experiência de Montes Claros, pelo caráter contestatório e crítico em relação às estruturas de poder existentes: poder político-econômico, poder médico, poder hegemônico de privatização dos serviços de saúde, poder repressor...” (TEIXEIRA, 1995, p. 14-15).

¹⁴ Conforme o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, “durante o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, o documento do Cebes intitulado ‘Saúde é Democracia’ sinalizou para a necessidade de criação de um sistema único e para a necessidade de transformação das ações de saúde em bens sociais gratuitos sob responsabilidade do Estado a partir de uma base eficaz de financiamento.” Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>>. Acesso em: 15 set. 2016

A universalização da saúde sob a defesa da noção de direito, e a compreensão de que a garantia do acesso à saúde é um o dever do Estado, trouxe como conquistas substanciais: o aumento significativo do acesso aos cuidados de saúde, formalizações para a participação social por meio dos Conselhos de Saúde, ampliação da abrangência e a cobertura territorial realizada pela Estratégia da Saúde da Família. Tais conquistas alavancaram o processo de construção do SUS e, a discussão sobre os limites e possibilidades de ampliação de investimentos relativas aos recursos humanos e a tecnologia em saúde. No entanto, pode-se considerar que os problemas ainda são complexos no que diz respeito tanto à transição de uma gestão verticalizada, para uma gestão mais descentralizada e compartilhada, quanto ao alargamento da participação da sociedade civil.

No âmbito da luta pela redemocratização do país, a universalização da saúde representou uma conquista, com a defesa na noção de direito, e a compreensão de que a garantia do acesso à saúde é um o dever do Estado. Pode-se dizer que o SUS avançou muito em termos de gestão. Contudo, no que diz respeito à ideia de democratização (participação), não se observou o mesmo avanço, pois com o passar dos anos, as tensões institucionais permaneceram. Pereira Junior (2013), afirma que:

A democratização de sociedades e instituições depende da política em seu sentido amplo. Como destacado pelos marxistas, a democracia é construída na luta pelos interesses econômicos, políticos, ideológicos – na disputa pela hegemonia – por meio dos movimentos sociais, constituindo blocos históricos e aliança entre classes. (PEREIRA JÚNIOR, 2013, p. 56).

Campos (1992), assim como outros teóricos do campo da Saúde Coletiva, afirma que a viabilização do SUS coincidiu com o fortalecimento de políticas neoliberais na América Latina, na década de 90 do século passado. E é nesse contexto de atrofiamento das políticas públicas sociais, que este autor aposta em um novo método, nomeado Método da Roda/ Método Paidéia, e em sequência formula o Apoio Institucional. Entendemos que para Campos a questão democrática da saúde, dentre tantas outras que a orbitam esteve colocada como um campo de lutas a ser tensionado. Por isso, no ano de 2001, apostou no apoio para “apoiar a própria equipe de trabalho, ou, sendo usuário, apoiar outros da comunidade e das próprias equipes.”¹⁵. É interessante salientar que neste “apoiar” o autor afirmar se encontrar “o cerne da democratização

¹⁵ Ver “O Apoio Institucional e Análise de Demanda em Saúde ou Apoio Paidéia. Gastão Wagner Sousa Campos – nov./2001 Disponível em: < <http://www.redehumanizaus.net/59928-o-apoio-institucional-e-analise-de-demanda-em-saude-ou-apoio-paideia-gastao-wagner-sousa-camposnovembro2001#sthash.2k6ehbo3.dpuf>>. Acessado em: 30 maio 2018.

das instituições, já que isso somente ocorrerá quando houver a possibilidade de que todos exerçam um pedaço da gestão” (idem). Assim, tal metodologia foi pensada com intuito de ampliar a capacidade de análise e cogestão de coletivos. Portanto volta-se à democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Busca-se, segundo Campos, a reformulação do modo tradicional de fazer gestão, para superação das “formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais”¹⁶.

Conforme sinaliza Fleury (1997, p. 15), a constatação de uma crise no setor saúde levou o projeto da Reforma a considerar a necessidade de algumas superações, através de componentes técnicos institucionais como: A reorganização do sistema de saúde, a gestão democrática, e o planejamento participativo. Logo, por entendermos que estes componentes atravessam o fazer de toda atividade realizada no SUS, consideramos profícuo não limitarmos nossa análise ao apoio institucional, sob o risco de tornar nossa pesquisa teórica deficiente de elementos imprescindíveis para melhor compreensão de estratégias de gestão operacionalizadas no SUS. Por esse motivo, decidimos evidenciar alguns detalhes da gestão e do planejamento, que se correlacionam com o fazer do apoio e os demais diferentes atores sociais. Sendo assim, finalizamos esta sessão para nos dedicar ao breve aprofundamento de dois grandes eixos estruturantes da Saúde Coletiva: A Gestão Democrática e o Planejamento Participativo.

1.3 EIXO ESTRUTURANTE 1: GESTÃO DEMOCRÁTICA DA SAÚDE

No campo da Saúde Coletiva não há como dissociar a gestão democrática do histórico das lutas sociais em prol do direito à saúde. Qualquer discussão que envolva o trabalho realizado no SUS, deve refletir o papel político e ideológico que a saúde possui diante da realidade social brasileira. Diante disso, se faz necessário o estudo das múltiplas determinações como a manutenção da hegemonia do capital, seu desenvolvimento nos países periféricos, e conseqüentemente seus rebatimentos sobre o SUS. Desta forma, é importante reforçar que as diversas configurações possíveis da relação trabalho-gestão na sociedade capitalista, tanto no que se refere à *gestão do trabalho em saúde*, quanto à *gestão em saúde*, são fruto da dinâmica econômica das últimas décadas. A gestão do trabalho ou políticas públicas sociais em países latino americanos está intimamente relacionada ao movimento de rearticulação do capital

¹⁶ Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/glossary/term/95>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

advindo das transformações político-econômico-social difundidas a partir da década de 1970, através de orientações como o as do Consenso de Washington (ainda que este tenha sido formulado apenas no fim da década de 1980), direcionadas pelos interesses do capital estrangeiro, os quais orientaram mudanças/reformas nas políticas de países latino-americanos na década de 1990, conforme já discorremos. Portanto, o projeto de gestão contemporânea formulado conforme os modelos do mercado estão plasmados nos discursos e na condução de políticas públicas.

Diante disso, apontamos a existência do paradoxo entre a ideologia de mercado e as políticas públicas de saúde, as quais emergiram de um contexto político bastante específico, que aliou a prática científica do campo à luta pela reforma democrática do Estado, como fator determinante à ampliação dos direitos e diminuição das desigualdades sociais. Portanto, tratar da gestão em saúde, conseqüentemente nos leva à análise do trabalho em saúde e sua imbricada relação com o capital. O que nos leva a realizar análises atentas a vários aspectos, dentro os quais destacamos aqui a lógica gerencial hegemônica que levou a gestão ao patamar de instrumentos de valorização do capital, transformando conseqüentemente o trabalho em uma mercadoria no seio da sociedade capitalista.

Conforme Pereira Junior e Campos (2014, p. 896), “o predomínio do velho modelo de gestão pública, o subfinanciamento, a precarização do trabalho e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde são, ainda, os principais desafios” para a Reforma. Um ponto interessante trazido por esses autores, é a posse do governo Lula em 2003, pois embora “não tenha trazido rupturas radicais no modelo de atuação do Estado” (idem), abriu caminho para a realização de algumas mudanças no que tange a democratização da gestão:

A democratização da gestão, a mudança do modelo vertical e autoritário das relações interfederativas e a participação social na gestão das instituições de saúde disputavam espaço na agenda da nova gestão do MS, apesar do seu caráter contra-hegemônico. A criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Colegiado do Ministério e de colegiados gestores nas secretarias e departamentos, a reestruturação e fortalecimento do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) e o Plano Nacional de Saúde de 2004-2007, que visava à gestão democrática do SUS, mostravam a presença desse debate na agenda da saúde. (PEREIRA JUNIOR, CAMPOS, 2014, p. 898).

Neste sentido, em meio a muitas dificuldades como por exemplo, “a consolidação da descentralização da gestão do SUS, com a necessidade de mudança dos modelos hegemônicos de organização da atenção à saúde e da gestão das Instituições e serviços de saúde” (idem), houve a

iniciativa por parte do Ministério da Saúde (MS), de desenvolver e coordenar a implementação do apoio institucional nos três níveis de gestão, com objetivo de “favorecer a integração das diversas áreas e políticas do MS, buscar a democratização das instituições e das relações interfederativas e ampliar a capacidade de análise e de gestão dos sujeitos e dos coletivos” (idem). Toda essa movimentação deu passagem à formulação do apoio institucional pelo Ministério da Saúde, como a institucionalização da PNH, que introduziu os termos “cogestão” e “democratização institucional”. A partir de então outras experiências foram desenvolvidas no interior do MS com base na mesma perspectiva teórica, a ponto de hoje o termo apoio institucional ter se tornado corrente na gestão pública em saúde.

Nesse contexto, o apoio institucional enquanto metodologia se volta à utilização de experiências pelo encontro entre sujeitos, para possibilitar a cogestão, e “a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos” (Ibidem, p. 896).

1.4 EIXO ESTRUTURANTE 2: PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

O Planejamento Participativo configura um Eixo Estruturante importante para a Saúde Coletiva e possui uma expressiva produção bibliográfica. Muitas produções servem de referência para a realização do planejamento estratégico situacional, para a análise estratégica das condições de saúde, elaboração do plano de ação, e o monitoramento e avaliação no SUS. O próprio *Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS*, que reúne os volumes da série Cadernos de Planejamento, apresenta e orienta através de seu arcabouço legal, as ações a serem executadas no SUS, principalmente no que tange a “atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2009, p. 21).

Resumimos algumas orientações e informações sobre a operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS (Quadro 1), sobretudo àquelas que em nossa compreensão possuem interface direta com a democratização da saúde, e atravessam a *expertise* proposta por Campos quanto ao apoio institucional, a ser apresentado no capítulo 2. Acreditamos que sem isso não poderíamos compreender minimamente a relação entre o Ministério da Saúde e os demais entes federados quanto à concretização de ações referentes ao planejamento. Ademais, os apoiadores institucionais estão inseridos em diferentes níveis de gestão, e como “qualquer

trabalho que venha referenciar o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde, [...], requer a observação das normas constitucionais e legais a respeito do planejamento público” (BRASIL, 2009, p. 81).

Quadro 1 – Resumo das orientações e informações sobre a operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS em relação a democratização

Planejamento e Democracia	
Conselhos de saúde	Os conselhos de saúde atuam como co-formuladores (democracia participativa) da política de saúde municipal, estadual e federal, aprovando o plano de saúde, elaborado pelas secretarias de saúde e Ministério da Saúde, sendo, ainda, agentes fiscalizadores de sua condução.
PLANO PLURIANUAL (PPA) Lei 9989/2000	Diretrizes estratégicas do Governo Federal: (c) consolidar a democracia e a defesa dos direitos humanos;
Análise do Decreto nº 1.651, de 28/09/1995 – Sistema Nacional de Auditoria	A saúde contempla, ainda, a participação da comunidade na definição das políticas de saúde e no controle da execução dos planos de saúde, em todos os seus aspectos, consolidando uma forma de gestão participativa, própria da democracia participativa, com planejamento participativo (Conferências de Saúde), orçamento participativo (planos de saúde e sua orçamentação anual) etc.
Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008	Decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 11 de dezembro de 2008, resolve: I - clareza e objetividade, de modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática, assim como realimentar o processo de planejamento;

Fonte: A autora a partir de (BRASIL, 2009, p. 81, 127, 146, 206).

A partir da tabela acima, é possível perceber que os trechos não se reduzem a conceitos administrativos, ou ao gerenciamento do trabalho alheio. Ao contrário, *o planejamento é entendido como atividade de todos os que estão envolvidos com a saúde de modo democrático e participativo, conforme pregoou a RSB*, do qual o planejamento em saúde derivou e “foi se constituindo, primeiro como campo e, depois, como corpus tecnológico fechado” (ONOCKO, 2001b, p. 198).

Obviamente, após a promulgação da Constituição de 1988 e criação do SUS, surgiram novos desafios para o planejamento em saúde. Sobretudo, a conjuntura neoliberal dos anos 90, trouxe muitas transformações ao longo de décadas como o subfinanciamento da saúde pública, e colocou em xeque a cobertura e o atendimento das necessidades da população. Logo, pensar o

planejamento traz como tarefa primeira, a reorientação da gestão das políticas de saúde, devido ao modo capitalista de operar, visto que suas “formas de apropriação, regulação e controle destas transformações, imanentes à vida social, [é] por definição território político por excelência”. (GUIZARDI, 2008, p. 129).

Esta mesma autora sinaliza em sua tese “a capacidade inusitada do capitalismo de revolucionar constantemente os meios de produção, assim como chama a atenção para ele o fracasso de suas estratégias de ação em mobilizar e fortalecer laços de solidariedade social” (ibidem). Neste sentido, a interpretação marxista da hermenêutica-dialética, voltada para a importância da conjuntura social nos ajuda a percebê-la como “um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se”. (MINAYO, 2002, p. 95)

Nos aliançamos à ideia de coletivo afirmada por Barros (2005), para melhor compreendermos sobre a democratização e sua interface com as demais categorias a serem apresentadas. A autora afirma que o coletivo “diz respeito a este plano de produção, [...] Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças” (p. 23). Ou seja, a partir desta afirmação entendemos que é no coletivo que o planejamento pode se constituir, e viabilizar processos de democratização dentro de políticas públicas, visto que a concepção de coletivo no âmbito da saúde é pensada, como “conjunto estruturado de práticas sociais”. (PAIM, 1993, p. 197).

No que se refere à importância do planejamento para a saúde, PAIM (2006), destaca que “o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos”. Além disso, também sinaliza que o planejamento, enquanto recurso para a gestão de coletivos tende a ser crescente tanto no trabalho realizado em nível local, quanto no Método da Roda proposto por Campos (2000). Por conseguinte, cabe ressaltar que o plano coletivo porta a dimensão da experimentação pública, que por sua vez não se reduz à “propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas” (idem).

O planejamento em que pese a questão democrática, e norteado pela tríplice tarefa do apoiador de “ativar coletivos, conectar redes e incluir olhares, práticas, interesses e desejos na produção do comum” (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014, p. 902), vem sendo discutida por diversos autores. O próprio Método da Roda, segundo afirmam estes autores, busca radicalizar a construção da cidadania.

Logo, no que corresponde ao âmbito das políticas públicas, pensar o planejamento na sua composição coletiva requer ultrapassar uma visão hierarquizada, que opera pela verticalização dos saberes tornada dominante, e que desconsidera a perspectiva ética do plano coletivo no que corresponde à participação dos diferentes atores. De igual modo, desconsidera ou subtrai métodos como o da Tríplice Inclusão¹⁷, proposto pela PNH, e demais políticas instituídas que regulamentam direitos e deveres quanto à participação de gestores, trabalhadores e usuários, como por exemplo, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS¹⁸, que trata do planejamento em suas respectivas esferas de gestão.

Retomando as considerações de Paim (2006), após apresentarmos a importância do plano coletivo como ponto central para a análise desta e das demais categorias, separamos a concepção do planejamento concebida por este autor como uma *ação social*. Sua afirmação encontra sustentação em teóricos, como: Habermas (1987), Weber (1994), Matus (1996), e Bourdieu (1996). Portanto, a ideia do planejamento enquanto ação social é cara ao âmbito de políticas-institucionais pois ao explicitar objetivos e finalidades, “pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção” (PAIM, 2006, p. 767). Esta é uma definição ampla e de certa forma generalizada, porém reflete a constituição do que enseja o planejamento na esfera de políticas públicas do SUS.

¹⁷ Segundo Pasche (2009, p. 705), o método da tríplice inclusão “se apresenta, [...] como estratégia de construção de processos coletivos, uma vez que propicia o cotejamento, em espaços públicos, de posições não necessariamente coincidentes - portanto expressão do coletivo, sempre plural -, para a produção do comum na diferença”

¹⁸ Esta política “orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas” (BRASIL, 2009, p. 5).

CAPÍTULO 2 – CONTEXTUALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL

2.1 ANÁLISE CRÍTICA DA REFORMA E UM OUTRO PARADIGMA PARA A GESTÃO

O objetivo deste capítulo é contextualizar politicamente a institucionalização do apoio, e sua aplicação na realidade. Antes porém, apresentamos alguns nós críticos à concretização da RSB, na realidade dos serviços e atendimento das demandas sociais referentes à saúde. Portanto, este espaço se dedica a demonstrar a preocupação de vários pesquisadores com uma crítica que seja potente para uma análise crítica sobre os possíveis desvios dos rumos outrora traçados.

Observa-se que a algum tempo uma maior centralidade dos questionamentos recaem sobre a operacionalização dos processos de trabalho. Exemplo disso são os programas¹⁹ que visam aumentar a efetividade das ações governamentais através da avaliação dos estágios de qualidade dos serviços e equipes, sem que se aprofunde no plano das políticas públicas de saúde, novos arranjos que produzam a democratização de modo mais interativo entre os sujeitos e os coletivos. Ressaltamos a democratização da saúde e do Brasil, por esta ser o mote da RSB e nosso foco de investigação. Neste sentido, caberia não apenas a avaliação para as ações realizadas, mas um cuidado especial às inovações que despontam em meio ao cenário de contradições geradas ao longo do processo de institucionalização do SUS.

Esta seção busca discutir a prática política, tendo como pano de fundo o histórico da RSB. Em outras palavras, os possíveis (re)arranjos que acentuamos se voltam ao entendimento de questões que se colocam no presente, como por exemplo, a emergência do apoio institucional, que poderá encaminhar alguns elementos de inovação e ou novos arranjos decisórios. Em virtude dos apontamentos feitos no primeiro capítulo, no que se refere à potencialidade da mediação entre sociedade, gestores, e profissionais de saúde, busca-se segundo Campos et al (2014), alguns efeitos através da inserção do apoio. Seriam eles:

[...] pedagógicos, terapêuticos e institucionais: pedagógicos – no sentido do aprimoramento do repertório de conhecimentos, dos modos de fazer e pensar dos profissionais, ampliando sua capacidade técnica para intervir; terapêuticos – no sentido

¹⁹ Referimo-nos aos programas do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e Avaliação da Qualidade e Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (PMAQ /AMQ).

da mudança de sujeitos, seus valores e suas visões de mundo; e institucionais – no sentido da mudança nas relações e no contexto de trabalho. (CAMPOS et al, 2014, p. 993).

Segundo os autores tais efeitos podem desestabilizar os padrões hegemônicos por privilegiar práxis coletivas, como também promover uma reflexão de si por parte dos trabalhadores enquanto sujeitos no mundo envolvidos com os outros, e com seus processos de trabalho. Em contrapartida, uma questão que tem comprometido profundamente o avanço do SUS enquanto política pública social é a valorização produtivista na organização do trabalho. Trata-se da reestruturação produtiva, a qual trouxe significativas transformações no mundo do trabalho contemporâneo e repercussões na gestão e qualificação do trabalho no SUS.

A partir da leitura de Morosini et al (2013), entendemos que esta reestruturação ocorreu a partir de uma redefinição do “papel do Estado como o promotor e regulador do desenvolvimento econômico e social, e não mais como seu responsável direto, inibindo a sua participação na produção de bens e serviços” (MOROSINI et al, 2013, p.11). Ou seja, trata-se de uma reforma plasmada à lógica neoliberal, cujos rebatimentos operacionalizam uma inversão da organização do trabalho antes focada na *determinação do trabalho*, para os *resultados do trabalho*. Contudo, para além do desafio do atual padrão colocado ao SUS, e retomando as questões postas pela inserção do apoio institucional, verifica-se em Furlan e Campos (2014), a afirmação de que o apoio institucional procuraria “organizar espaços coletivos (rodas) como potenciais espaços concretos (lugar e tempo) para discussão e relação entre sujeitos envolvidos no projeto, com discussão sobre o exercício de poder e saber” (p. 886).

Notamos, porém, que se deve registrar para a sutileza de medidas voltadas ao controle do trabalhador. Em outras palavras, diríamos que se atualmente não é possível controlar o trabalhador através dos movimentos de seu corpo com proposto pela teoria taylorista, pode-se controlá-lo através da concessão de autonomia ao enfatizar a criação e a invenção, que na realidade se afeiçoam ao processo produtivo capitalista. Queremos sinalizar que, ao contrário da determinação dos modos de produção, atualmente determina-se àquilo que se espera do trabalhador e de seu produto, ficando a cargo do mesmo os resultados passíveis de avaliação, premiação, e punição, de acordo com sua performance. É neste sentido que é possível afirmar que a proposta de implantação da estratégia do Apoio Institucional pelo MS busca a reorientação do processo de trabalho em saúde, que aponte na direção da formação da convicção sanitária, capaz

de ver no processo político não apenas a democratização da saúde, mas a proposição da transformação substancial da existência. Observa-se, porém, que com o passar dos anos a inserção do apoio institucional não logrou uma concepção clara, necessitando de maior problematização quanto às rotas tomadas. Estaria o apoio institucional, configurando-se enquanto prática mais efetivas à gestão? Segundo Paulon (2014):

Todo este percurso que viemos percorrendo sobre a função apoio, que começou a ser enunciada no fim da década de 1990, para, no início dos anos 2000, se constituiu como um método, buscou demonstrar que sua experimentação junto a equipes de saúde chega ao final da primeira década do 3º milênio desgastada, quase que perdendo sua especificidade e capacidade de designar ações minimamente demarcáveis no campo empírico (PAULON, 2014, p. 815).

Torna-se necessário o constante exercício de denunciar as armadilhas fixadas ao desenho institucional dos serviços públicos, como o patrimonialismo e conservadorismo, características impeditivas de um sistema de saúde mais igualitário em todos os seus aspectos. No debate contemporâneo, ainda permanece a luta contra “uma equidade que se deforma em sistema altamente segmentado, [...] em uma articulação complexa e descontrolada entre público e privado”. (FLEURY, 1997, p. 34).

Com as constantes perdas de conquistas democráticas em velocidade galopante, não fica difícil compreender que mudanças legais e institucionais são marcas por reestruturações que produzem esvaziamento de procedimentos formais da democracia representativa e conseqüente fragilidade de seu funcionamento. Diante do exposto, cabe salientar que é nesse campo específico que é feita a aposta do apoio institucional, o que é positivo do ponto de vista da resistência nesse campo de disputas demonstrado pela RSB. Contudo, procura-se atentar às interferências e forças políticos e sociais, para compreensão das contradições que persistem por dentro da implantação do sistema de saúde, e continua a produzir lacunas dentro do projeto reformista seja qual for a proposta que seja pensada e implementada.

Antes da implantação do apoio institucional, período pré-Partido dos Trabalhadores, Campos (1992), apontou como desafio para RSB, a urgência de desvinculá-la de uma limitação histórica através de um “salto qualitativo que transforme a atenção médico sanitária de instrumento de reprodução da força de trabalho em meio de defesa da vida” (CAMPOS, 1992, p. 150). No cruzamento de tais questões, a luta política pela democracia em saúde evidencia um “fracasso da gestão planejada da economia, e a inocuidade das políticas sociais no Brasil, em compatibilizar direitos sociais com democracia” (CAMPOS, 1992, p. 12).

Especificamente, quanto ao constante embate de forças no cenário político brasileiro há uma peculiaridade histórica da qual emergem alguns entraves para realização de mudanças. Um dos efeitos imediatos advindos dos setores representados pelo capital em prol de seus interesses, em detrimento dos interesses da população, deflagrou “um processo recessivo e políticas sociais cada vez mais restritas conforme as recomendações de organismos financeiros internacionais”. (CAMPOS, 1992, p.19).

Tal processo, que apesar das contradições foi minimizado durante os governos Lula e Dilma, volta a seguir seu curso através do atual programa de governo peemedebista *Ponte para o futuro*²⁰, do presidente em exercício Michel Temer, que reitera o ataque aos direitos constitucionais, desvinculando do orçamento da União os recursos destinados à educação, saúde, como também, o equilíbrio fiscal pela diminuição de programas sociais, e retirada dos direitos trabalhistas outrora conquistados. Estes representantes aderem à privatização e a outras medidas que enfraqueceram as instituições públicas comprometidas com a garantia de direitos.

Estamos entendendo que a pretensão assumida pela RSB precisa se corporificar através de intervenções que levem em conta os conflitos colocados pelo neoliberalismo, e a real necessidade de uma reforma em um nível cultural, que aponte para uma reforma que se estenda para todo o corpo social, portanto, uma reforma do Estado. Só a partir dessa concepção, pode-se entender a urgência de um “remodelamento radical das relações entre Estado, trabalhadores de saúde e sociedade, bem como dos modos de gestão e de organização dos serviços de saúde” (CAMPOS, 1992, p. 27).

Remodelamento esse indispensável para superar desafios e problemas vividos pela população, em que se pese o pleno alinhamento do direito à saúde e que aponte para um “efetivo acesso de amplos contingentes populacionais aos serviços de saúde como resultado de conquistas arrancadas após anos e anos de pressão social” (Ibidem, p. 28). Uma forma que encontramos para pensar no “enfrentamento direto” de que nos fala o autor, foi atentar às relações de poder presentes em toda malha social, em todas as suas dimensões. No caso do SUS, este é atravessado por forças, conflitos e interesses em seu arranjo organizacional.

De acordo com outras leituras, como de Guizardi (2008), podemos perceber que dentro dos modelos tradicionais de gestão em saúde existem esparsas aberturas à participação coletiva e

²⁰ Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2016.

democrática. No tocante a isso, tal porosidade reflete a importância de se pensar em possibilidades no campo da gestão saúde, como o apoio institucional, pensado por Campos ao final dos anos 90. No entanto, a emergência de mudanças estruturais nas instituições de saúde deve “constituir uma estrutura produtiva, discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social” (CAMPOS, 1992, p. 38). Mas, *como desarranjar modelos tradicionais?*

Paim (2008) salienta a necessidade de serem retomados os objetivos de um projeto grandioso que faz parte dos pressupostos outrora trazidos pela RSB, apesar dos obstáculos que dificultam a participação e o controle social. Convém sinalizar que a lei 8080/90 é um marco inicial no país, bem como a lei complementar 141 de 2012, que “regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde”, e além disso, “estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993”.

Estas produziram novos arranjos para o campo da saúde pública no Brasil, apesar de muitas vezes apresentarem um caráter genérico, e da existência de divergências quanto a explicitação dos conceitos, princípios, diretrizes, e outros regramentos da lei 8080/90. Inclusive, alguns hiatos persistiram e influenciaram negativamente o seu pleno desenvolvimento. Somente com a publicação do decreto nº 7.508/11, para regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ficou disposto maior clareza quanto à organização do Sistema Único de Saúde.

No entanto, é essencial enfatizar algo que transcende a instituição de arcabouços legais, mas a difusão de uma consciência sanitária que aponte para a concepção de democracia de forma ampla. Sendo assim, em relação à democratização da saúde, Paim (2008) afirma:

[...] O Sistema Único de Saúde (SUS) [...] corresponde a uma reforma setorial cuja origem não se encontra no Estado nem em governos, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos 1970, defendendo a democratização da saúde. Assim, uma das bandeiras de luta era: saúde é democracia, democracia é saúde (PAIM, 2008, p. 626).

Tal afirmação demanda uma análise crítica dos desdobramentos da política de saúde, principalmente a partir dos anos 2000. Pois, a par disso, nota-se que há a necessidade de um posicionamento em relação à perspectiva democrática que defendemos para os trabalhadores. A perspectiva contra hegemônica deve ser incitada em prol da transformação social, visto que

tecnicismo pragmático ou a implementação de leis e decretos não atendem às reais demandas sociais e a superação das relações sociais vigentes.

Trata-se da necessidade de se lançar mão de uma estratégia dialógica voltada à transformação das relações sociais. Logo, o reconhecimento da realidade da saúde, e compreensão dos modos como se relacionam os entes federados e como se estruturam as políticas de saúde no território, ou a gestão do sistema de saúde que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento dos serviços, é algo fundamental para que se proponham mudanças. Hoje, a cobertura assistencial de saúde no Brasil expressa uma divisão ideológica e artificial entre os que possuem planos de saúde destinados, em geral a classe média, e aqueles que utilizam exclusivamente o SUS, em geral a população mais pobre. Logo, conclui-se que a retomada dos ideais da Reforma é vital, já que contraria a lógica consumista da saúde financiada pelo poder público, que acaba por fragmentar as políticas públicas e os serviços no território.

Quanto ao SUS, a participação dos diversos atores sociais e sua capacidade de aglutinar pessoas para a discussão é um avanço notável. Ao longo dos anos, foram construídos novos espaços de participação social e instrumentos de avaliação das prioridades e deveres reconhecidos pelo Estado, porém ainda estamos imersos em uma cultura hierarquizada, centralizadora, que não logrou o exercício pleno de uma gestão democrática, sendo necessárias correções de curso quanto às diretrizes da RSB.

Consideramos significativos os avanços quanto à gestão compartilhada, como a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde como o Pacto de Gestão de 2006, que “estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS”. *No entanto, como engendrar novas práticas democráticas no cotidiano das instituições de saúde?*

Tais questões evidenciam o “porquê” de passados quase trinta anos o SUS não ter conseguido realizar-se universalmente. Apresentar problemas estruturais não enfrentados significa apontar para uma crise inerente ao SUS no interior do capitalismo sobre o SUS. É relevante considerar que apenas a formulação de políticas e a dificuldade de financiamento não respondem à totalidade de demandas que emergem. Para além da prescrição de normas, portarias, e fiscalização, deve-se impulsionar a implementação de políticas como as de Saúde Mental e ParticipaSUS que aderiram ao Apoio Institucional como modo de potencializar e operacionalizar

suas ações. Exemplo disso é “a regulamentação de alguns dispositivos da Lei Orgânica do SUS, cujo objetivo foi enfrentar parte significativa dos obstáculos da gestão e organização do SUS. (CARVALHO, 2013, p. 70), através do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Parte importante de tais obstáculos devem-se à histórica dificuldade de relação construtiva entre os entes federados. Neste sentido, o Apoio Institucional constitui uma aposta de fortalecimento da horizontalidade, buscando “com outros entes (municípios, estados, regiões), para além das normas, além da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS. (BRASIL, 2012, p. 17).

2.2 O APOIO INSTITUCIONAL

Neste contexto que traçamos em linhas gerais o Apoio Institucional surge como estratégia de transformação por dentro da gestão. O Apoio está inserido no sistema de saúde brasileiro (SUS), que tem norte a mudança na relação Estado-sociedade, operando a partir de princípios e diretrizes, como a descentralização da gestão, participação popular e controle social em todos os níveis de gestão do sistema. Entretanto, nasceu e se desenvolveu em meio ao avanço do neoliberalismo na América Latina. Quanto a isso Pereira Junior (2014), sinaliza alguns efeitos impactantes para o cotidiano do SUS, comuns às organizações em geral, provocados pela racionalidade gerencial hegemônica:

O discurso hegemônico de privatização/desestatização, contenção de gastos públicos e seleção das demandas sociais invadiu todos os governos da Nova República, impondo uma focalização das políticas sociais, inclusive na política de saúde. Apesar dos avanços conquistados, a manutenção do modelo médico hegemônico, a reforma do Estado inconclusa, o predomínio do velho modelo de gestão pública, o subfinanciamento, a precarização do trabalho e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde são, ainda, os principais desafios da Reforma Sanitária brasileira na atualidade. (PEREIRA JUNIOR, 2014, p. 896).

Neste sentido, a expressão “Apoio Paidéia” foi criada, originalmente, por Campos²¹. Define-se como uma postura metodológica que busca transformar os tradicionais mecanismos de

²¹ Gastão Wagner de Sousa Campos é professor titular no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Médico, sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva. Formulou o *Apoio Paidéia*, [...] com o passar do tempo ganhou novas terminologias e conceitos, desdobrando-se em modalidades, e atuação em diferentes níveis de gestão. Alguns dos termos utilizados: “apoio matricial”, “apoio integrado”, “apoio regional”, “apoio temático”.

gestão. Este autor utiliza o termo “paidéia” para referenciar o apoio à experiência grega quanto à ampliação do exercício democrático na tomada de decisões. Tal exercício deverá ser acionado através de processos reflexivos, sempre em um movimento coletivo em espaços geridos pelos SUS. Assim, em detrimento aos métodos tradicionais de gestão derivou o *Método Paidéia*, “uma metodologia de análise com ênfase na interpretação da ação prática dos sujeitos” (Campos, 2006, p. 21). A adaptação do termo grego, realizada pelo autor, desdobrou-se posteriormente no conceito do *Apoio institucional Paidéia*. Segundo o autor:

O termo apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, sustentado e empurrado por sua vez pela equipe “objeto” da intervenção. (CAMPOS, 2007, p. 87).

O Apoio também é compreendido como “função ‘paidéia’”, entendida como “uma dimensão da gestão, no sentido de produzir sujeitos e coletivos organizados e de reforçar o compromisso com os valores de uso nas atividades profissionais de trabalhadores da saúde” (VIEIRA, 2004, p. 364). Além disso, entendemos que tal função, como mesmo nomeia Vieira (2004), se refere à uma concepção teórico-metodológica de apoio à cogestão de coletivos, e é permeada pelas bases conceituais do movimento pela democratização da saúde, a RSB, que teve e tem como objetivo a democracia participativa no SUS. Tal concepção reúne teorias, como a Pedagogia, a Psicanálise dados empíricos observados no SUS, e a experiência com a gestão colegiada centrada em equipes de saúde.

A ênfase na gestão colegiada, visa aumentar o vínculo entre os diferentes atores sociais envolvidos em uma dinâmica histórica e social, implicados para a produção de um fluxo de aprendizado que se atualize constantemente. Como efeito, busca-se a reflexão para a mudança, e a análise pelo coletivo para a qualificação da própria intervenção, e para a produção de novos sujeitos. Segundo Campos (2007), “não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários” (CAMPOS, 2007a, p. 85)

Após breve apresentação do apoio institucional, consideramos pertinente enfatizar alguns pontos intrínsecos a sua inserção e operacionalização. Em *Reforma da Reforma: Repensando a saúde* de autoria de Campos, elencamos dentre muitos apontamentos àquele que a nosso ver possui maior relevância para a discussão aqui realizada: A implementação de um SUS capaz de

construir “novos modelos de gestão e de organização dos serviços” (CAMPOS, 1992, p. 31). Denota-se assim, a construção de um modelo tecnoassistencial comprometido com valores democráticos e com a defesa da vida. Contudo, verificam-se sérias questões para a efetivação dessa construção, devido à profunda limitação histórica de ruptura com a forma neoliberal de pensar e fazer saúde. Limitação esta que se expressa “na infra-estrutura do modo burocrático de organização e na superestrutura do predomínio da ideologia neoliberal” (CAMPOS, 1992, p. 40). Segundo este autor a possibilidade de uma Reforma Revolucionária dependeria do amadurecimento produtivo de conflitos, e o favorecimento às novas conquistas democráticas, bem como “a aquisição de novas cotas de poder para os trabalhadores” (CAMPOS, 1992, p. 137-138).

Também, devemos salientar que o apoio institucional se insere dentro de um sistema econômico que produz modos de ser e estar no mundo. Isto nos faz atentar ao fato de o capitalismo, sobretudo sua vertente contemporânea, o neoliberalismo, não acumula apenas capital, produz subjetividades obedientes dentro de relações hierárquicas. Portanto, seus efeitos se tornam evidentes nas condições de vida, nas relações de trabalho através da produção burocratizante das organizações contemporâneas, cuja cultura administrativa reifica a separação entre aqueles que planejam, daqueles que executam.

Seguindo o raciocínio de Campos (1992), percebemos que essa cultura administrativa produtora de contradições, que bloqueia a autonomia e a práxis do trabalhador, se capilarizou nas redes institucionais de saúde, pela presença de interesses divergentes. Como resultado tem-se o amplo exercício de práticas impeditivas de aprendizado, cuja baixa ressignificação dos modos de agir não ativa reflexões modificadoras de sujeitos e contextos. Diante disso, o autor pontua que o esforço a ser realizado seria de “recriar um desenho de Sistema de Saúde que combinasse integração assistencial com autonomia de gestão [...] a tal ponto que quebrasse a dominância da lógica neoliberal (CAMPOS, 1992, p. 174).

Contudo, sustentar este processo demanda coletivos implicados com a autonomia e o protagonismo no SUS, com bandeiras favoráveis ao pleno direito à cidadania. Para tanto é fundamental que se rompa com a perspectiva taylorista vigente, cuja lógica hierarquizada e fragmentada dos processos de trabalho é contrária aos interesses públicos, pois não estão abertas às reais demandas da população.

É importante sinalizar a pluralidade de experiências e modos de se apoiar. Alguns autores pensam o apoio como “uma função de fomento e acompanhamento de processos de mudança nas organizações [...] para pensar a gestão” (BARROS *et al*, 2014, p. 1108). Outros, como metodologia que “pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, potencializando a integração interdisciplinar de conhecimentos e de experiências” (DOMITTI, 2006, p. 21), e ainda, “como tecnologia que assume a crítica à racionalidade gerencial hegemônica e que se insere nos processos de produção de saúde para construir outras racionalidades e novas formas de gestão” (PAULON, *et al*, 2014, p. 812). Atentos a isso, verificamos com estes autores que “há que se demarcar, também, certa banalização do termo. Parece que esse conceito-ferramenta que nos é tão caro tem virado uma palavra jogada ao vento” (Ibidem, p. 815). Em face destes três exemplos, adotaremos o termo ‘apoio institucional’.

No que diz respeito à prática do apoio nos serviços, tal proposta se materializou inicialmente na Saúde Mental da cidade de Campinas (SP), enquanto “retaguarda especializada a equipes e profissionais” (CAMPOS, DOMITTI, 1999, p. 399), dada a importância da Atenção Básica de Saúde (ABS), como *locus* de ações que interferem na operacionalidade dos demais serviços do SUS. A partir dessa primeira versão, um arranjo organizacional para o trabalho em saúde foi implementado com o objetivo de ampliar os conceitos de equipes de referência. À época, tratava-se do apoio matricial, utilizado desde 1989, e atualmente operacionalizado nos Núcleos de Atendimento à Saúde da Família (NASF). No que se refere ao apoio matricial e o apoio institucional, esses autores sinalizam que “cabe reforçar a distinção entre o apoio matricial – que trata de conhecimentos ou tecnologias específicas –, e o apoio institucional, relacionado à inovação e suporte aos coletivos” (PAULON *et al*, 2014, p. 814)

Entendemos, a partir da experiência de pesquisa e leituras realizadas, que alguns modos de apoiar ganharam corpo, e novas performances organizativas foram adotadas apesar do desgaste institucional dos serviços e dos trabalhadores de saúde frente às demandas sociais. Sendo assim, o apoio institucional surge em contraponto “à figura clássica de um supervisor do trabalho de inspiração da gestão do trabalho na área industrial e, também, ao analista institucional” (PAULON *et al*, 2014, p. 810).

Contudo, é importante ressaltar que todo trabalho em saúde porta como desafio as contradições ideológicas presentes na sociedade, como o sucateamento, o subfinanciamento, a privatização e outros movimentos que visam subjugar o público aos interesses privados, sequer

citamos outros entraves como o descompasso político entre os três níveis de governo. Neste caso, especificamente nossa aproximação com os estudos sobre o apoio institucional nos levou à identificação de alguns referenciais que se revelam centrais para operacionalidade desta práxis. São para nós como coordenadas. Trata-se de marcos teóricos que servem como bases conceituais, de suas perspectivas se forjou a práxis apoio, auxiliando-nos a refletir sobre esta sem considerá-la à margem de processos políticos mais recentes.

Cabe ressaltar que a proposta diz de uma combinação entre um novo método de governar as instituições, baseando-se em uma democracia institucional comprometida com produção de sujeitos co-responsáveis, mobilizados pelo dispositivo da roda, e mobilizadores desse. Voltados para os modos de gerir o trabalho segundo a concepção clínica para saúde pública, e a com vista à ampliação dos coeficientes de vínculo, conforme sintetizados pelo *Método da Roda*, marco teórico do qual falamos, que se propõe a “realizar uma costura entre uma perspectiva crítica (antiTaylor) e outra de reconstrução dos modos de se fazer política, gestão e construção de sujeitos” (OLIVEIRA, 2011, p. 33). Esta aposta radical, de rompimento com a linha tênue entre pensar e agir, propõe como efeito a ampla reforma do SUS.

Complementar a esta idéia, Oliveira (2011) apresenta quatro eixos que o compõem, e simultaneamente ratificam a defesa da vida, da democracia e dos princípios do SUS. Os quatro eixos podem ser sintetizados como: Eixo 1- Representa a crítica ao caráter taylorista; Eixo 2- Afirma a recíproca relação entre o Método da Roda e a democratização institucional; Eixo 3- defende a reaproximação entre mundo do trabalho e mundo da vida, para reconstruir o sentido do trabalho e; Eixo 4- Coloca o Método da Roda como operador de análises e desvios. A democracia implícita neste novo modelo de gestão conduz à qualificação da “roda”, cuja novidade seria tanto a integração da rede²² de gestão e de serviços de saúde, em relação ao acolhimento, ao vínculo, à resolutividade, à gestão dos processos dos modos de trabalhar, à intersetorialidade e à corresponsabilização, quanto a integração interdisciplinar, interprofissional e transdisciplinar dos saberes e práticas, centrados nos usuários (OLIVEIRA, 2011, p. 32).

²² Entendemos o conceito de “redes”, tal como a definição expressa pelo Ministério da Saúde sobre as Redes de Atenção à Saúde: “As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010)”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 7 jun. 2018.

Entendemos que a proposição deste método visa enfrentar desafios, como os aspectos historicamente hegemônicos na cultura política de saúde, cujo modelo de gestão apresenta incompatibilidade com a liberdade e o alargamento da democracia defendida pela Reforma Sanitária. Diante deste contexto, enfatizamos a dimensão da *cidadania* e sua relevância para a tessitura do trabalho em saúde, bem como sua estreita relação com o coletivo e os processos democráticos de construção do SUS. É, por isso, fundamental para a práxis apoio:

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, 2000, p. 161).

Compreendemos, assim, que os processos de democratização no cotidiano dos serviços de saúde é o ponto central a ser considerado em nosso trabalho. Isto implica pensar no engajamento coletivo como fundamental para a construção de processos cogерidos em contraposição aos modelos de gestão mais endurecidos e hierarquizados. Portanto, tal como expressa Campos (2003), o Apoio Institucional emerge como uma nova possibilidade de exercer uma pressão de fora no sentido que trata Campos, “pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo: sustentar e, ao mesmo tempo, empurrar o outro” (CAMPOS *et al*, 2014, p. 991).

Vale ressaltar que o Apoio Institucional não foi proposto para o exercício de supervisão e fiscalização, de comando e controle de pessoas. Antes, ele deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, buscando por novos modos de operar e produzir nas organizações. Trata-se de uma nova aposta de gestão participativa e democrática que contraponha a racionalidade gerencial, de um modo interativo, que busca estimular a cogestão e o estabelecimento de relações capazes de colocar em análise os impasses institucionais, voltado para a criação de novas possibilidades de construção e fortalecimento do SUS. Sobretudo, a dimensão subjetiva deve ser levada em consideração neste reordenamento das relações estabelecidas entre equipes, gestores, usuários, e demais grupos sociais.

Observa-se que tal articulação deverá incitar a ampliação da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos, que circulam pelos diferentes âmbitos das instituições de saúde. No entanto, esta ampliação acontece tão somente quando os diferentes sujeitos implicados dialogam, produzem acordos, metas e projetos de intervenção. É aqui que pontuamos essa *intervenção sobre, em que a discussão do comum faz estremecer a tradição de comando vertical, ao articular*

os diferentes interesses em jogo, um aspecto que consideramos importante para “a construção de cidadania e de sociedades democráticas” (CAMPOS, 2003, p.92). Trata-se, segundo Campos, de estabelecer possibilidades crescentes, mais criativas, solidárias e produtoras de movimento. Paulon e Elahel (2010) complementam:

[...] O apoiador institucional exerce a função de colaborar e prestar suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos, dotando-os de maior capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e ampliando o grau de realização dos trabalhadores da saúde. Como função, portanto, fundamental tanto para a implantação de processos de mudança, quanto para a sua sustentabilidade. (PAULON; ELAHEL, 2010, p. 156).

Em síntese, podemos compreender o Apoio Institucional como uma práxis que se propõe a recorrer às ações criativas para atravessar camadas mais endurecidas impostas pelo “núcleo do pensamento tecnocrático”, o qual rejeita “a circulação de afetos” e concebe o sujeito como mero objeto. Para Bertussi (2010) a proposta do espaço micropolítico ganha centralidade para a operacionalização do apoio. Segundo a autora, torna-se possível realizar uma ruptura com a lógica predominante, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Seu significado só é possível no espaço coletivo, como um local propício ao exercício do poder de mudar. Ou seja, “no Paidéia a democratização da gestão se dá sempre por meio da organização de colegiados. Uma proposta de democracia representativa e que supõe que os trabalhadores estarão dispostos a revelar seus jogos e projetos nessa nova arena institucional – a roda. (BERTUSSI, 2010, p. 169). Remetendo-nos também a Oliveira (2012) que, em sua análise sobre o apoiador, concebe tal práxis como um *constituir-se* atualizado no encontro com o outro (OLIVEIRA, 2012, p. 224).

A partir das considerações realizadas, torna-se importante falar sobre algumas configurações da progressiva inserção do Apoio Institucional. Entendemos que sua inserção se inicia na perspectiva de compreender-transformar fragilidades das redes de atenção. Portanto, sua operacionalização inicial constitui-se, sobretudo, por professores universitários, cujo compromisso era o de apoiar propostas de intervenção e projetos de humanização em seus respectivos territórios de referência, além de mobilizar um grande número de trabalhadores de saúde em todo país, por meio de cursos de formação de apoiadores institucionais. Realizaram-se mudanças, de maior ou menor amplitude, segundo as circunstâncias de cada região, algumas pedidas, mas outras efetuadas para preencher lacunas de uma gestão fragilizada, cuja cadência histórica deixou marcas importantes.

Com intuito de melhor compreendermos a formulação do apoio institucional apresentamos resumidamente através do Quadro 2, alguns recursos que selecionamos, úteis à função do apoio Institucional, listados por Campos (2001).

Quadro 2 - Funções do Apoio Institucional

Função Apoio	
Primeiro: Construir Rodas	- Contribuir ativamente a criação de espaços coletivos; arranjos ou dispositivos (settings) que propiciem a interação intersujeitos.
Segundo: Incluir as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimentos em análise	- O Apoiador e o processo de apoio devem ser submetidos à avaliação e correção de rumo. - O diagrama de relações de cada organização deve ser colocado na roda. - Permitir, concordar e, até mesmo, buscar ativamente incluir-se nesses processos; - Negar a neutralidade e explicitar o lugar e o modo de vinculação de cada um. - Colocar em análise as relações de poder, de conhecimento e de afeto envolvidas.
Terceiro: Trazer para o trabalho de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação a lógica da tríplice finalidade das organizações	- Analisar os processos segundo os três objetivos básicos, a saber: qualificar a ação institucional para o cumprimento de finalidades externas ao grupo – produzir valores de uso para outros –, para a defesa e reconstrução da própria organização e para assegurar o desenvolvimento e a realização pessoal e profissional do grupo apoiado.
Quarto: Trabalhar com um metodologia dialética que traga ofertas externas e que ao mesmo tempo valorize as demandas do grupo	- Construir e trazer para as rodas sugestões de modos de analisar e de intervir sobre a vida. - Recolher as demandas do grupo e daqueles com quem ele está interagindo.
Quinto: Apoiar o grupo tanto para construir objetos de investimento, quanto para compor compromissos e contratos com outros.	- Capacitar os agrupamentos a depositarem afetos positivos em objetos (coisas) fora de si mesmo, ainda que referenciadas pelo desejo e interesse de cada um. - Apostar em projetos, na construção de novas relações de afeto e de poder. Desfrutar o prazer de saber. A construção deste objeto de investimento depende de fatores políticos, cognitivos e afetivos.

Fonte: A autora.

Observamos pelas produções textuais e documentos oficiais, que o processo de institucionalização do apoio institucional foi impulsionado tanto pelos debates de docentes do meio acadêmico, quanto pela implementação de políticas específicas como a Política de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (2003), e de Educação Permanente (2006).

Forja-se, com isso, um modo diferente para concretizar no campo da saúde um novo modelo de gestão em saúde, centrado na ruptura da lógica taylorista. Sua premissa seria um novo sistema de gestão, cujos aspectos fundantes são a qualidade da oferta de saúde à sociedade e a

satisfação dos trabalhadores de saúde, objetivando-se estrategicamente a quebra da “impessoalidade reinante nos serviços públicos, traço cinzento a reforçar a burocratização” (CAMPOS, 1992, p. 153-155).

A inserção do apoio Institucional nas Políticas de Saúde no ano de 2004 ocorreu através da formulação de políticas específicas como a Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde (HumanizaSUS), e Educação Permanente (2006) já mencionadas, que impulsionaram a formação de trabalhadores de saúde como forma de difundir o apoio Institucional através, por exemplo, da confecção do Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde, QUALISUS-REDE do Ministério da Saúde (2011), e demais cursos ofertados.

Especificamente a respeito da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde (HumanizaSUS), pode-se identificar com maior nitidez os progressos e retrocessos do SUS, sobretudo, considerá-lo como “uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças” (Brasil, 2008, p. 14). Sua aposta se concentra em uma concepção dialógica entre formação/pesquisa/ação com vista às ações mais transversais, capazes de potencializar uma gestão ativa, integrativa e mais próxima das complexidades reais da sociedade. Segundo Benevides e Passos (2005a), trata-se de uma indicação metodológica que busca “o enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 390).

Para Oliveira (2011), tal política alude ao compromisso ético-político da garantia de espaços de corresponsabilização, e sua influência direta sobre o Apoio Institucional tem como mote a importância da ativação de espaços coletivos, já que o *pensar com* potencializa o compromisso subjetivo dos sujeitos envolvidos com projetos de intervenção na realidade, e o *fazer com* aponta para a inseparabilidade entre clínica, atenção e gestão, importantes para a proposta do Apoio Institucional.

Portanto, correlacionado aos pensamentos de Benevides e Passos (2005b), coloca-se em voga a operacionalização do trabalho democrático para permanente construção do SUS, conforme as “lutas pela redemocratização da sociedade brasileira que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar” (p. 563). Em nossa leitura, este é o elo que liga os anos de resistência no início da Reforma Sanitária à atual conjuntura permanente de luta. Logo, do ponto de vista organizacional, como possibilidade as implicações subjacentes aos processos de

trabalho como, o diálogo, autonomia, e liberdade como a possibilidade para mudança em saúde, o apoio institucional é segundo o documento bases da Política Nacional de Humanização:

A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações. (BRASIL, 2008, p. 52- 53).

Recorrer aos novos modos de operar e produzir das organizações também incita, em nosso entendimento, a reflexão do coletivo sobre a relação entre o Estado e as políticas públicas. Benevides e Passos (2005b) pontuam que “quando esses dois termos não são mais tomados como coincidentes, quando o domínio do Estado e do público não mais se justapõem, não podemos aceitar como dada a relação entre eles” (p. 570). Logo, o exercício de questionar o que é vivido não por um sujeito em sua experiência singular (suas queixas isoladas), mas por um sujeito inscrito em um coletivo, transforma a solicitação de um na solicitação de muitos como algo inerente à experiência concreta dos coletivos, ou seja, é “levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 570). Nesse sentido, compreendemos que a tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade também permeia a práxis do apoio, quando visa ganhar consistência e potência pela aglutinação dos coletivos em movimentos de resistência àquilo que já dado. Ou seja, é necessário um movimento constituinte e contínuo de reinvenção de métodos que interferiram nos processos de gestão em saúde.

Enquanto aporte conceitual, entendemos que a referida política aponta para novas formas de se governar *com e pelo* coletivo, e suscita para o Apoio Institucional a possibilidade de emergência de conectividade entre os sujeitos e, com isso, poder operar transversalmente em toda a rede SUS. Esta transversalidade permeia as práticas na saúde de modo a proporcionar uma interlocução com os demais atores. Segundo Oliveira (2012), o paradigma ético político da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde (HumanizaSUS) sobre a função Apoio Institucional seria pela busca da “reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde [...] adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos” (OLIVEIRA, 2012, p. 224).

Caberia ainda enfatizar que a dimensão subjetiva e intersubjetiva permeia as relações que os trabalhadores de saúde estabelecem entre si, com outras equipes e unidades, e também nas relações estabelecidas com os usuários. No entanto, podemos perguntar: como a práxis Apoio Institucional “opera em uma região limítrofe”? Trata-se de uma aposta na indissociabilidade entre gestão e atenção, no protagonismo dos sujeitos, e na transversalização dos saberes trazidos pela política de humanização. Busca-se como resultado o desenvolvimento de sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, para transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Precisamente no sentido de encontrar formas alternativas de pensar, a postura do apoiador torna-se, nessa perspectiva, a de inclusão ativa no processo, saindo de uma posição burocratizada, misturando-se, apoiando equipes, capacitando os profissionais a depositarem afetos na elaboração dos projetos. Dessa maneira, aposta na potência do outro e na potência da oferta, ao pôr em cena a corresponsabilização, muito embora reconhecendo a impossibilidade de horizontalizar as relações de poder.

Tendo em conta as diferenças representadas pelos contrastes políticos e singularidades loco-regionais de atuação, as ações do apoio são mencionadas pelos teóricos como uma fusão de estratégias, cuja centralidade está na *mudança dos processos de trabalho através de rupturas com o modelo gerencial hegemônico*. Em outras palavras, entendemos que haveria uma busca por provocar tensionamentos com o legado taylorista cuja lógica hierarquizada e fragmentada ainda permeia fortemente os processos de trabalho nos serviços de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade.

Acrescenta-se a essa discussão, a influência do paradigma flexeriano, que em muito influenciou e ainda orienta as organizações de saúde no sentido de reforçar o modelo médico hegemônico (PAIM, 1994) e as contradições impostas pelo sistema hegemônico. No entanto, já havia sido orientado pela RSB que o processo de gestão deveria ser pensado a partir de paradigmas capazes de integrar “práticas de saúde [...] ao mesmo tempo práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas e políticas” (FLEURY, 1997, p. 20).

Isto posto, vale ressaltar a amplitude teórica e prática que o apoio institucional alcançou a partir dos anos 2000. Com efeito, múltiplos olhares e interpretações em relação às experiências sucedidas, culminaram em um expressivo número de estudos (dissertações, teses, pesquisas), além de cursos e eventos, dos quais ainda derivam não só conhecimento teórico, mas análises

sobre as experiências disseminadas por algumas regiões do Brasil. Vale citar os primeiros municípios e estados a implementarem o apoio: “Belo Horizonte (MG), Sobral (CE), Diadema (SP), Amparo (SP), São Bernardo (SP), Recife (PE), Aracaju (SE), Vitória (ES), Campinas (SP), assim como as Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro e da Bahia e a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia” (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014, p. 896). Assim, muito do que se produziu provocou alguns desdobramentos de ações nas redes de saúde, a partir de um contingente significativo de apoiadores espalhados pelo Brasil.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

A escolha de um caminho para aquilo que queremos investigar não é aleatória. Conforme afirma Minayo, inicia-se “com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais” (MINAYO, 2001, p.11). Utilizamos nessa dissertação as abordagens teóricas e conceituais presentes no campo da Saúde Coletiva, e a abordagem de *pesquisa qualitativa*, por comportar o “dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante” (ibidem, p. 15). Quanto à Saúde Coletiva, vale enfatizar que:

[...] como campo do saber e espaço de prática social foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização social da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. (FLEURY, 1997, p. 25).

Nesta perspectiva, a pesquisa fundamenta-se na coexistência de dimensões que atravessam o fazer do apoiador, e sua interface com questão da democratização em saúde. Como já expresse anteriormente, nosso estudo define-se pela análise das percepções que o apoiador tem a respeito da democratização no SUS. Portanto, a aproximação da realidade social é a condição *sine qua non* para apreender as singularidades advindas da conjuntura histórica, dinâmica e contraditória da saúde pública brasileira. Ainda como parte do esforço acima mencionado, cabe registrar que a abordagem qualitativa é compatível com o objetivo geral, e objetivos específicos, por permitir a aproximação das dimensões históricas e ideológicas, de “processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001 p. 21-22). Sendo, portanto, coerente à nossa pesquisa.

A pesquisa que deu suporte a esta dissertação constitui-se como um recorte de uma pesquisa maior, a qual integrei como bolsista de pesquisa entre 2012 e 2013, realizada pelo Laboratório de Pesquisa em Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/IMS/UERJ) coordenada pela Professora Roseni Pinheiro. A pesquisa “*Áreas Programáticas e direito à saúde: Construção da integralidade no contexto do apoio institucional*” constituiu-se como uma parceria techno-científica com o Ministério da Saúde (MS), firmada no ano de 2012.

A pesquisa do laboratório teve como principal eixo orientador o princípio da integralidade em saúde, e tentou cartografar a atuação dos apoiadores em território nacional, no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), que “coordena o processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde”²³. Compõe o departamento as seguintes Áreas Programáticas: Saúde da Mulher; Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Saúde do Adolescente e do Jovem; Saúde da Criança, incluindo Aleitamento Materno e Bancos de Leite Materno; Saúde da Pessoa com Deficiência, incluindo a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência; e Saúde no Sistema Prisional. Além disso, o DAPES é responsável pelo:

O estímulo, planejamento, avaliação e monitoramento de ações estratégica de atenção à saúde a populações estratégica ou vulneráveis é função do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES). Dentre as responsabilidades do DAPES estão o estímulo a pesquisas relacionadas às ações programáticas estratégicas e a promoção de cooperação técnica com instituições de pesquisa e ensino para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras de gestão e atenção à saúde das ações programáticas estratégicas.²⁴

Deste modo, a pesquisa do LAPPIS foi desenvolvida em diversas frentes, entre as quais participamos ativamente do *Componente 1*, referente à pesquisa científica, ao mapeamento dos apoiadores, à convocatória de experiências, memórias e cartografia das áreas técnicas DAPES. À época, norteado por alguns critérios, as metas da parceria entre o LAPPIS e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), foram:

[...] compreender, a partir da análise das experiências existentes, os mecanismos de inserção do apoio institucional 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 institucional como eixo orientador das práticas e ações, que permite aproximar as diferentes áreas programáticas e a gestão das políticas de saúde.²⁵

É importante sinalizar que participamos de várias etapas operacionais da pesquisa, conforme registramos na quadro 4. Estas etapas possibilitaram conhecer parte do cenário nacional, e uma pequena parte da atuação do apoio. A pesquisa contou com diversos momentos de encontros entre a equipe de pesquisadores e diversos apoiadores do MS de todo o Brasil. Um desses momentos, denominado de II Oficina Metodológica (II OM), foi muito rico em termos de

²³ Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sas/departamentos>>. Acesso em: 8 jun. 2018.

²⁴ Idem.

²⁵ Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/site/apresapoioinst>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

análise do trabalho dos apoiadores e de propostas para o desenvolvimento da própria pesquisa. Por este motivo, essa dissertação toma a II OM como um grupo focal e se debruça sobre a análise da relação entre o trabalho do apoiador e a democratização na gestão da saúde a partir da discussão realizada entre os 13 participantes (5 apoiadores e 8 pesquisadores) durante três dias (22 a 24 de outubro de 2012).

Os apoiadores que participaram da II OM estavam vinculados ao SUS, através de diferentes níveis de atenção e gestão, fundações e universidades. Estes representaram os seguintes municípios e Estados: Vitória-ES, Cariacica-ES, Salvador-BA, Juazeiro-BA, Rio Branco-AC, Palmeira das Missões-RS, Campinas-SP e Ceará. O quadro abaixo dispõe do perfil de cinco dos apoiadores participantes. No entanto, não foi possível captar na transcrição as falas dos apoiadores de Vitória e Cariacica (que estavam sentados próximos e muito distantes do microfone). O quadro 3 apresenta a caracterização dos serviços acompanhados pelos apoiadores institucionais que participaram da IIOM. Destaca-se que o mesmo apoiador era responsável por acompanhar o município do Salvador e o estado do Ceará.

Quadro 3 - Caracterização dos apoiadores inseridos nos Serviços de Saúde.

A1	A2	A3	A4	A5
Rede Municipal de Saúde de Campinas (SP). Atuação: Apoio ao Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS III), Centro de convivência.	Rede Municipal de Saúde de Rio Branco (AC). Atuação: Apoio ao Departamento de Assistência, Vigilância, Departamento de gestão de pessoas.	Rede Estadual de Saúde de Palmeira das Missões (RS). Atuação: Apoio à Coordenadoria de Saúde.	Rede Municipal de Saúde de Juazeiro (BA). Atuação: Apoio à Estratégia Saúde da Família (ESF).	Departamento de Áreas Programáticas Estratégicas (DAPES) Atuação: Apoio à rede cegonha no estado do Ceará, e humanização em parceria com a Fundação Estatal de saúde da família de Salvador (BA).

Fonte: Elaboração da autora com base no documento da II OM, 2012.

A transcrição da II OM, transformada em documento, foi eleita como *campo empírico* para o desenho do projeto de pesquisa ora apresentado. Segundo Minayo (2012), na pesquisa

qualitativa, o campo seria “como o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação [...] deve ser realizado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais” (MINAYO, 2012, p. 62-63). A escolha desta oficina como objeto de análise dessa dissertação foi possível na medida em que o debate teve como foco as *potencialidades* e *desafios* para a concretização do apoio. Toda a atividade foi gravada e posteriormente transcrita, gerando um documento com mais de 103 páginas.

A oficina se iniciou a partir da realização do diálogo entre os participantes, uma espécie de tempestade de ideias, que teve como objetivo resgatar, de forma singular, interativa e dinâmica aquilo que a experiência suscitava a partir do fazer dos apoiadores em seus territórios. Tratou-se de um exercício com os apoiadores para conceituar, com base na memória da experiência pessoal e profissional, conceitos relativos à Integralidade e apoio institucional. Em seguida houve a exposição das experiências de Apoio Institucional, mediadas por perguntas abertas, seguindo-se apenas o fluxo lógico de cada experiência apresentada. Coletamos apenas as respostas que compuseram a construção de uma matriz analítica do LAPPIS, que se coadunasse aos propósitos de nossa pesquisa e objetivos, demonstradas no Quadro 4.

Cabe salientar que a oficina foi realizada pautando-se no método dialógico, sendo enfatizados, por exemplo: O resgate da memória sobre os modos de se produzir novos arranjos; A conexão entre as redes de serviços e; As possibilidades de convocar outros saberes, outras equipes de trabalho, outros dispositivos e usuários. Além disso, incluímos as queixas embutidas nas áreas programáticas, como forma de não deixar-se perder os tensionamentos da realidade. Todos os apoiadores participaram ativamente por três dias, sem que houvesse desistência.

Os critérios de seleção que nos levaram a esta escolha foram: 1. Participação direta com o coletivo de pesquisadores e apoiadores, e a possibilidade de diálogo direto com pesquisadores e apoiadores no decorrer do encontro; 2. Confecção do documento da II OM realizada pela pesquisadora; a abrangência nacional da parceria LAPPIS/DAPES e; 3. Compatibilidade dos temas suscitados com a linha de pesquisa na qual se insere nosso projeto, no Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV), a saber, a Gestão do Trabalho na Educação e na Saúde.

Para o desenvolvimento de pesquisa ora apresentada, verificamos uma quantidade considerável de informações, as quais nos possibilitaram identificar aspectos relevantes sobre a

implementação e intervenção do apoio institucional no SUS. Destaca-se, portanto, que complementar às informações selecionadas e utilizadas, também será utilizado um documento contendo o registro de informações coletadas junto aos apoiadores participantes da pesquisa do LAPPIS, especificamente a II Oficina Metodológica do LAPPIS.

Considera-se, como propõe Minayo, que o escopo da pesquisa social trabalha justamente com a compreensão de “atores sociais em relação, grupos específicos ou perspectivas, produtos e exposição de ações” (MINAYO, 2012, p. 62-63). Isto significa dizer que a inserção no LAPPIS, juntamente com pesquisadores e apoiadores, substanciou nossos questionamentos diante da tarefa da escrita e da escolha de um caminho metodológico capaz de corresponder ao cumprimento dos objetivos traçados.

Segundo Minayo (2012), o trabalho de campo possibilita ao pesquisador aproximar-se da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, e “estabelecer uma interação com os ‘atores’ que conformam a realidade” (MINAYO, 2012, p. 61). Logo, entendemos que a II OM cumpre uma dupla função: Corresponde ao nosso campo empírico ao funcionar como um grupo focal, e permite a construção de um documento base de análise para nossa pesquisa. A OM teve critério de seleção previamente estabelecidos pelo LAPPIS, ser apoiador. Dela emergiu um diálogo multifacetado de experiências, com a qualidade de permitir a formação de consensos sobre determinado assunto, a partir de argumentações. Ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária. (MINAYO, 2012).

3.2 COLETA DE DADOS

Utilizamos para nossa coleta de dados a transcrição originária das perguntas abertas feitas pelo coletivo de pesquisadores aos apoiadores durante a II Oficina Metodológica do LAPPIS, transformada em documento, a seleção de fontes documentais, e busca ativa de artigos nas Bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando os seguintes descritores: “Apoio Institucional e democratização”, “Apoio institucional e democracia”, “Apoio e cogestão”, “Método da Roda”, foram encontradas 2922 referências compostas artigos, dissertações e teses. Dentre estes trabalhos, 30 foram selecionados, a fim de facilitar nossa pesquisa e discussão. Chegamos a esses descritores após utilizarmos outros em

uma pesquisa prévia, cujo critério foram as discussões conceituais e revisões sistemáticas sobre o apoio institucional e sua correlação com a temática da democracia ou democratização em saúde. Tivemos como objetivo, abarcar trabalhos que possuíssem escopo compatível com a nossa pesquisa, o que incluiu uma revisão bibliográfica para levantamento do estado da arte com relação ao tema abordado, e revisão de conceitos teóricos caros ao apoio e a democratização.

A Seleção de fontes documentais, refere-se *ao levantamento de documentos e textos institucionais relativos à implementação do Apoio Institucional*. Nesse estudo, para coletar e para analisar as informações relacionadas ao apoio, elencamos no Quadro 4 os movimentos pioneiros para implementação e implantação do apoio no território nacional, reunindo assim todas as informações que estivessem relacionadas à estruturação do apoio, e que pudessem ser consultadas durante nossa investigação.

Quadro 4 - Resumo do desenvolvimento histórico da PNH em relação ao apoio institucional de 2003 a 2016

Período	Movimento Histórico
2003	<ul style="list-style-type: none"> - A Política Nacional de Humanização (PNH) foi a primeira área do Ministério da Saúde a utilizar os termos ‘cogestão’ e ‘apoio’ em suas concepções; - Oficinas de humanização iniciaram o processo de capilarização da PNH; - Os termos ‘cogestão’ e ‘democratização institucional’ aparecem na primeira versão do textobase da PNH; - A função ‘apoio’ foca duas dimensões: apoio matricial da PNH às demais áreas do Ministério da Saúde e apoio regional às secretarias estaduais e municipais de saúde, polos de educação permanente e serviços (Brasil, 2004);
2004	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação de oito apoiadores/consultores regionais. - O apoio matricial: é definido no glossário do Documento-base (Brasil, 2004).
2006	<ul style="list-style-type: none"> - Na terceira edição do Documento-base, a PNH esclarece a definição de apoio institucional e o diferencia do apoio matricial.
2008	<ul style="list-style-type: none"> - Na quarta edição do Documento-base, de 2008, a PNH destaca o apoio como uma função gerencial e amplia o seu conceito; - O Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), mesmo sem empregar o conceito apoio institucional, referenciou-se no ‘apoio paideia’ para definir o apoio integrado como uma estratégia (Brasil, 2004).
2009	<ul style="list-style-type: none"> - A primeira edição do Documento-base de 2009 define o apoio matricial como a constituição de rede de especialistas que apoiam o trabalho de equipes de atenção básica (Brasil, 2009, p. 28). - A Secretaria Executiva coordena o Núcleo Gestor do Apoio Integrado (NGAI), que é composto por diversas secretarias do Ministério da Saúde;

2011	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento da cogestão e da contratualização de responsabilidades entre os entes, com a participação de trabalhadores, gestores, usuários e prestadores de serviços;
2012	<ul style="list-style-type: none"> - O Ministério da Saúde incentivou a implementação de redes temáticas, com foco central na ampliação do acesso e da qualidade. - Em 2012, o documento “Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS” define os movimentos coletivos como espaço de atuação do apoiador institucional, que articula cuidado e gestão, e busca novos modos de operar e produzir saúde nas instituições; - Esses atores deverão amparar estados e municípios no planejamento estadual, municipal e regional, na definição e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase nas redes temáticas; - O Ministério da Saúde retoma a diferenciação feita em 2003-2004 pela PNH e pelo DAD, entre apoio geral e apoio específico/matricial; - Agora aparece como: apoiador e apoiador temático. Apesar de não considerar o apoiador temático como matricial, a definição é semelhante à conceituação de apoio matricial construída pela PNH; - O apoio institucional, é inserido na produção do Departamento de Atenção Básica apenas em 2011. Inicialmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera o apoio institucional como competência dos gestores dos três entes federados. 2013
2013	<ul style="list-style-type: none"> - O “Guia para apoio institucional à implementação da Rede Cegonha do MS (2013)” nomeia diversas modalidades de apoio: ‘apoio institucional temático’, ‘apoio institucional de maternidade’ e ‘apoio institucional regionalizado’. Que deverão atuar sinergicamente com base no princípio da inseparabilidade entre atenção e gestão.
2015	<ul style="list-style-type: none"> - A atual gestão do Ministério da Saúde determina o encerramento das ações de apoio dos consultores aos territórios e extingue o cargo; - O grupo gestor do Ministério da Saúde aposta em estratégias para fortalecer as RAS, com foco no fortalecimento da regionalização. Nasce o Apoio Generalista ou Descentralizado. - Apoiador Descentralizado + Apoiador Articulador: terá o papel de mobilizar os encontros do coletivo de apoiadores no mínimo uma vez por mês, com vistas à troca de saberes e informações;
2016	<ul style="list-style-type: none"> - Regiões de saúde sentem necessidade de apoio para a implantação das políticas; - Elaboração de um plano de ação que orientará a atuação do/s apoiador/es no âmbito da região de saúde e possibilitará, ao Ministério da Saúde, o monitoramento.

Fonte: Quadro construído a partir de Cassella e Machado (2018).

Cabe ressaltar que as etapas descritas acima, representam uma tentativa de compreender, através da inserção e atuação do apoio institucional na saúde em cada experiência a ser apresentada, alguns pontos específicos já mencionados. Portanto, pretendemos realizar uma

análise em aberto, pela impossibilidade de apresentarmos verdades absolutas. Isso deve ao fato dos contextos regionais possuírem características sociais e políticas distintas como, por exemplo: A implantação e implementação de processos de gestão em saúde, a forma de inserção dos apoiadores institucionais, a participação dos diversos atores sociais envolvidos com a saúde, a constituição de redes nos territórios, e a presença ou não de movimentos sociais.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE

Nessa etapa, segue-se a apresentação de possibilidades teórico-metodológicas dentro da abordagem qualitativa. Em seguida, discorreremos sobre aquela que consideramos ser a mais adequada para construção de ferramentas analisadoras (macro-categorias e categorias operatórias), a qual permitirá atingir as metas propostas. Desse modo, buscar-se-á a dinamicidade constituinte da vida humana para que sejam compreendidos os fenômenos do documento, sem pressupor linearidades.

Deparamo-nos com dois tipos de abordagens: A técnica de análise de conteúdo, e o método hermenêutico-dialético. Optou-se pela última como proposta metodológica de compreensão e análise dos dados do presente trabalho, visto que esta “tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala” (MINAYO, 2001, p. 77).

Cabe registrar que tanto a hermenêutica quanto a dialética enquanto “conceitos-chave se apoiam num campo histórico-semântico” (MINAYO, 2008, p. 83). Em face dos pressupostos desse método, um em especial nos chama a atenção. Refere-se à construção do conhecimento, especificamente a relação dinâmica entre a razão e a experiência que advém da realidade concreta. Logo, constitui um passo importante entender o manejo dos conceitos centrais da proposta dialética de análise de dados.

A começar pela hermenêutica e a sua tarefa enquanto **técnica de interpretar e explicar um texto ou discurso em busca de seus sentidos**. Há que se ressaltar, que sua utilização transborda a possibilidade de interpretação de textos, apenas. Mas, inclui a compreensão da experiência que se dá na realidade. Mas “qual é matéria prima sobre a qual se exerce o compreender?” interroga Minayo (2008). Segundo esta mesma autora, baseando-se teóricos como Gadamer (1999), Husserl (1980), Schleiermacher (2000), dentre outros, a matéria prima da

hermenêutica é “o ato do entendimento, mais que um desvendamento da verdade do objeto”. (MINAYO, 2008, p. 88). Em outras palavras, o compreender seria a base da hermenêutica voltada à interpretação sócio-cultural. Convém ainda recordar a ideia apresentada por Minayo de que a hermenêutica oferta um potencial metodológico que permite a mobilidade de conceitos na pesquisa. Em suas palavras, baseando-se no filósofo Gadamer, afirma que a hermenêutica é “um movimento abrangente e universal do pensamento humano”, do qual deriva o processo de intersubjetividade e de objetivação humana. (MINAYO, 2008, p. 85). Vejamos:

A hermenêutica se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes; e, significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. (MINAYO, 2008, p. 83-84).

Esta mesma autora também salienta “a provisoriedade interna e as múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão de um autor ou de um texto” (Minayo, 2008, p. 86). Uma interpretação seria algo intermediário ou provisório que se processam dentro do sistema de códigos, sinais, e símbolos da linguagem no documento a ser analisado, sem que com isso as mesmas sejam apresentadas como verdades absolutas.

A partir dos pressupostos mencionados são definidos dois níveis de interpretação desse método. Minayo afirma que o *primeiro nível de interpretação* agrega questões fundamentais como a “conjuntura sócio-econômica e política do qual faz parte o grupo social a ser estudado; história desse grupo e política que se relaciona a esse grupo” (MINAYO, 2001, p. 77). No que concerne o *segundo nível de interpretação* “as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais são aspectos a serem considerados” (idem). Acerca deste método, reconhece-se a existência de etapas específicas importantes, as quais serão utilizadas em nossa proposta de pesquisa, tais como: A *Ordenação dos dados* em que é realizado o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos trechos e dos dados da observação participante. A *Classificação dos Dados*, etapa esta de construção de questionamentos, com base numa fundamentação teórica, elaboração de categorias específicas, e determinação do conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação. E por fim, a *Análise final*, na qual são estabelecidas as articulações entre os dados e os referenciais teóricos, para responder às questões da pesquisa com base em seus

objetivos. Além de promover relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. (MINAYO, 2001, p. 78).

3.4 CUIDADOS ÉTICOS

Cabe destacar que esta pesquisa foi devidamente encaminhada pelo LAPPIS ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com aprovação registrada no protocolo de número 13685813.3.0000.5260 e inserção na Plataforma Brasil no dia 24 de março de 2013. Outro aspecto importante a ser mencionado, diz respeito à observação do estudo às questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos, portanto, em conformidade com a Resolução nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde²⁶, o que inclui, por exemplo, a elaboração do TCLE (Anexo I), assinado pela coordenação do LAPPIS, e uma docente vinculada ao programa de pós-graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

A escolha de como proceder à Análise de Dados revela-se um momento delicado, principalmente quando a temática da democratização da saúde envolve intensos debates, já feitos sob diversos ângulos. Logo, é importante registrar a importância da participação junto ao coletivo de pesquisadores do LAPPIS enquanto momento de reflexão e crescimento, para que pudéssemos dar prosseguimento às demais etapas da pesquisa.

A participação no LAPPIS ocorreu após contato entre docente da EPSJV/FIOCRUZ, e a coordenação do laboratório responsável pela pesquisa “Áreas estratégicas e o direito à saúde: a construção da integralidade no contexto do apoio institucional”. Dos encontros propostos, participei dos momentos que integravam o Ensino, Pesquisa e Planejamento Estratégico do LAPPIS, enquanto observadora e participante.

²⁶ Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> . Acesso em: 4 ago. 2016.

Destaca-se, a confecção mensal de relatórios contendo as atividades realizadas pela bolsista na pesquisa, encaminhadas ao Centro de Estudos em Pesquisa Coletiva (CEPESC), para prestação de contas do projeto junto à OPAS.

No Quadro 5, condensamos parte das atividades que compõe nosso itinerário de participação na pesquisa do LAPPIS, por englobar nosso processo de formação em pesquisa que subsidiam nossos movimentos frente ao tema e as nossas escolhas metodológicas. É possível visualizar parte do itinerário de atividades realizado à época enquanto bolsista do LAPPIS. A partir deste, foram retomados recentemente, registros e anotações contendo questões com maior necessidade de aprofundamento e investigação, sobretudo condizentes com o objetivo geral. Assim, ao recapitularmos este trajeto nos deparamos com a democratização da saúde, seus limites e incompletudes que apresenta e enfrenta. Alguns questionamentos como: *A construção de Políticas e como o apoio institucional comparece neste processo; Quais as articulações que sustentaram em seus territórios de origem e; Quais as necessidades para a criação de estratégias de produzir reflexão e análise de seus processos de trabalho* nos servem como vetores importante à construção de macro categorias.

Quadro 5 - Atividades de integração entre Ensino, Pesquisa e Planejamento Estratégico do LAPPIS / Participação como bolsista no Eixo – Mapeamento e Convocatória.

Data	Atividades propostas	Definição	Observação participante
08 de outubro de 2012.	III Reunião Técnica da Coordenação Geral do Projeto	Operacionalização da carta acordo OPAS, junto aos coordenadores de área, e planejamento da III Oficina Técnica com apoiadores para construção da matriz analítica da pesquisa LAPPIS.	Primeira participação na discussão sobre as atividades previstas como: organização das tarefas e Planejamento Estratégico da pesquisa LAPPIS.
22, 23 e 24 de outubro de 2012.	I Oficina metodológica de construção coletiva da pesquisa: “Áreas estratégicas e o direito à saúde: a construção da integralidade no contexto do apoio institucional”	Elaboração do mapeamento e convocatória a partir das experiências vivenciadas no cotidiano conforme articulação com as áreas estratégicas.	Reconhecimento do Processo de Trabalho dos apoiadores e Atuação do apoio nos territórios de origem.
07/12/12 Brasília (DAPES)	VII Reunião Técnica da Coordenação Geral do Projeto	Apresentação preliminar da convocatória e do questionário para os coordenadores do DAPES e discussão dos elementos para organização da devolutiva e validação junto aos apoiadores e coordenadores na IV Oficina Metodológica	<ul style="list-style-type: none"> ● Visita Técnica para coleta de dados nas Áreas Programáticas Estratégicas no MS; ● Confecção da Memória da Reunião.

		realizada em Janeiro de 2013.	
09 e 10 de janeiro de 2013	Avaliação do Relatório das informações e da Coleta de Materiais sobre o apoio institucional e as áreas Técnicas e as Áreas Programáticas Estratégicas do DAPES/SAS/MS	Revisão técnica da convocatória a ser apresentada na IV Oficina Metodológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Participação sobre as atividades previstas para organização das tarefas e Planejamento Estratégico da pesquisa. • Confecção da Memória Executiva da Reunião.
16, 17 e 18 de Janeiro de 2013	IV Oficina Metodológica da pesquisa “Áreas programáticas e direito à saúde: Construção da integralidade no contexto do apoio institucional”	Validação do questionário para mapeamento dos apoiadores e da convocatória de experiências.	<ul style="list-style-type: none"> • Confecção da Memória Executiva da Reunião;
26 e 27 de Março Rio de Janeiro (UERJ)	Simpósio Nacional sobre Apoio Institucional nas Áreas Programáticas Estratégicas, para lançamento da Convocatória e Cadastramento de Apoiadores	Simpósio Nacional Áreas Programáticas, Direito à Saúde e Apoio. Foi organizado e realizado pelo LAPPIS, em parceria com o DAPES e PNH.	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do Evento • Confecção da Memória do Simpósio.
25 e 26 de Abril Brasília	Oficina dos Apoiadores da Rede Cegonha e Reunião com Apoiadores Temáticos Rede Cegonha		<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da pesquisa aos profissionais e apoiadores da área técnica de saúde da mulher; • Suporte e acompanhamento à bolsista do componente 1 (mapeamento dos apoiadores, convocatória de experiências, memórias e cartografia das áreas técnicas DAPES), nas atividades: <ul style="list-style-type: none"> - Validação da linha do tempo e identificação da área técnica de saúde da mulher; - Aproximação do processo de produção da Rede Cegonha a partir das discussões realizadas na reunião LAPPIS.
13 a 17 de novembro	VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde	VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde	Apresentação na modalidade Comunicação Oral, do trabalho intitulado “Perfil Sócio-demográfico de apoiadores do SUS”.

Fonte: Elaboração da autora com base nos Relatórios de Atividades do bolsista CEPESC, 2012 e 2013.

3.6 ORGANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS: A CONSTRUÇÃO DA MATRIZ ANALÍTICA

A utilização da linha metodológica hermenêutica-dialética lançou luz à ordenação e construção da Matriz Analítica, pois oferece “uma reflexão que se funda na práxis, [...] na

condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social” (MINAYO, 2002, p. 102). Nesse passo, foi realizada uma definição prévia do conjunto de categorias, em função da extensão do material obtido a partir das experiências transformadas em documento composto por seis experiências, com um total de 103 páginas.

A *primeira fase* deriva do Grupo Focal ocorrido na II OM, e se refere à ordenação dos dados que viabiliza a construção de nossa matriz analítica. Inicialmente, fizemos uma escuta concomitante à leitura flutuante do material. Em seguida cruzamos falas e significados pertinentes ao objetivo da pesquisa, que separados foram compilados por similaridades.

Vale ressaltar que, atentamos às dimensões de análise desenhadas pelo coletivo de pesquisadores do LAPPIS, balizadas por perguntas abertas, as quais originaram o produto final das experiências compartilhadas pelos apoiadores, o documento da II OM. Ou seja, a sistematização das perguntas, conforme demonstra o Quadro III, refere-se a uma cartografia aproximada do percurso metodológico, com intuito de trazer à tona a experiência do apoiador, e convidá-los ao diálogo sobre o modo como refletem, vivenciam, reproduzem, e criam suas práticas. Essa construção nos auxiliou a perceber, diante do material, a relevância das falas e especificidades a serem analisadas, particularmente, em nossa pesquisa. Pelo fato das perguntas abertas não serem repetidas uma a uma a todos os apoiadores devido à naturalidade dos diálogos, as repostas comparecerão ao longo da análise final e resultados.

Quadro 6 - Consolidado do Grupo Focal do LAPPIS: Eixo x Perguntas abertas norteadoras

EIXO A – Processos e Relações Institucionais e Interinstitucionais

Quais as potencialidades e desafios que você identificaria nessa experiência?

Qual a percepção de vocês sobre o papel as atribuições do apoio institucional?

A partir da sua experiência com o apoio quais efeitos você identifica que avançam na direção da integralidade e da intersetorialidade?

Como você vê a inserção do apoio institucional nos processos de gestão?

Que elementos favorecem ou impedem a constituição de redes? Qual a contribuição do apoio institucional neste processo?

EIXO B - Centralidade do Usuário no Cuidado

Você percebe alguma relação entre as ações do apoio institucional e a valorização do trabalhador, centralidade do cuidado ao usuário e a garantia do direito à saúde? Como essa relação se concretiza na sua experiência de apoiador institucional?

EIXO C – Arranjos Decisórios

Qual o papel do apoio institucional na institucionalização do SUS?

Como acontece o apoio institucional em ações de políticas específicas?

Fonte: Elaboração da autora com base na Memória Executiva da II Oficina Metodológica, 2012.

Na *segunda fase*, nos inspiramos no texto de Pinheiro e Lofego (2013), que trata da construção de uma matriz analítica composta por categorias operatórias. Este nos auxiliou a prosseguir com as questões norteadoras feitas pelos pesquisadores durante o grupo focal, pois sinaliza que é possível articular macro e micro categorias, e como resultado nos aproxima das linhas de forças presentes nas experiências, para que pudéssemos nos aproximar de nossa investigação, e construirmos nossa matriz de análise. Sendo assim, seguindo a lógica das autoras fez-se a construção de uma Matriz Analítica composta por três macro categorias e suas categorias operatórias.

Na **Macro Categoria 1**, intitulada ‘Desenhos Institucionais’, buscamos analisar as “institucionalidades”, as quais o apoio institucional se depara dentro dos territórios selecionados. Sendo assim, destacamos àquelas que permeiam os processos de trabalho locais, e que precisam ser ultrapassadas em observância aos aspectos político-gerenciais do SUS, e aos pressupostos do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Na categoria operatória *Planejamento* levamos em consideração a cultura organizacional do Estado brasileiro, e procuramos incluir as percepções que trazem à tona os debates sobre as mudanças dos processos de trabalho, as burocratizantes, que cristalizam a gestão, e as reformas gerencialistas. Através da categoria operatória *Inovações (a customização)*, apresentamos a capacidade customizar as normas instituídas de acordo com as demandas locais.

Na **Macro Categoria 2** nos dedicamos a tratar das “Porosidades”, para nos referirmos a permeabilidade entre serviços, trabalhadores e usuários, através das categorias operatórias: *Participação Social e Coletivos Apoiados*.

O desafio da construção da matriz analítica está em analisar as percepções dos apoiadores diante da democratização em saúde de modo aberto, sem pretensão decisiva ou conclusiva. Sustentados por alguns referenciais, e após a apresentação dos eixos e das categorias, analisamos questões entremeadas por múltiplas dimensões advindas das experiências. A análise aqui empreendida permitiu algumas reflexões sobre o Apoio Institucional como estratégia de gestão

em saúde, levando-se em conta o contexto institucional do SUS em diversos territórios. Abaixo o Quadro 7 que ilustra nossa Matriz Analítica, composta por macro categorias e categorias operatórias.

Quadro 7- Matriz Analítica

MACRO CATEGORIAS	CATEGORIAS OPERATÓRIAS
1 – Desenhos institucionais	Planejamento
	Inovação Política (a Customização)
2 – Porosidades	Participação Social
	Coletivos Apoiados

Fonte: A autora.

CAPÍTULO 4 – PRÉ-ANÁLISE: SITUANDO OS DISCURSOS DOS APOIADORES NOS TERRITÓRIOS SELECIONADOS

Consideramos fundamental para este estudo nos aproximarmos de aspectos ímpares dos territórios que eram acompanhados pelos apoiadores que participaram da IIOM. Buscamos destacar a pluralidade e a singularidade do plano micropolítico dos territórios²⁷, antes de emprendermos nossa análise no capítulo seguinte. Para tanto, alguns pontos das experiências relatadas pelos apoiadores e suas práticas no SUS comparecem, com intuito de proporcionar ao leitor uma breve contextualização apenas.

É importante esclarecer que por questão de organização, as narrativas dos apoiadores aqui apresentadas não serão utilizadas como citações acadêmicas, posto que não o são. Portanto, comparecem no texto para dar destaque aos modos instituídos e instituíntes que permeiam os territórios, e a inter-relação com o fazer dos apoiadores, por isso utilizamos uma configuração diferente no que concerne à borda do texto: Aqui as falas estarão com traçado pontilhado, e retrataram questões variadas dos territórios, a fim de proporcionar ao leitor uma aproximação com o território. Diferentemente do conteúdo a ser apresentado no capítulo 5, que tratará estritamente da relação entre o apoio enquanto metodologia de gestão e a democratização da saúde, as falas estarão com bordas de traçado simples. Feitas tais considerações, avançaremos.

4.1 CAMPINAS – SÃO PAULO

A1 - Psicólogo (a) trabalha na rede de saúde Campinas desde 2001. Atua no CAPS III, e na gestão como apoio institucional. Campinas é uma cidade do estado de São Paulo, que possuía no último censo oficial divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 1.182.429 pessoas, e 131 estabelecimentos de saúde do SUS.²⁸ À época era

²⁷ Entendemos que “o território da saúde não é só físico ou geográfico: é o trabalho ou a localidade. “O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (Ceccim, 2005a, p.983). Os territórios estruturam habitus, e não são simples e nem dependem de um simples ato de vontade sua transformação que inclui a luta pelo amplo direito à saúde” Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

²⁸ Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

composta por cinco distritos de saúde²⁹, e (A1) estava inserido (a) na Região Sudoeste do município, com um total de duzentos e trinta mil habitantes, e com uma rede de serviços composta por: Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Centro de Convivência, Laboratório Municipal, dentre outros. Estes serviços constituíam, os dispositivos de alcance da gestão municipal de saúde do distrito Sudoeste. O distrito caracterizava-se por ser uma região periférica, próxima do Aeroporto de Viracopos, que cresceu no momento da expansão industrial de Campinas, e onde se estabeleceu o distrito industrial. Possuía como característica a presença de muitos imigrantes, e um dos bairros chamado “DIC”, que é uma abreviação de Distrito Industrial de Campinas, significava para todos “Distância Incalculável de Campinas”, o que trazia uma questão problemática referente ao pertencimento dos usuários em relação ao território.

As pessoas, de fato, elas não se sentem muito sendo de Campinas. Então, muitos usuários dizem: ‘ah, eu vou pra Campinas’, quando eles vão para o Centro. Muitos usuários não conhecem o Centro de Campinas, eles não circulam pela cidade. É uma cidade cercada por rodovias, então ela tem algumas características que vão compondo a sua história. (A1)

É importante trazer da experiência de (A1) parte da organização de pessoal do território do distrito sanitário³⁰. Na época, havia o coordenador distrital que respondia ao secretário de saúde, com relação à equipe de apoiadores, à equipe de vigilância sanitária distrital, assim como o Recursos Humanos que cuidava da burocracia de todas as unidades do distrito. (A1) mencionou a existência de espaços de diálogo como: As Câmaras Técnicas da Criança, da Saúde Mental, da Saúde Bucal, dentre outras, nas quais os apoiadores discutiam as questões do núcleo. Contudo, pontuou a configuração das câmaras técnicas foi se diluindo há cerca de oito anos, a ponto de ocorrer a extinção de uma delas.

²⁹ Sobre os distritos de saúde de Campinas: “A complexidade do Sistema de Saúde em Campinas levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da Saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, que se iniciou com a atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados /contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressivos das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no Município. Existem 5 Distritos de Saúde em Campinas: Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste”. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades/distritos-de-saude/>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

³⁰ O conceito de Território do Distrito de Saúde para Almeida et al (1998), é “uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por: • vários bairros de um município; • vários municípios de uma região. No processo de definição do chamado território-distrito devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios. E ou bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.”. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2018.

De acordo com o (A1), o apoio foi construído na prática, e denomina seu trabalho como sendo *apoio social* aos outros apoiadores. Um apoio desenhado para as questões da saúde mental, seja pelo que considerou ser uma característica sua, seja pelas demandas, seja pelas características distritais de maior implicação com a saúde mental. O que gerou uma ampliação significativa da rede de saúde mental em dez anos.

No caso do nosso campo de estudo, vale mencionar as formas diferenciadas de entendimento sobre modelos de gestão entre os distritos, pois segundo (A1), “Campinas possuía cinco municípios em um”. A gestão do ex-prefeito Dr. Hélio de Oliveira Santos, foi citada como uma gestão de oito anos sem diretrizes para um modelo de saúde. Contudo, apesar do infortúnio para o setor saúde, buscaram algumas referências mais acionais para se organizarem.

Relativo à institucionalização do apoio, afirmou que a mesma ocorreu em 2001, quando o médico sanitário Gastão Wagner de Sousa Campos assumiu a Secretaria Municipal de Saúde. Como efeito disso, todos os apoiadores, que eram servidores públicos de carreira aprovados por processo seletivo interno, passaram a executar apenas o apoio às unidades, com uma jornada de trabalho de 36 horas semanais e gratificação sobre o salário.

Quanto à dinâmica e organização do apoio no território, enfatizou que cada distrito tinha a sua equipe de apoiadores, e o trabalho era dividido segundo referência para as unidades de saúde. Realizavam discussões sobre a implantação e implementação das políticas na região e configuravam diversos núcleos, conforme a composição a seguir: 01 farmacêutico, 02 dentistas, 02 médicas, 03 enfermeiras, 01 psicólogo, e 01 terapeuta ocupacional. No entanto, cabe aqui assinalar, que esses apoiadores não tinham contato com as equipes das áreas programáticas, apenas com as equipes dos serviços durante a reunião semanal.

Especificamente, a rotina de trabalho do apoiador (a) se dava através do acompanhamento das equipes através da referência cotidiana para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas diretamente para um dos CAPS 3, e CAPS infanto-juvenil, e Centros de Convivência.

Merece destaque, também, um aspecto importante que apareceu por diversas vezes na fala do (a) apoiador (a), e afetava diretamente os arranjos da gestão local: As tramas da política local, que levou a saúde pública campineira do apogeu ao declínio. Possibilitou resistências, mas deixou marcas no campo micropolítico, como: O assassinato de um prefeito, o histórico de esquemas de corrupção, e o nepotismo. O efeito disso, reverberou tanto na atuação dos trabalhadores, quanto nas ações de saúde ofertadas ao usuário.

4.2 RIO BRANCO – ACRE

A2 - Apoio ao Departamento de Assistência, Vigilância, Departamento de gestão de pessoas. Rio Branco é uma cidade do Norte do país que possuía no último censo oficial divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 733.559 pessoas, e 380 estabelecimentos de saúde do SUS.³¹ No período analisado, havia, segundo o (a) apoiador (a) uma discussão ainda muito recente em relação ao apoio institucional. A implantação do mesmo surgiu a partir do Departamento de Assistência à Saúde, que tinha como proposta acompanhar as equipes de saúde da família. Destacou o interesse pelo movimento de formação de apoiadores institucionais, além de outros movimentos relacionados à educação permanente, pois cada um estava fazendo a seu modo, e as áreas programáticas chegavam com as suas demandas. Então se envolveram a fim de fortalecer a discussão sobre o apoio.

À época um curso de formação de apoiadores com a proposta da PNH estava chegando no último módulo, e com ele foi possível realizar uma análise do cenário em paralelo ao apoio institucional. Pontuou, que localmente, discutia-se como fazer com que as áreas programáticas passassem a funcionar como apoio institucional, porque muitas pessoas que estavam nas áreas programáticas não conseguiam pensar nesse apoiador institucional na sua totalidade, nos processos nas próprias áreas.

Conforme expôs, havia uma equipe de aproximadamente vinte apoiadores, do departamento de assistência, da vigilância epidemiológica, dentre outras, que formavam grupos de dois ou três, apoiando seis, sete, até oito equipes de saúde da família. Mas, o movimento de configuração das equipes estava iniciando, e buscava-se fazer juntamente com os apoiadores da PNH, um processo de discussão com o apoio institucional. Além disso, também havia o apoio matricial, através da residência da saúde da família, que ajudavam com a experiência e discussão do apoio matricial.

Notamos que a implantação do apoio no Acre ainda era algo muito recente. E algumas dúvidas perpassavam a fala de (A2), como: A resignificação dos processos de trabalho; o atendimento ou não às demandas de áreas técnicas e de áreas programáticas; a organização no que precisava ofertar no território; a integração da gestão com os trabalhadores e usuários; a questão da própria gestão participativa, e as de conjuntura política, dentre outras questões.

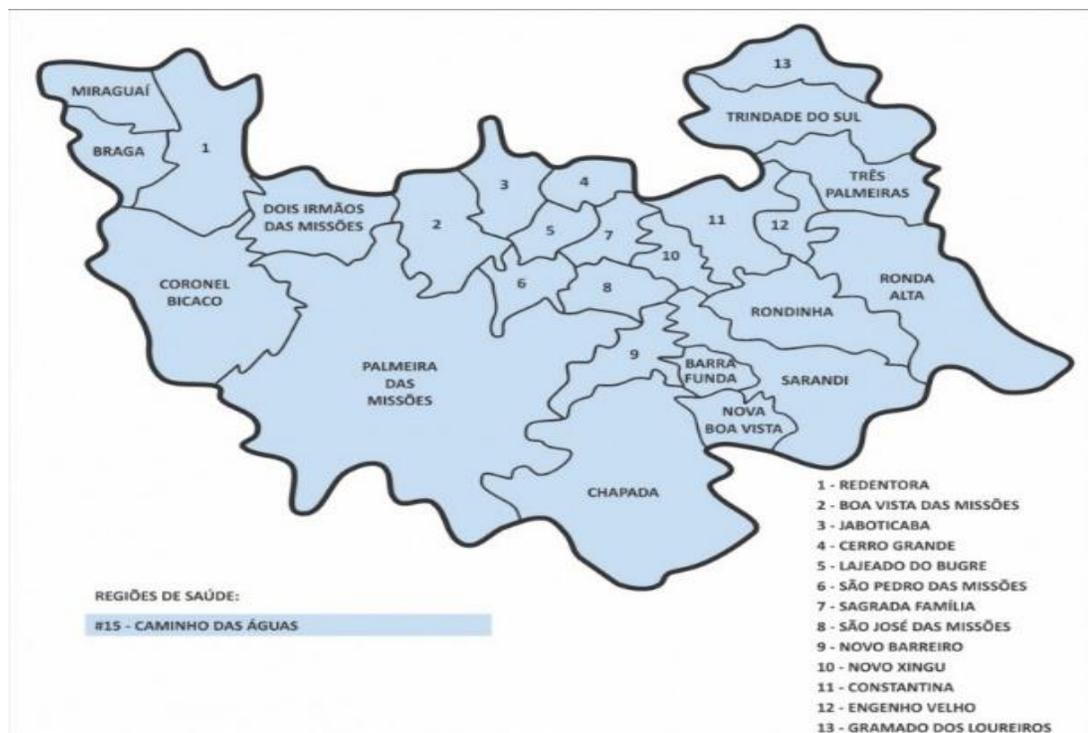
³¹ Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/pesquisa/32/28163>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

4.3 PALMEIRA DAS MISSÕES – RIO GRANDE DO SUL

A3 - Psicólogo (a), atuava como apoiador (a) há dois anos como apoio. Professor (a) substituto (a) na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Palmeira das Missões é um município do estado do Rio Grande do Sul, que apresentou no último censo oficial, divulgado pelo IBGE em 2010, uma população de 34.328 pessoas, e contava com 30 estabelecimentos de saúde do SUS³². Na época, conforme (A3) compartilhou, apresentava uma significativa vulnerabilidade social e estava desassistida de muitos serviços.

Foi neste contexto que o apoio surgiu. Na verdade, o apoio derivou da integração entre o coletivo acadêmico da UFSM, e o grupo de trabalhadores da 15ª coordenadoria, porém institucionalizado apenas pela Instituição de Ensino. Conseguimos uma recuperação via *web* do Mapa da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde. Destacamos, a aproximação do apoio com os movimentos sociais, os pequenos agricultores da Via Campesina, e o Movimento dos Sem-Terra (MST).

Imagem 1 - Mapa da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde.



³² Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/palmeira-das-missoes/panorama>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

Fonte: SES do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/15-crs-palmeira-das-missoes>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

4.4 JUAZEIRO – BAHIA

A4 - Enfermeiro (a). Trabalhou na gestão de 2001 a 2004, e retornou em 2009 em outra gestão. O município de Juazeiro localiza-se no extremo norte do Estado da Bahia, na microrregião homogênea do Baixo Médio São Francisco³³. No último censo oficial, divulgado pelo IBGE em 2010, a população era de 197.965 pessoas e possuía 70 estabelecimentos de saúde do SUS³⁴. É uma região de divisa, a um quilômetro e meio da cidade de Petrolina (PE), e segundo (A4) é considerada como a “terceira margem” por terem a sensação que todo mundo era meio baiano e meio pernambucano. Especificamente em relação à organização da saúde no território, afirmou que o município era dividido em seis distritos sanitários, com dois majoritariamente de zona rural e quatro de zona urbana. Todos com várias particularidades, com serviços específicos, mas cada um conduzindo a seu modo, o que de certa forma interferia no modo de gerir os processos de trabalho em saúde. A seguir trouxemos um recorte de sua fala com relação ao contexto territorial juazeirense:

A gente tem uma extensão territorial enorme. Tem lugares lá que a gente percorre cem quilômetros pra ir, cem quilômetros pra voltar pra poder prestar assistência pra comunidade. Então assim, são realidades dentro do mesmo município. A zona rural a gente sempre diz que está mais fragilizada de acesso e possibilidades.

A questão territorial foi retrata segundo suas limitações para a organização dos serviços e as ações de saúde da Atenção Básica (ABS). Ainda assim, a cidade de Juazeiro contava com uma cobertura de 93% do Programa de Saúde da Família (PSF), o que os deixavam em uma situação bem confortável em relação a outros municípios da Bahia porque era a maior cobertura do estado. Antes, porém, possuíam apenas o Programa do Agente Comunitário da Saúde (PACS) funcionando muito na lógica dos programas. À época, cada distrito tinha em média nove equipes de saúde da família.

³³ Disponível em: <<https://www6.juazeiro.ba.gov.br/cidade/>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

³⁴ Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/juazeiro/panorama>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

A gente começou com as propostas de implantação da equipe de saúde da família, se chegou, foi agregando a coordenação do PSF e em um ano, de abril a dezembro de 2002 a gente implantou doze equipes de Saúde da Família no município. Nesse restante de mandato, de 2001 a 2004, Juazeiro tinha 49 equipes de Saúde da Família. E aí eu falo um pouco dessa história porque é importante falar desse trabalho junto a essas equipes.

O que se quer ressaltar é que a experiência do (a) apoiadora (a) perfaz a estruturação da saúde enquanto política pública na cidade de Juazeiro, até chegar propriamente a implantação do apoio. Ou seja, o (a) apoiador (a) trouxe a própria ordenação da Atenção Básica (AB), e como naquela ocasião foram tecendo a rede, e os serviços com suporte do Instituto de Saúde Coletiva, para contratação e seleção de pessoal. Apenas em 2009, com a mudança da gestão e organização da própria secretaria, aconteceu a retomada da implantação do apoio através da AB. Na verdade, o apoio existia, eram os antigos supervisores de atenção básica em contato direto com as equipes de Saúde da Família. Sendo assim, a secretaria formalizou a função apoio, mas afirmou que estava muito centrado na AB: “tudo começa e termina na atenção básica, cabendo ao apoiador o papel de fazer processos e avaliações”. Somado a isso, afirmou que em Juazeiro, o apoiador avançou no que desejava avançar, e recebeu incentivo por mérito, pois não havia concurso para apoiador, e as vagas eram disponibilizadas aos sanitaristas.

Ainda sobre a implantação do apoio, contou-nos que existia um organograma formal, e outro informal. Especificamente no formal, estava a Diretoria de Intervenção à Saúde, e a Diretoria de Atenção à Saúde vinculada a Coordenação de Atenção Básica. No informal, o apoio do distrito composto por profissionais contratados que possuíam uma afinidade com a gestão, chamado de Supervisor da Atenção Básica. Contudo, de acordo com a experiência, houve inicialmente um estranhamento com a terminologia porque incomodava ser chamado de supervisão. Além disso, pontuou os embates que levaram a um movimento interno de discussão e reflexão sobre as atribuições desse “supervisor” que na realidade apoiava.

O espaço físico aparece em sua fala como um complicador para a realização do apoio, pois os seis apoiadores do distrito trabalhavam em uma sala onde ficam seis mesas. Segundo contou, eles se queixavam da inexistência de um lugar à parte para conversar com os demais atores da rede, pois era uma relação que acontecia apenas com os pares da área específica. Na realidade, contavam apenas, com um espaço físico para reunião com o coordenador da Atenção Básica. Além disso, foi colocada a questão da dificuldade de sair da lógica administrativa e privilegiar um espaço em que pudessem compartilhar.

Cabe ainda destacar as dúvidas quanto à significação do apoio. Os mesmos não queriam se encaixar nem apoio institucional, nem como apoio matricial. Segundo consta, queriam estar apenas na linha limite, ou na zona de conforto como mencionou (A4). Isso, favoreceu negativamente algumas posturas, e uma crise identitária: “aquilo é apoio institucional [...] não faço, eu só faço apoio matricial [...] eu só faço as questões administrativas”. Até que, por consenso, passaram a chamar de apoio a pessoa de referência que trabalhava diretamente com a equipe de Saúde da Família. A definição foi a seguinte: “Falou em equipe, falou em apoiador, a gente não desassocia”. Assim sendo, apesar de não quererem ser apoiadores matriciais, se questionavam com relação ao matriciamento, pois as limitações territoriais colocavam em defasagem significativa os serviços na zona rural. Conseqüentemente, uma região prejudicada devido à dificuldade de deslocamento dos profissionais e também com a relação ao apoio das equipes. Quando existia uma demanda apoiava-se a zona rural, mas de um modo geral tudo ficava muito centrado no serviço especializado e na urgência.

Também, a confecção do termo de compromisso das equipes de saúde da família com a comunidade, um documento institucionalizado criado para demarcar a diferenciação entre o apoio e o NASF, significou um norte. Contaram à época com a ajuda de Campinas na construção do material, e para pensar a questão da remuneração pela produção a partir da PMAQ. Marco que colaborou para o reconhecimento do apoio.

Conforme a experiência, quando começaram a discussão do NASF, o coordenador da PNH se fazia presente para trabalharem várias questões, principalmente o fato dos profissionais dizerem que não sabiam a finalidade do NASF: “Eles eram um apoio matricial que não sabiam como é que apoiava. Está lá nos relatos: eu não sei como é que usa esse negócio.” Ou seja, o NASF trabalhava com as equipes e o apoio conjuntamente, sem muitas vezes haver plena interação em suas práticas, posto que a melhora aconteceu de forma progressiva:

Pesquisador: Então no caso, o apoio, o apoiador ele é mandado para a demanda do NASF, por exemplo... como é que é essa relação?

A4: O nosso NASF lá, ele está andando mais na linha do apoio matricial. No município vizinho, por exemplo, Petrolina o NASF trabalha majoritariamente com a demanda [...] quem quer que precise do apoio institucional, ou um outro caso específico eles atendem junto, mas não é a linha de trabalho do NASF. [...] hoje o apoiador, ele sabe dizer o que está acontecendo no território dele com relação ao NASF, da atividade que está programada, a equipe que pediu apoio, o dia em que ele tem o cronograma para fazer o atendimento compartilhado. Melhorou significativamente. Teve uma crise de identidade lá, mas melhorou.

Do contexto baiano é oportuno demarcar a preocupação com a Educação Permanente devido à persistência dos apoiadores em demandar alguém com *expertise* para cuidar de algumas temáticas. Além disso, em outros movimentos importantes em uma perspectiva crítica foram citados: A precarização dos trabalhadores, o papel da enfermagem na garantia do SUS, e a importância dos determinantes sociais em relação aos indicadores da mortalidade materno-infantil. Como resultado imediato ocorreu a primeira atividade de educação permanente: A mobilização entre as categorias profissionais para a confecção de um material para o I Seminário materno-infantil. Os processos da educação permanente passaram a ser direcionados pelo núcleo, mas o apoiador apontava as necessidades, ao que demonstra que antes estava presente apenas na organização, mas denominou os apoiadores como “disparadores dos processos”. A seguir o primeiro chamado à responsabilização pela saúde em Juazeiro, e uma análise da figura do apoio nos processos:

Na verdade, a gente tinha como desvincular a educação permanente por processos. Lá a gente tem o núcleo da educação permanente. Claro, o apoio sinalizava o que era necessidade. Eu vou dar um exemplo para vocês: A primeira atividade que eu acho que foi de uma grandeza maior que nós fizemos lá de educação permanente foi um Seminário de saúde da Criança, porque a gente elegeu vários indicadores que a gente tinha no município como prioridade. Juazeiro está entre os 33 municípios de prioridade na Bahia para redução da mortalidade materno-infantil. Então assim, era um dos indicadores que não estavam bons. [...] foi o primeiro movimento de educação permanente que a gente fez. E assim, houve um envolvimento muito grande de principalmente quem estava na rede. Então naquele momento os dentistas da rede se sentaram para produzir o material, os enfermeiros, os médicos, quer dizer, a gente construiu um módulo de Saúde da criança que foi feito a muitas mãos. Não foi assim, um núcleo que sentou, copiou informações e trouxe o pacote pronto, não, foi construído e muito aplicado dentro da rede. Mas assim, apesar das equipes terem participado o apoio não estava lá, ele estava lá na organização, mas ele não estava lá enquanto facilitador.

A construção do material levou à “socialização”, conforme nomeou, entre os profissionais: “pera aí, vamos validar né, vamos socializar, porque também não dá para achar que aqui em quatro paredes, está tudo ótimo”. Em relação à *expertise* e desejo dos apoiadores para que profissionais específicos tratassem de alguns temas, houve, na maioria das vezes uma subestimação em relação à própria contribuição, porém as urgências faziam falar. Conseguiram classificar o risco, e considerou que o envolvimento com a educação foi um divisor de águas. Sendo assim, nos processos de formação, o apoio passou a auxiliar a educação permanente sem que houvesse um suposto saber, com a “*expertise*” para dar conta dos processos.

4.5 SALVADOR E CEARÁ

A5 - Psicólogo (a), apoiador (a) da Rede Cegonha e da PNH. A experiência compartilhada por (A5) advém de duas inserções simultâneas. Na primeira, apoiava a Rede Cegonha diretamente com a temática da saúde da mulher e da criança no período perinatal, em uma maternidade no estado do Ceará. Na segunda inserção, (A5) descreveu sua experiência no estado da Bahia, onde trabalhava com alguns municípios através da Secretaria de Estado em parceria com a Fundação Estatal. Na Bahia, especificamente na cidade de Salvador integrou no ano de 2007 a Secretaria de Estado que à época assumiu a coordenação da saúde mental, em um cenário composto por psiquiatras e psicanalistas fazendo a supervisão institucional do CAPS. Inicialmente pontou que o grupo de apoiadores do qual pertencia sofreu quase todas as retaliações possíveis. Mas conseguiram sair de um apoio específico em dezenove municípios e constituíram um grupo de apoiadores institucionais sem saber exatamente o que era o apoio.

Através dessas experimentações, realização de leituras, e um mês em Campinas para acompanhar um pouco do trabalho desenvolvido pelos apoiadores, concluiu que o apoio institucional era possível no contexto singular do Estado da Bahia. Com a mudança de governo, o quadro de pessoal mudou, e assim, teceram um apoio institucional que se chamava na época *apoio institucional em rede*, realizado a um município ou uma região. Mesmo sem ter uma noção exata do que era o apoio, coordenou um curso de apoiadores institucionais, sem que para isso tivesse participado de alguma formação prévia e específica. Apenas apostou na experimentação, o que o (a) fez concluir que apoio institucional se tratava de um “exercício de uma militância”.

Além disso, (A5) compartilhou algumas estratégias da Rede Cegonha quanto às diretrizes do Ministério da Saúde sobre as redes de atenção, para que não se tornassem apenas um plano de ação dos gabinetes ao responder portarias e captar recursos, tal como viu acontecer tanto na Bahia, quanto no Ceará. Também comparecia a insistência na produção de relatórios e monitoramento dos apoiadores enquanto aposta, pois considerou que “quanto mais informação o trabalhador e o usuário, o próprio gestor tem dos seus resultados, das suas ações e serviços, mais ele se apropria e aí vai criando um encadeamento de acompanhamento avaliativo para mudanças.” Interessante destacar do trabalho realizado por (A5), as “provocações” disparadas nos encontros com os participantes, tais como: a relação do apoio com a integralidade, saúde do

trabalhador, dentre outras. Trouxe como exemplo parte dos feitos e efeitos da intervenção do apoio na maternidade escola do Ceará:

Nós entramos nessa maternidade [...] talvez seja isso também que me faça permanecer na Rede Cegonha [...] Em dezembro de 2009. E a gente na primeira conversa com os trabalhadores, com os gestores e com os usuários, estava todo mundo insatisfeito. A gestora definiu com o grupo gestor que o principal cliente era o residente, porque era maternidade-escola. Estava todo mundo insatisfeito. Então a gestora, e o grupo gestor porque tinham definido entre eles que o principal cliente dessa maternidade, usaram essa nomenclatura, cliente, para o residente. O pessoal chorava gente, a primeira reunião foi assim: ‘o que eu estou fazendo aqui?’ [...] era choro para todo o lado, por formas de contratação, por formas de perseguição e um monte de coisas. E trabalhavam, trabalhavam e ainda escutavam as queixas dos usuários, das usuárias. E as mulheres muito ‘putas’ da vida porque elas não tinham nenhum direito assegurado, não tinha direito a acompanhante, visita era uma hora por dia, um único banheiro numa ala com 68 leitos. Então uma situação que eu falei: gente, ou a gente arregaça as mangas e vamos trabalhar juntos ou a gente sai correndo. E aí a gente começou a construir na época com eles o Plano de qualificação das maternidades... e nós não tínhamos dinheiro nenhum do Ministério da Saúde, a gente entrou com cara e coragem. Hoje a Rede Cegonha tem um bolo de dinheiro, naquela época existiam algumas possibilidades de formação e de boas práticas, mas não tinha dinheiro para a reforma, não tinha dinheiro para trazer profissionais do Hospital Sofia Feldman que era referência. Era um trabalho no território. E aí como é que a gente vai convencer esse povo que o que a gente está propondo é bacana e é legal? Aí foram reuniões semanais, o primeiro ano, foi reunião semanal. Então construir a sistemática da reunião, identificar de todas as áreas quem ia ser o grupo estratégico representante que na época era setorizado. Eu passei cinco horas numa oficina discutindo um banheiro para acompanhante. Tinha um banheiro para cada categoria profissional e não tinha banheiro para os usuários [...] Isso acontece e numa capital brasileira. Gente foi muito choro, mas foi muito bacana. E aí a gente então foi construindo com eles semanalmente no serviço. Implicou a gestão da universidade, porque é uma maternidade federal. E aí sendo uma maternidade federal que era referência estadual e também para o município [...] era uma loucura. E a gente colocou todo mundo junto. Chamamos a universidade, representante do MEC, Reitor da Universidade, Diretor do hospital, Secretário Municipal de Saúde, Secretário Estadual, regulador, médico regulador, da regulação. E fomos construir um plano de trabalho possível, porque na época não dava para ter acompanhante vinte e quatro horas, de livre escolha da mulher, era para ter acompanhante de vinte e quatro horas feminino, porque só tinha um banheiro. E aí para encurtar a história, depois de dois anos, hoje a gente tem essa maternidade, que nós estamos trabalhando há dois anos e meio, né [...] nós temos hoje essa maternidade e ela vai virar referência para a Rede Cegonha.

O trecho acima demonstra a importância de não ser um grupo de dirigente, mas ser um colegiado gestor cujo modo de gestão foi se encadeando não só para garantir o colegiado, mas a gestão colegiada, na qual as decisões fossem se “encadeando do leito à recepção da emergência”. Assim, (A5) demonstrou como no contexto dessa maternidade cearense como conseguiram construir no cotidiano das ações colegiados por unidade de produção de cuidado, sem que para isso estivessem concentradas as decisões por categorias: “Aí fomos tentando e mudando[...] mudamos os descansos, que era o descanso médico feminino, o descanso médico masculino, o descanso de enfermagem, [...] aí fomos discutir os descansos por unidade de produção.”

Ainda em relação à experiência na maternidade escola do Ceará, havia dois anos e meio das mudanças acionadas pelo apoio, que desde o início monitoravam os indicadores, chamado de *indicadores de boas práticas, de gestão a atenção*. Tal monitoramento, era utilizado como um

instrumento de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, junto ao trabalhador, o gestor, e usuários. Logo, para além dos dados de taxa de cesariana, de índice de episiotomia, ocorriam entrevistas e conversas diariamente com o usuário pelo pessoal do grupo estratégico composto por quinze pessoas que se revezavam: “de segunda a sábado tem o preenchimento das informações e tem a entrevista com o usuário”. Revelou, com isso, a melhora nos indicadores.

A gente diminuiu os 75% de apresentação de atestado médico dos trabalhadores que se afastavam por doenças. Há o direito a acompanhante assegurado feminino, ainda não tem de livre escolha. No pré-parto e na sala de parto é livre escolha, mas no alojamento a gente tem dificuldade dos banheiros, então é muito complicado essas coisas, não avançamos. Mas a gente tem a visita aberta. Então por mais que a pessoa vá e não fique o tempo todo, ela pode ir, e aí sendo do sexo masculino, ela pode ir e visitar a qualquer horário. [...] eu acho que isso demonstra a potencialidade do apoio institucional. Porque quando eu comecei a trabalhar com maternidade, eu era uma militante. Eu brinco: gente, eu não sabia o que era eclampsia, eu não sabia o que era episiotomia. E eu falava assim pro Dario: ‘Dario, você jura que você vai me colocar nesse lugar, sem eu saber nada de maternidade?’. E ele: ‘Mas você vai aprender com a equipe as especificidades. O que eu quero que você vá fazer lá não é o que eles já sabem. O que a gente vai trabalhar com eles são outros modos de trabalho e de relação. Então é mais ou menos isso que a gente faz. (A5)

Ao concluir o exemplo da maternidade escola no Ceará, e retomar o contexto do município de Camaçari, mencionou uma experimentação da auditoria compartilhada, em que demandaram a diretora de auditoria do município para que as auditorias não fossem apenas um “*checklist*”, mas fosse realizada pela via do diálogo em equipe. “Então se é uma UBS, vai alguém da Atenção Básica, se é uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), vai alguém da urgência. ”

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE FINAL E RESULTADOS

O presente capítulo é composto pelas análises sobre a *percepção dos apoiadores com relação ao apoio e a democratização da saúde* nos seis territórios em que atuavam. Trata-se, ainda, de uma análise atenta aos *processos instituídos e instituintes*³⁵, bem como à transversalidade entre os planos micro e macropolítico para a construção democrática do SUS. Esta coexistência entre planos e processos passou a integrar nossa pesquisa, por considerarmos tratar-se de uma coexistência entre dois vetores importantes.

Vale destacar que, para efeitos de análise, consideramos os *processos instituídos* com relação ao apoio, os avanços teóricos e metodologias que apontam para a inovação na gestão em saúde. Também, em um nível macropolítico, o arcabouço jurídico-institucional do SUS que dá as diretrizes para formulação e implantação das políticas de saúde. No caso do apoio institucional, a PNH instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, e o Apoio Integrado à Gestão Interfederativa do SUS, através do Decreto 7.508/11. Quanto aos *processos instituintes*, consideramos aqueles que representam a dimensão micropolítica, prática ou operacional dos princípios e diretrizes do SUS nos territórios. Em nossa análise, são os processos que configuram estratégias, novos arranjos pensados e efetivados no cotidiano dos serviços por trabalhadores, usuários e gestores.

Nessa perspectiva, construímos uma Matriz Analítica tomando como Base Conceitual a Saúde Coletiva, e os planos estruturantes eleitos por esse campo teórico prático – O Planejamento e a Gestão Democrática (FLEURY, 1997). A PNH e suas diretrizes, também balizam nossas análises por ser o método que viabiliza o apoio institucional, e a Hermenêutica Dialética como metodologia de análise qualitativa crítico-interpretativa.

Assim, compuseram-se após leitura exaustiva do documento 02 macrocategorias de análise com duas categorias operatórias cada uma. Para nós, esta etapa concretiza um exercício acadêmico que busca contribuir para reflexão e de algum modo para o fortalecimento do SUS, ao dar visibilidade às potencialidades e desafios do apoio institucional nos territórios selecionados. Para os apoiadores, compartilhar as experiências foi um exercício que equivaleu a “mexer num vespeiro, em uma caixa de pandora”, ao passo que suscitava “um bom exercício de *pensação*” conforme mencionou (A1).

³⁵ Entendemos processos instituintes e processos instituídos tal como Merhy e Onocko (1997, p. 27-28), como sendo os instuintes “uma fonte inesgotável de produção de possíveis novos mundos e cenários no interior do mundo do trabalho, dado o instituído em jogo que estejamos questionando e querendo superar”.

Isto posto, vislumbramos com os objetivos trados, analisar a percepção do apoiador imerso em experimentações ímpares. Trata-se então, de apresentarmos suas percepções quanto à democratização a partir de alguns aspectos, como os modos operantes que de alguma forma capilarizam ou esclerosam a *Democratização da Saúde*.

MACRO CATEGORIA 1 – DESENHOS INSTITUCIONAIS

- Categoria Operatória 1: Planejamento

A importância desta categoria se expressa justamente pelo número de vezes em que é citada no documento em análise, quase sempre atrelada a impasses que permeiam os processos de trabalho locais. Logo, uma tarefa primordial desta etapa da dissertação foi a de revisitar, mesmo que brevemente no primeiro capítulo, alguns pontos importantes como posicionamentos teóricos e marcos legais, para melhor tecermos nossas análises com relação ao planejamento, que no caso do apoio institucional, através do Método da Roda ou sob a influência da PNH, intenta a transformação de práticas institucionais, inclusive dos modos de se planejar em saúde.

Para este momento de análise utilizamos Paim (2006), que apresenta no Tratado de Saúde Coletiva, no capítulo intitulado “Planejamento em Saúde para não Especialistas”, os usos do planejamento. A nosso ver Paim (2006) oferta considerações compatíveis à função apoio, principalmente em relação à perspectiva da “ação coletiva, social e institucional, [...] para melhor realizar o trabalho e para explicitar objetivos e compromissos compartilhados” (PAIM, 2006, p. 767). Configuram suas considerações: O planejamento como uma ferramenta da administração, o planejamento para mobilizar vontades, o planejamento como um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê, e o planejamento como algo não reduzido à produção de planos, programas ou projetos. Passamos, então, ao material de análise.

Do uso do Planejamento como uma ferramenta da Administração. Guizardi (2008), elege em sua tese o plano filosófico do planejamento como uma matriz conceitual de significativa relevância para o campo da saúde. Especialmente, em relação ao delineamento e desenvolvimento do tema da gestão em saúde, a autora expõe com clareza os fundamentos conceituais do planejamento, e como este representa um recurso de transformação do modelo assistencial. Além disso, faz considerações que ajudam a pensar como o planejamento enquanto

ferramenta da Administração em saúde, conforma, uma das subáreas que fundam a Saúde Coletiva. Também vale destacar o racionalismo positivista, identificado no material em análise pela persistência do paradigma tradicional nos modos de gerir e planejar em saúde.

Pereira Junior e Campos (2014), sinalizam que muitos gestores “incorporam a lógica do gerencialismo hegemônico e utilizam os instrumentos de gestão para aumentar o controle e a supervisão sobre os coletivos e trabalhadores, inclusive sobre os próprios apoiadores” (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014, p. 906). Tal lógica contraria a realização de uma prática do planejamento que seja socializada, para que o trabalhador possa ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho, e não se aliene de suas reais funções. Vejamos o extrato do material em análise, que retrata um encontro entre apoiadores e gestores.

Convidamos alguns municípios, todos vieram. Nesses municípios tem aquela coisa que o apoio é supervisão, querem ver o que está se fazendo, querem analisar e dizer como se deve fazer. Isso dá um certo desconforto. Então, procuramos nesse encontro, desconstruir um pouco isso [...] e discutir como pode ser o apoio, como é que a gente pode compactuar como vamos fazer. Mas, percebi que ainda tem muito a tendência do tecnicismo, a questão dos indicadores, de avaliação, muita dureza com a questão do compartilhamento, de trocas mais democráticas (A3)

É notório, segundo a percepção de (A3), certo “desconforto” quanto à lógica que perpassa seu fazer enquanto apoiador. Querer ver o que é feito (supervisionar), e dizer (ditar) os modos de fazer, revela o traço autoritário como característica presente e marcante nas instituições brasileiras. No entanto, cabe ressaltar que no contexto da Saúde Coletiva, milita-se por movimentos de ruptura com a lógica gerencial hegemônica, e que o próprio *modus operandi* do apoio delineado por Campos, busca a construção de outro paradigma para a gestão do trabalho voltada à participação e radicalização da democracia no SUS, frente à questão taylorista, *behaviorista*, e afiliada ao modelo de “modelo de competência” (Chinelli *et al*, 2013, p.25), e realização de metas, impregnada no trabalho em saúde. Campos afirma: “O problema é que apesar de o SUS ter esta diretriz, a cultura hegemônica do Brasil e, no mundo, é taylorista, é neotaylorista, é gerencialista” (RIGHI, 2014, p. 1147).

Agregando-se à concepção expressa por Campos, encontramos um ponto importante abordado por Martins (2013), no capítulo intitulado *Políticas públicas: entre autoritarismo e democracia*, do livro *Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano*. Este autor ao refletir sobre a cultura autoritária do Estado brasileiro, afirma que

tradicionalmente a política em saúde é pensada segundo a lógica positiva autoritária, “que está relacionada com o modo hierárquico de funcionamento do Estado brasileiro no período colonial e pós-colonial” (MARTINS, p. 2013, 104). Tal autoritarismo se espraia por toda malha social, inclusive nos serviços do SUS, e “subverte todas as tentativas de organização de práticas mais igualitárias entre profissionais estatais e cidadãos no plano local” (idem). O trecho abaixo expressa tal lógica, amalgamada à prática do apoio:

Porque a equipe de apoio, mesmo sendo apoiador, muitas vezes é capturada por essas outras questões burocráticas, logísticas, ... a gente também ainda está muito naquela falsa democracia, às vezes a gente finge que inclui as pessoas no planejamento, mas na verdade chega com o planejamento pronto e permite, às vezes, incluir algumas coisas no planejamento das equipes (A1).

Identificamos na percepção de A4, uma quebra de sentido de seu trabalho, em detrimento do trabalho burocrático. Também, em nossa leitura, compreendemos que a “captura” mencionada por A4, por atribuições administrativas não oportuniza reflexões decorrentes da própria prática do apoiador durante a experiência/intervenção. Sua fala demonstra pouca abertura à inclusão de outras pessoas, quiçá trabalhadores, gestores ou usuários, devido ao que nomeio como “falsa democracia”, para experimentação de estratégias práticas e reformas democráticas no cotidiano do SUS, como por exemplo, o planejamento em saúde.

Nesse sentido, a partir do trecho acima podemos compreender que no âmbito do SUS, resgatar o planejamento tal como pensado pela Saúde Coletiva, em sua perspectiva de luta e disputa por um projeto político de sociedade que seja contra hegemônico, revela-se concomitantemente como um avanço e um desafio. O avanço deve-se ao reconhecimento do planejamento como uma importante ferramenta de gestão para o SUS. O desafio, está posto pela persistência de modos burocratizantes e impeditivos do engajamento de todos os atores sociais envolvidos. Então como operacionalizar mudanças que envolvam a todos, de modo a se **pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas?** Contudo, vejamos o que é possível e praticável através do trecho abaixo:

Nós temos desde o início do ano acompanhado alguns indicadores junto aos demais profissionais, que a gente tem chamado de indicadores de boas práticas de gestão, planejamento e atenção. E como é feito? É um instrumento que a gente criou, com foco no Planejamento, Monitoramento e Avaliação, junto com trabalhador, gestor e o usuário. Então para além dos dados de taxa de cesariana, de índice de episiotomia, desses dados, a gente tem entrevistas e conversas diariamente com o usuário. (A5)

Apesar do modo de planejar dominante, encontrarmos na fala de A5 uma aposta na inserção do coletivo nos processos de trabalho. Identificamos a possibilidade de resistir, alterar e resgatar importantes concepções postas pelo Movimento Sanitário, em seus diferentes aspectos, tal como afirma Fleury (1997, p. 13), observa-se: 1- A construção do saber – Quando da utilização de instrumentos de modo inovador; 2- Exercício de uma prática ideológica – Quando ocorre a inclusão dos demais atores, para escuta e dialogo e transformação da consciência; e 3- Prática política – Quando se aliam uns aos outros e transformam as relações sociais. Entendemos que este trecho demonstra que é possível compatibilizar processos de mudança com ferramentas metodológicas de trabalho utilizadas de modo inovador.

O uso do planejamento ajuda a mobilizar vontades. Conforme exposto anteriormente, existem vários instrumentos de planejamento, modelos e métodos, que vão da “simples projeção de tendências, até modelos complexos, com fundamento em diferentes marcos teóricos e conceituais, que propõem uma visão mais elaborada da situação problematizada” (BRASIL, 2009, p. 54). Assim sendo, consideramos oportuno mencionar que o próprio documento Base do PlanejaSUS enfatiza que “o importante é ter em mente que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos” (idem). Isto posto, identificamos a partir da fala de A3 uma preocupação, seguida de um movimento criativo para driblar um problema recorrente no cenário político brasileiro. Vejamos:

Faz parte de toda uma diretriz política da prefeitura primar por essa questão da privatização dos serviços. Então você pensa numa descontinuidade de parte do que está sendo planejado e realizado, em todos os sentidos, quando ocorre a mudança de gestão. *‘Qual é o projeto político que vem aí?’* Isso gera muita insegurança e instabilidade. A nossa preocupação é documentar tudo para não ficar palavras ao vento, deixar tudo documentado para quando a equipe de transição chegar. E aí teremos documentado a experiência do apoio junto às equipes de saúde, do que foi planejado e concretizado. (A3)

Identificamos na fala de A3 uma mobilização quanto ao trabalho realizado diante de possíveis instabilidades políticas. Entendemos que ao identificar criticamente um problema de caráter político, buscou-se meios de superá-los, isto “eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde” (PAIM, 2006, p. 767). Registrar algo realizado para futuramente ser lembrado ou experimentado nos convoca a

pensar sobre a perenidade de modos operantes exitosos, a depender daqueles que assumem a gestão.

O planejamento não se reduz à produção de planos, programas ou projetos. Para sustentar os processos de democratização é fundamental que o trabalho coletivo aconteça. Entendemos que a direção acionada pelos apoiadores institucionais deve apontar para processos de trabalhos que construam novos sentidos, e também reflexões diante do que foi produzido, e vá na contramão do modelo hegemônico, “vertical, ritualístico, um faz-de-contas, [...] sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população” (PAIM, 2006, p. 779). Vejamos a percepção de A5:

o nosso trabalho tem muito a contribuir... pra que esses planos das redes não fiquem planos de gabinete, respondendo às portarias e só rateamento de recursos, como eu vi lá na Bahia, por exemplo, e no Ceará, além da insistência na produção de relatórios e no monitoramento dos apoiadores. (A5)

Como consta no documento Base do HumanizaSUS (2008, p. 40) é preciso “viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão”. A observância às portarias, ou a produção de relatórios e monitoramento são importantes, no entanto, é interessante destacar a diferenciação que Pereira Junior e Campos (2014), quanto ao planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Afirmam que “diferentemente das tradicionais ‘assessorias’ e ‘consultorias’, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando [...] compromete-se com as equipes e não somente com a alta direção da instituição” (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014, p. 896). Este ponto é elementar para que se entenda a função do apoiador como aquele que vem compor com o outro, novos modos de fazer, mas em uma posição de interlocução. No trecho abaixo, A3 demonstra quão difícil foi para conquistar essa postura, e os caminhos seguidos para superar algumas dificuldades:

A gente estava apostando nisso, de mudar os modos de operar dos técnicos. Nos questionamos: ‘Como eu faço essa interlocução com o serviço? Que postura que eu tenho de trabalhar a escuta? Como eu construo junto? Não vou levar coisas para as pessoas fazerem! Mas, como que eu construo isso junto com as pessoas?’ Foi muito nessa dimensão que a gente começou a trabalhar o apoio. [...] a fazer os primeiros movimentos do apoio em relação ao planejamento. Essa foi a aposta que a gente fez. (A3).

A fala acima, ainda que em um contexto micropolítico, expressa as dificuldades para se avançar com relação à democratização das relações institucionais. Ou seja, tradicionalmente existe uma rígida hierarquia institucional que perpassa a relação entre os diferentes atores envolvidos, para a implementação de planos e projetos políticos. No entanto, conforme discorremos anteriormente, com a transformação posta pelo Movimento Sanitário, vislumbrou-se mudanças nesta relação, ao colocar no plano de execução os princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, compreendemos que “a grande tarefa da hermenêutica na área de planejamento, [...] poderia se refletir sobre o já dado, visando desconstruir os preconceitos e permitindo escolhas racionais sobre o que conservar” (CAMPOS, 2001b, p. 200). Trata-se, então, de enfatizar o paradigma da RSB no que tange à “organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento” (FLEURY, 1988, p. 196).

- Categoria Operatória 2: Inovação Política (a Customização)

A partir do acompanhamento, no capítulo anterior, dos traçados das formas de se gerir o trabalho em saúde nos territórios, e atentos às transformações e diferenciações, nos debruçamos sobre o exercício da produção de alteridade acionada pelo coletivo, como algo inovador. Consideramos que a democratização, em relação à singularidade desses espaços e as novas práticas que deles derivam, operam para a “emergência de experiências inovadoras, particularmente no âmbito dos sistemas locais de saúde, que mostram capacidade para superar os limites contextuais” (PINHEIRO; MATOS, 2006, p. 16). Estes, afirmam que “com frequência observamos a recorrente afirmação de que as ‘experiências’ pouco ou nada têm de substantivo a oferecer como fonte de conhecimento cientificamente válido em diferentes áreas no campo da saúde” (idem, p. 13).

Ao contrário, e seguindo a linha de raciocínio desses autores, identificamos no material em análise que o apoio enquanto estratégia de gestão fomenta processos inovadores na gestão, pois ao sustentar a equipe, provoca a reflexão do “conhecimento sobre as práticas e os saberes na saúde coletiva” (Idem). Portanto, a constituição de planos de ação e estratégias, e a avaliação do que foi produzido, revela-se como experiência inovadora para o SUS, conforme demonstra (A4). Vejamos:

As equipes têm muita dificuldade de planejamento. A equipe de gestão, a equipe de assistência, do cuidado. Então a gente desenvolveu alguns instrumentos que são o Plano de Ação e Resultados em saúde, com trabalho com as equipes (olhar os indicadores, olhar o que a gente está produzindo de tipos de consumos, se a gente está com demanda imediata, se a gente está conseguindo planejar a nossa assistência). Olhar isso tudo e a partir daí planejar estratégias e ações e pactuar mesmo, pactuar junto com o gestor, quais serão as ações, quais os prazos, quais os responsáveis, ver se a gestão também vai se comprometer com isso. A gente tem o Plano de Ações e Resultados em Saúde, com as equipes. Mas também tem o Plano de Gestão Compartilhada com a gestão. E a gente tem um plano também de matriciamento pra quem é do NASF. A partir desses planos a gente tenta analisar junto com a equipe, pra ver o que está produzindo e planejar, e depois de um tempo estar avaliando esses resultados. **Então planeja, tem a ação por seis meses, vamos avaliar depois o que a gente está produzindo nesse processo.** (A4)

Mas, o que estamos compreendendo por inovação? Nossa compreensão deriva da leitura de Pinheiro e Matos (2006), que a partir de Boaventura de Sousa Santos, a define como: “tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído. Inovações que se constituem como um conjunto de saberes e práticas social e historicamente construídas, num dado espaço-tempo, no plano molecular” (idem). Neste sentido, a experiência de (A4), demonstra-se correlata ao preconizado pelo apoio institucional integrado:

Como um “modo inovador de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão” (BRASIL, 2011, p. 15).

Pinheiro e Matos (2006) afirmam que a ideia de inovação da gestão pública em saúde decorre da compreensão de sua estruturação em dois eixos principais, “o tipo e conteúdo das políticas (novas políticas) e a gestão dessas políticas (novas formas de gestão, novos processos de decisórios e novas formas de provisão de serviços)”.

Nessa perspectiva também podemos entender a inovação como um tensionamento de não saber de antemão o que será produzido. No encontro coletivo é feita a aposta em novas possibilidades que podem ser construídas, porém o que o apoiador pode fazer é apontar as linhas de ruptura, os pontos onde os nós estão se desfazendo, mas cabe ao coletivo escolher dar passagem ou não às linhas, investir na criação de novos territórios, novas práticas. Com isso, o coletivo experimenta a partilha, e também as impossibilidades de dar abertura a novos sentidos, reproduzindo modos de fazer e pensar a saúde, a oferta ao usuário, as relações já tão endurecidas. Logo, a democratização é

Eu botei que o grande desafio aqui... é a questão da cristalização das formas de fazer a saúde, de gestão. Está cristalizado e a gente vem tentar mostrar que existem outras formas. Não necessariamente é o que a universidade está dizendo, não necessariamente é o que a secretaria está dizendo. Às vezes a equipe fala assim: *oh, a gente não consegue trabalhar com a agenda padrão. – Mas e aí, vamos dar uma olhada no que está acontecendo aqui. Vocês não estão conseguindo trabalhar, mas está dando certo? Está tendo resolutividade? Pode ser que sim.*

O apoio institucional, quando o Ministério vai propor que os municípios e estados, eles tem que ter grupos condutores municipais e estaduais de capital, e que o apoiador tem que estar nesses grupos condutores e pouco importa como está sendo o funcionamento... Então tem estado que tem grupo condutor da Rede Cegonha, da rede de Urgência, da Rede de Atenção Psicossocial, pessoa com deficiências... e isso só vai multiplicando agendas. E o que está em jogo é como é que o apoiador consegue problematizar esse modo do que está na portaria, customizar a portaria.

Inovar em nosso entendimento também se refere às reinvenções cotidianas. No contexto da cidade de Juazeiro, o Apoio Institucional precisou ser delimitado, construído e alinhado aos poucos. Assim, instituíram a figura do Gerente de Unidade, profissional cuja responsabilidade era fazer a interlocução com os demais profissionais sobre o apoio, atualizando-os, após as reuniões com a gerência de unidade.

Eu dou sempre o exemplo do Departamento de Recursos Humanos, que dizia: ‘bom, já que o apoio é que está em contato direto com as equipes, então é o apoio que vai entregar o contracheque.’ Então espera aí, vamos criar um limite meio que institucional o que é meu, o que é teu, o que é nosso, para que a gente possa conduzir.(A4)

Na sequência oficializaram um documento contendo as atribuições do apoio local e que dizia da responsabilidade do apoiador em relação a uma área programática de acordo com sua afinidade pela temática. Por exemplo, o apoiador seria responsável pela saúde da criança, e toda a discussão que dela derivasse, seria o facilitador. Participaria dos processos de formação, e a auxiliaria na educação permanente: “foi meio que um pontapé para desmistificar aquela sensação de desconfiança quando o apoio chegava à unidade de saúde”. Na opinião de (A4), a figura do gerente de unidade ajudou a abolir de vez o termo “supervisor” por “apoio”. Conforme Pinheiro e Matos (2006), “nesse contexto, as abordagens que envolvam distintas naturezas tecnológicas tornam-se fundamentais, o que expressa um novo plano de inovações, no uso dos conhecimentos e habilidades profissionais” (PINHEIRO; MATOS, 2006, p. 16).

MACRO CATEGORIA 2 – POROSIDADES

- Categoria Operatória 1: Participação Social

O Dicionário da Educação Profissional em Saúde define participação social como: “um conceito genérico usado na Sociologia com o sentido de: a) integração, para indicar a natureza e o grau da incorporação do indivíduo ao grupo, e b) norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política, etc (RIOS, 1987)”. Para Stotz e Valla “definir participação social implica entender as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem com o objetivo de influenciar a formação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas na área social”. (VALLA; STOTZ, 1989, p. 6).

O século XX é representativo de significativas transformações na sociedade brasileira, no que se refere à participação social. É notório que na esteira de nossa história, do ponto de vista político e social, diferentes tipos de regimes políticos que se sucederam (Monarquia, República, Ditadura), mantiveram como ponto em comum os interesses sociais da classe dominante em detrimento das classes menos favorecidas. Em todos, sem exceção, não localizamos propriamente a participação popular direta e democrática, e sim levantes ou revoltas que expressavam o descontentamento dos insurgentes, rapidamente reprimidos ou sumariamente aniquilados.

No final da década de 80 deste mesmo século, no plano institucional, a Constituição Federal de 1988 demarcou o caminho a ser seguido na relação Estado-Sociedade Civil. Fruto da luta política iniciada pelos movimentos sociais, representa uma conquista em prol da democracia direta e participativa no Brasil. Na verdade, “são diversas as legislações ao longo da década de 1990 que regulamentam a participação social por meio da democracia participativa e direta, com destaque para as áreas de saúde, educação, assistência social e orçamento público” (RIBAS et al, 2014, p. 86). Especificamente no âmbito da saúde, o texto constitucional expõe através do o art. 198, no inciso III, a participação da comunidade como sendo uma diretriz para o SUS.

Sendo assim, igualmente denominada “participação comunitária”, a participação social também encontra respaldo na Lei nº 8.142/90, que regulamenta e determina a criação de espaços como: Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, bem como colegiados de gestão nos serviços de saúde. Estes espaços foram pensados como forma de reparar a não inclusão da sociedade civil

nos processos decisórios das políticas públicas, bem como para assegurar a participação da mesma na elaboração de políticas públicas da saúde, fiscalizar e controlar as ações do Estado.

Guedes (2009), afirma que a “Lei Orgânica da Saúde ocorreu em uma conjuntura política e econômica desfavorável, o que acarretou uma série de obstáculos à implementação do SUS” (GUEDES, 2009, p. 138). Sofreu inumeráveis vetos pelo Presidente Collor, pouco antes de sua aprovação, o que acarretou significativos prejuízos que vão desde o financiamento do SUS, passando pela estruturação organizacional do Ministério da Saúde, ao controle e a participação social. Carvalho (1997), afirma que “o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário, atestando a íntima associação entre o social e o político que, no Brasil, tem caracterizado a agenda reformadora da saúde” (CARVALHO, 1997, p. 93).

Neste caso, evidencia-se através deste pequeno recorte histórico a urgência de serem ampliados os debates sobre participação da sociedade no âmbito das políticas sociais. Neste sentido, o apoio institucional tem em seu escopo a participação como elementar. Oliveira (2011), referindo-se ao apoio institucional, concebido inicialmente pelo Método da Roda e depois pensando como apoio paidéia, aborda em sua tese um eixo de análise em que o Método da Roda, entendendo-o como “a inscrição [...] da democratização institucional, da cogestão e da constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção”. (OLIVEIRA, 2011, p. 32). Ou seja, para o autor, pensar o apoio na sua composição implica compreender que “se não há arranjos de participação efetiva e de deliberação conjunta entre os sujeitos, processos de democratização institucional, não há método da roda” (idem).

Apesar do complexo cenário brasileiro no que se refere à manutenção das políticas públicas, verifica-se através das experiências em análise, que o apoio institucional ainda que se trate de uma metodologia recente, é capaz de mobilizar o coletivo para participação nos processos de gestão e de atenção no SUS. Vejamos:

Nós entramos nessa maternidade em dezembro de 2009. E a gente na primeira conversa com os trabalhadores, com os gestores e com os usuários, estava todo mundo insatisfeito. O pessoal chorava, gente a primeira reunião foi assim: ‘o que eu estou fazendo aqui?’ [...] era choro para todo o lado, por formas de contratação, por formas de perseguição e um monte de coisas. E trabalhavam, trabalhavam e ainda escutavam as queixas dos usuários, das usuárias. E as mulheres muito ‘putas’ da vida porque elas não tinham nenhum direito assegurado, não tinha direito a acompanhante, visita era uma hora por dia, um único banheiro numa ala com 68 leitos. Então eu falei: Ou a gente arregança as mangas e vamos trabalhar juntos ou a gente sai correndo. E aí a gente começou a construir com eles o Plano de qualificação das maternidades... e nós não

tínhamos dinheiro nenhum do Ministério da Saúde, a gente entrou com cara e coragem. Talvez seja isso também que me faça permanecer. Hoje a Rede Cegonha tem um bolo de dinheiro, naquela época existiam algumas possibilidades de formação e de boas práticas, mas não tinha dinheiro para a reforma, não tinha dinheiro para trazer profissionais do Hospital Sofia Feldman que era referência. Era um trabalho no território. E aí como é que a gente vai convencer esse povo que o que a gente está propondo é bacana e é legal? Aí foram reuniões semanais no primeiro ano. Construir a sistemática da reunião, identificar todas as áreas, quem ia ser o grupo estratégico representante que na época era setorizado. Exemplo: Eu passei cinco horas numa oficina discutindo um banheiro para acompanhante. Tinha um banheiro para cada categoria profissional e não tinha banheiro para os usuários [...] Isso acontece e numa capital brasileira. Gente foi muito choro, mas foi muito bacana. E aí a gente então foi construindo com eles semanalmente no serviço. Implicou a gestão da universidade, porque é uma maternidade federal. E aí sendo uma maternidade federal que era referência estadual e também para o município [...] era uma loucura. E a gente colocou todo mundo junto. Chamamos a universidade, representante do MEC, Reitor da Universidade, Diretor do hospital, Secretário Municipal de Saúde, Secretário Estadual, médico da regulação. E fomos construir um plano de trabalho [...] E aí para encurtar a história, depois de dois anos, hoje a gente tem essa maternidade, que nós estamos trabalhando há dois anos e meio, [...] nós temos hoje essa maternidade e ela vai virar referência para a Rede Cegonha. (A5)

Primeiramente, vale destacar do trecho acima a percepção do (a) apoiador (a) quanto ao sentido que sustenta seu trabalho: “a gente entrou com a cara e a coragem. Talvez seja isso também que me faça permanecer” (A5). Além disso, consideramos que a presença do apoio institucional na experiência de trabalho junto à maternidade: 1. Estimula o diálogo entre os diferentes atores (trabalhadores, gestores e usuários), em seus mais variados níveis de gestão; 2. Induz à amplificação da análise das intervenções da gestão do cuidado em saúde e conseqüente qualifica a mesma e; 3. Propicia a lateralização entre os diversos profissionais, através da criação de espaços colegiados, e com isso traz à tona a reflexão sobre os processos de trabalho. Acrescentamos que no plano macropolítico o apoio descrito na experiência revitaliza a importância de princípios caros ao SUS, como a integralidade. No sentido que Rubem Matos a aborda

O apoiador também mencionou algumas mudanças induzidas pela presença do apoio institucional, operacionalizadas através do que nomeou “indicadores de boas práticas”, utilizados como instrumentos de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, junto ao trabalhador, o gestor, e usuários. Em sua percepção, considera que mais importante do que a coleta de dados referentes à taxa de cesariana, ou de episiotomia, ocorriam entrevistas e conversas diárias com o usuário com o pessoal do grupo estratégico composto por quinze pessoas que se revezavam: “de segunda a sábado tem o preenchimento das informações e tem a entrevista com o usuário” (A5). Esta ação segundo relata trouxe melhorias nos indicadores, satisfação para os trabalhadores, e maior

vínculo com os usuários, posto que estas informações eram compartilhadas nos espaços colegiados da maternidade. Assim, obtiveram por um lado, a diminuição em 75% de apresentação de atestado médico dos trabalhadores, como mobilização institucional para o direito a acompanhante feminino ser assegurado. Portanto, os efeitos da presença do apoio, conforme a experiência trazida por (A5), aponta para o envolvimento de trabalhadores e usuários em processos decisórios, de escuta e participação, que oportunizam no plano micro a democratização dos processos de saúde.

Em contraponto, a experiência de Juazeiro compartilhada por (A4) demonstra que não basta obter bons indicadores, há algo para além dos dados estatísticos. Do ponto de vista social, é preciso que o apoio estimule a relação entre o fazer e o dizer dos diferentes atores no jogo democrático, e isso se dá pela participação destes em “espaços nos quais seja possibilitada a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço, da rede local ou loco-regional” (OLIVEIRA, 2011, p. 42). Isto demonstra que participação propicia o movimento dialógico, ou o compartilhamento de saberes e práticas pelo entrecruzamento de ideias, diferentes vozes e demandas, em busca da materialização de mudanças que transformem contextos.

Há uma série de coisas que estão colocadas hoje no cotidiano e que seguramente o apoiador, em tese vivencia. Quanto à participação do usuário... por exemplo, o projeto do apoio institucional passou pelo conselho? ponto 1. Ponto 2: foi discutido? E como é que eles participam de outras etapas, não de monitoramento, mas de uma produção coletiva disso? A gente já sabe que em Juazeiro, por exemplo, tem esse "gap" da participação, mas os indicadores vão muito bem, obrigado. Então assim, do ponto de vista social, é preciso algo a mais (A4)

Oliveira (2011) afirma que “se não há arranjos de participação efetiva e de deliberação conjunta entre os sujeitos, processos de democratização institucional, não há método da roda” (ibidem, p. 34). Seguindo esse raciocínio, identificamos que nos extratos apresentados que a estratégia do apoio promove: Ampliação na capacidade de análise e de intervenção das equipes de saúde e dos gestores de serviços de saúde; Qualificação das intervenções de saúde na capacidade de gestão do cuidado; Indução de espaços colegiados como dispositivos para cogestão em saúde; Ampliação da participação do usuário e sua corresponsabilização; e mudanças no processo vertical da transmissão passiva do conhecimento entre os diferentes atores inseridos no cotidiano dos serviços de saúde.

Dentre os trechos que foram selecionados relacionados à temática da participação social, um se relaciona ao que nos sinaliza Martins (2013) no debate sobre o *Estado, democracia e políticas públicas de saúde na América Latina*. O autor menciona o quanto o tema da descentralização política, que “deveria assegurar maior participação local nas decisões, é frustrado pelos poderes oligárquicos localizados. Cada vez que se tenta implantar algo novo, vem algo velho e sabota” (p. 46). Compreendemos que apoio institucional é atravessado pela questão da descentralização apontada por Martins (2013), tanto em nível macroestrutural, quanto em nível local, micropolítico. O que muitas vezes inviabiliza tanto o diálogo entre gestores e trabalhadores, quanto a participação do usuário. O trecho abaixo sinaliza simultaneamente estes dois aspectos:

[...] desafio pra mim é a função apoiador, na relação com a CES e a SMS. Pra mim tem muita dureza, tem muito pouco exercício democrático. Os estados acho que mais do que nos municípios, eu vejo nos Estados uma concentração do poder muito grande. E mesmo no lugar que eu estou que a gente tem um secretário muito bacana, que é do movimento sanitário, a gente tem um discurso que é colegiado, que é coletivo, que é participativo, mas a gente tem uma prática ainda que está muito aquém do que está no discurso. Tem uma descontinuidade da gestão, interesses em jogo mesmo quando não é contexto de eleição, e aí a gente tem muita troca de profissionais, de gestores. (A4)

Entendemos tais aspectos, o da centralização de poder entre entes federados e o da descontinuidade da gestão pela presença de interesses políticos escusos, respectivamente, são entraves a serem considerados ao trabalho do apoio. Isto se deve ao fato do apoiador ter que “ler a cartilha” local, expondo a implantação ou elaboração de estratégias políticas a certas fragilidades, ou mesmo à perenidade das ações construídas coletivamente.

Outro ponto que deve ser destacado do documento em análise, diz respeito à política e os vieses sobrepostos na participação social, sobretudo a estreita relação com os movimentos sociais. Lobato (2013), se refere a uma certa “‘assepsia’ dos movimentos sociais”, ao considerar a condição dos conselhos quando funcionam como “meros apêndices dos governos locais, ou resumem-se a disputas infrutíferas com esses governos, que não respeitam as suas deliberações” (p. 43). Vejamos:

Hoje a gente tem um grande desafio que é termos conselhos que funcionem, temos conselhos que são extremamente partidários. Então vai do partido. Na época da eleição teve um racha, parte dos conselhos de saúde eram de um candidato e de outro, uma dualidade dentro do município que ficou muito visível. (A3)

Em contrapartida, considerou frágil a comunicação entre apoio e os usuários no contexto juazeirense, pois a forma que a comunidade encontrava para verbalizar e socializar os problemas, possuía tom de denúncia e era expressa em um meio de comunicação de grande audiência na cidade, a rádio: “é na rádio que eu coloco e aquilo vira um assunto da cidade [...] a primeira pergunta que fazem: ‘cadê o apoiador, o que ele fez? Qual é o processo?’”. Aliado a isto, informação radiofônica era unilateral, sem o devido detalhamento ou indicação de resolução para os problemas expostos. Ou seja, não funcionava como espaço coletivo de diálogo, representado pelos dois lados:

E aí ele tem que dar uma resposta e se não tem, ele tem que ir atrás de uma resposta. Então o apoiador sofre muita pressão. Tanta pressão que as vezes a gente fica lá meio que de escudo, porque a gente reconhece e valoriza o que é feito, mas meio que discute: ‘espera aí, tudo tem dois lados... a gente não trabalha com guilhotina, [...] mas muitas vezes querem colocar a cabeça do apoiador, porque se não deu certo, o apoiador que tem a responsabilidade. Se de um lado, a gente sabe que tem todos esses processos que a gente sabe que tem que desenvolver, por outro, isso é cobrado parece que de uma outra forma.’

- Categoria Operatória 2: Coletivos Apoiados

Esta categoria operatória tem por finalidade destacar o trabalho do apoio institucional em outros espaços. Principalmente o apoio realizado para além dos muros dos serviços e unidades de saúde. Aqui reunimos a prática do apoio institucional junto aos colegiados, Unidade de saúde e coletivos outros como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), e a Via Campesina. Estes dois últimos considerados movimentos expressivos e importantes para a articulação de processos de mobilização voltados às lutas dos diversos atores sociais do campo. Um dos apoiadores comentou que os movimentos sociais do campo obtinham poucas respostas quando recorriam ao SUS. Logo, diante das dificuldades encontradas, o MST, por adotar o modelo cubano da medicina comunitária, se mobilizou para formar médicos em Cuba. Com o retorno dos médicos, ocorria a assistência em saúde nos assentamentos, apesar dos entraves quanto à validação dos diplomas. Ademais, pontuou que o trabalho do apoio junto ao MST, caminhava no sentido de acessar o SUS como direito público do cidadão. Conjuntamente a isso, o movimento de agricultores estava engajado com um projeto de saúde desenvolvimento para a

região, o que gerou uma aproximação do apoio para pensar a saúde para além do setor saúde. Sobre a Educação Permanente apontou a oportunidade de estar com o coletivo quando participou de processo de qualificação de militâncias do Brasil todo, e a possibilidade de discutir alguns temas, como a questão das práticas populares na perspectiva de aproximação dos movimentos. Momento o qual foi possível enfatizar o SUS como um direito público.

No entanto, o que se quer destacar é a percepção dos apoiadores diante da relação porosa estabelecida com esses coletivos, por tratar-se de uma atuação realizada no “entre”, tal como a proposição de Passos, Neves e Benevides (2006) nos Cadernos HumanizaSUS. Vejamos:

A função de apoio institucional, [...] implica uma ação “entre”, na interface **entre** produção de saúde e produção de subjetividade, **entre** análise das demandas e ofertas, **entre** as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo (BRASIL, 2008, p. 21, *grifo nosso*).

A leitura que fazemos sobre a função apoio e a operação de tais “aberturas” nos remete ao funcionamento de um poro, como facilitador à passagem de algo, entre dois meios. E de fato encontramos no material da II OM, palavras que apontam para a operacionalização do apoio que se dá *no entre*, como: “interlocutor”, “diplomata”, e “bordador”. Por este ângulo, “o lugar do apoio funcionaria como um ‘não-lugar’ (u-topos), já que ele se dá no movimento de coletivos, como **suporte aos movimentos de mudança** por eles deflagrados” (idem, grifo nosso). Assim compreendemos que o intuito se volta à transformação de práticas e de seus sentidos.

Tais movimentos de mudança nos dizem sobre a produção de análises capazes de decompor práticas pouco refletidas, cristalizadas ou instituídas que não permitem passagem a novos fluxos. Logo, tratar das porosidades enquanto categoria, possibilita analisar a percepção dos apoiadores e suas práticas em diversos espaços da sociedade, instituídos ou não, como também evidencia a capacidade e necessidade do apoio institucional trabalhar em rede, entremeando os serviços, as discussões e o diálogo entre equipes. Em outras palavras, permitir permeabilidade. Vejamos a percepção de (A1):

Como a gente circula pelos diversos serviços, eu acho que a gente tem uma visão do micro e do macro, porque você está inserido de alguma maneira, dentro e do fora. [...] dentro do cotidiano dos serviços, está conhecendo os processos de trabalho e você participa das discussões de caso, então, de certa maneira, você também conhece os usuários. E ao mesmo tempo você está fora e está circulando por outros serviços. Então

isso permite, de certa forma, que você seja meio que um bordador, você vai alinhavando, você vai fazendo um tear ali, das relações, apaziguando, o coordenador do CAPS, o coordenador do centro de saúde, das equipes... e você vai então ali ser meio que um diplomata também. (A1)

Severo e Das Ros (2012) afirmam que a inserção da Reforma Sanitária na Constituição em 1988 logrou “a garantia da participação na saúde como um direito *per se*, corroborou o processo de mudança na conformação e atuação dos grupos organizados, pois inaugurou novos terrenos” (p.179). Estes “novos terrenos” que os autores se referem são os Conselhos e Conferências de Saúde, espaços que possuem raízes nas lutas comunitárias por saúde dos anos 70, e representam “a expressão institucional de uma das ideias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde” (CARVALHO, 1997, p. 93). São espaços necessariamente porosos, onde circulam questões e demandas da saúde, e que envolve outros dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e instituições jurídicas, por exemplo. O trecho abaixo demonstra a porosidade entre serviços, e a mobilização do apoiador frente a um caso de violência doméstica:

Porque tem lá a representação dos usuários no conselho local e para além do conselho local ainda tem as associações de moradores. As vezes num bairro tem mais de uma. Aí a gente tenta compor aí com os setores para resolver algumas questões. Isso é assim tranquilo? Não é tranquilo, não é tão tranquilo assim, mas na medida do possível a gente vai compondo. No dessa família a gente fez discussão com o conselho local, a gente fez a discussão com a vara, com a juíza que é mais próxima do território, para ver que aconselhamento ela dava. Então são situações que demandam esforços para procurar recursos dentro da comunidade e fora da comunidade para tentar resolver. Mas vira e mexe tem questões que não são próprias da saúde, mas que a saúde tem que ter conhecimento e tem que arrumar uma solução. Está na nossa mão dela, vai fazer o que com aquilo? O abacaxi é nosso. (A4)

O trecho acima evidencia o que afirmam Pinheiro e Matos (2006), a respeito das relações/interações entre sujeitos em suas práticas no cotidiano das instituições. Vale destacarmos, que: “se comporia o solo epistêmico dos planos micro e macropolíticos. Com efeito, o plano molecular evidencia o grau de porosidade das instituições aos impulsos da sociedade por cidadania social e a permeabilidade aos valores democráticos para sua organização e efetivação” (PINHEIRO; MATOS, 2006, p. 14). Ainda em que pese a questão da democratização destacamos através desses mesmos autores que tal permeabilidade depende do estilo de gestão, da cultura política, e dos programas de governo. Assim, a porosidade a esses valores possibilitaria “renovar

e recriar novas práticas, mediante a inclusão de diferentes conhecimentos, fruto de uma mesma interação, construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor” (Ibidem, p. 17). Pontos compatíveis ao exercício da função apoio.

Especificamente em relação aos movimentos sociais, Severo e Das Ros (2012) afirmam que esses “refletem o modo de organização das sociedades e, como tal, têm o potencial de revelar suas contradições e criar mecanismos de luta e construção de condições favoráveis à vida” (SEVERO; DAS ROS, 2012, p. 178). Sendo assim, ao considerarmos as contradições de uma sociedade assimétrica e desigual como a nossa, a presença do apoio institucional junto ao MST, torna-se elucidativa da existência de desafios para a realização de um projeto comum de sociedade, para além do setor saúde.

A demanda do MST e da Via Campesina por saúde, naquele momento, era uma demanda não pelo SUS, era uma demanda por saúde, o serviço de saúde para atender nos acampamentos. Porque isso cria uma reflexão pra gente também. A gente tem muito pouco a oferecer pro Movimento Sem Terra. Eu acho que às vezes a gente não tem uma dimensão de quanto o Sistema único de Saúde viabiliza essa interlocução mais estreita até com a ideia de educação. (A3)

[...] tem um projeto de saúde que começa muito pela via dos movimentos sociais. E toda ação que a gente faz é uma ação que não é só com a coordenadoria de saúde... onde nos perguntamos: Que lugar é esse? Como que a gente se considera e se vê? Bem, toda a nossa ação, ela é uma ação conjunta com os movimentos sociais, que é dos pequenos agricultores e dos Sem Terra. Então na perspectiva da educação permanente em saúde, das rodas, também tem a participação deles. Eles sempre estão em todos os processos que a gente tem realizado, inclusive no apoio, no município de Palmeiras das Missões também tem essa participação. (A3)

Conforme expresso no trecho acima, a participação do MST nas rodas revela-se positiva. Primeiramente, porque recoloca ao apoiador questões importantes sobre o seu fazer: “Que lugar é esse? Como que a gente se considera e se vê?”. Logo, cumpre-se o objetivo da Educação Permanente: Constitui-se uma como “estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor saúde, a fim de que ele se torne lugar de crítica reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).” (CASTRO; CAMPOS, 2014, p. 30). Além disso, identificamos outros aspectos: A política de educação permanente não só tem a ver com a clínica ampliada, mas com a ampliação da clínica, por conectar as dimensões subjetiva, biológica e social (BRASIL, 2009, p. 49). **Subjetiva**, por acionar a reflexão sobre o trabalho nos apoiadores; **biológica** por mobilizar um “conjunto das ações de saúde com a defesa da vida, individual e coletiva” (MERHY, 1997a, p. 125); e **social** por provocar rearranjos de saberes, e criar um grau

de diferenciação entre outras experiências de modo singular, através da práxis de participação social na saúde e de formação.

Outro dia eu estava falando pra minha chefe: Quem inventou esse negócio de construção coletiva? Dá um trabalho – Risos. Construir no coletivo é difícil, mas é possível. O trabalhador, ele se sente mais fazendo parte daquilo, mais imbricado com o processo, com os resultados. Nessa unidade que eu estou apoiando, nessa unidade básica, já estou quase pra dar alta, porque a equipe está potente. Quando eu não vou tem discussão, tem deliberação, tem encaminhamento. Então assim, acho que eu já vou partir pra outra, e ficar só em stand by, pra quando tiverem alguma necessidade, me procurar. (A2)

Ainda sobre a experiência do apoio em Palmeira das Missões, vale colocar em destaque o apoio a outros coletivos. Especialmente, a realização da conferência estadual no ano de 2011 pela própria coordenadoria, e interesse pelos cursos da educação permanente oportunizaram a experiência do apoio, pois vislumbraram com as atividades de estágio dos estudantes, e a participação dos trabalhadores de saúde, o incentivo à relação ensino-serviço. Desta forma, 26 municípios fizeram as suas conferências de saúde, a partir de onde foi traçado o Plano Municipal de Saúde. Alguns com mais êxito, outros nem tanto. Algumas questões foram discutidas sobre essa questão do acesso, do cuidado. Observamos que um dos resultados obtidos foram: a confecção do Plano Municipal de Saúde de Palmeira das Missões, e a constituição de um colegiado gestor composto pelo coletivo de estagiários das unidades de saúde com Estratégia da Saúde da Família (ESF), coordenadoria, professores, e o fórum de trabalhadores. Denominaram-no Colegiado Gestor Ampliado, um espaço de debate e reflexão de alguns processos e dilemas do processo de trabalho dos territórios. A partir daí, ocorreu a divisão em grupos para apoiar os 07 municípios que compreendiam a região.

Notamos que o processo de discussão sobre a atuação do apoio derivou dos processos da saúde mental fomentado pela presença do pessoal da PNH. Segundo (A3), os apoiadores da PNH “ajudaram a ver que apoiar fazia sentido”. Conforme expôs, na mesma instituição um bebê transferido para outra cidade veio a óbito. Fato este, que sensibilizou a todos na cidade por saberem, após o ocorrido que havia leito disponível. Nesse sentido, a própria noção do direito em saúde passou a ser trabalhada nos encontros. Também, discutiam a possibilidade de outra unidade hospitalar assumir os atendimentos até a finalização da construção do hospital público regional, e outras questões como: A garantia ao atendimento, violência à mulher, parto vaginal humanizado e de como trabalhar a humanização neste contexto. No entanto, foi relatado que a construção

desse trabalho não atingiu alguns municípios. Os mesmos não participavam das rodas pela não compreensão do que era de fato o apoio. Apenas sete municípios, tinham aderido à presença do apoiador, pois achavam, segundo (A3), que se tratava de uma reunião de supervisão, o que resultava em uma baixa adesão do apoio.

Ao mesmo tempo em Palmeira das Missões havia um colegiado gestor, e um fórum de trabalhadores denominado colegiado ampliado, onde se reuniam coordenadores municipais de saúde. Neste colegiado se discutiam dentre outras coisas a atividade apoio, embora tenha mencionado o quanto era desafiador delimitar o que era o apoio, devido à tendência ao tecnicismo presente tanto nos diálogos, quanto nos modos de gerir. Apesar disso, vale destacar a presença dos apoiadores da PNH e o incentivo a alguns processos na saúde mental, tais como: A implantação do Projeto Terapêutico, a realização de um mapeamento dos serviços, e a construção de fluxogramas para discutir a questão da organização do processo de trabalho. Tal experiência expõe o incentivo a algumas reflexões sobre como sustentar as redes no território e o cuidado em saúde.

Na experiência de Campinas trazida por (A1), vale destacar, a existência de outros espaços coletivos, para além das Câmaras Técnicas supracitadas, como: *os colegiados das unidades*, onde ocorriam reuniões de equipe; *as assembleias*; *a rede da criança*, que reunia mensalmente trabalhadores de diversos serviços para discutir temáticas em uma lógica multiprofissional e; a *Rede Mista*, um espaço de trabalhadores de saúde mental, aberto, mas que acabavam participando prioritariamente as pessoas envolvidas com a área.

Para finalizar a análise desta categoria, vale destacar a experiência de (A3), que revela a porosidade entre o apoio institucional e a universidade (UFSM), junto à comunidade. O coletivo apoiado denominado Coletivo Social de Mudanças da Saúde (COSMOS), especialmente constituído por estudantes e profissionais de saúde, oportunizou uma significativa mobilização pela existência de um hospital filantrópico com alto índice de cesárias, que cobrava de 90% dos usuários, pelas consultas e procedimentos garantidos pelo SUS. Apesar disso, da porosidade entre este coletivo, a universidade e a comunidade, (A3) percebe a formação universitária como sendo cartesiana, e com baixo engajamento dos professores contra o predomínio do modelo biomédico, o que diverge do paradigma traçado pela RSB, e rebate sobre o trabalho do apoiador enquanto metodologia de gestão, por não se coadunar aos processos de formação filiados à Educação Permanente. Uma vez que o apoio na intercessão com a Educação Permanente, deve potencializar

a “crítica à tradição da racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma concepção ampliada da gestão e do trabalho em saúde, fundamentada na análise crítica [...] da pedagogia” (CASTRO; CAMPOS, 2014, p. 30).

Dentro do contexto baiano (A5), enquanto apoiador institucional da PNH pelo Ministério da Saúde, afirma ter imprimido em seu trabalho a importância do coletivo. Conforme mencionou seu esforço se concentrou em torno da construção de coletivos que sustentassem problematizar a política do SUS na Bahia, que acompanhassem os indicadores, visto que os próprios trabalhadores da central não conheciam o Plano Estadual da Saúde, bem como não conheciam o relatório de gestão como um todo, apenas uma parte limitada e restrita ao preenchimento de dados. Consequentemente, o envolvimento desses atores levava ao não conhecimento das deliberações da conferência da saúde, por exemplo. (A5) mencionou que isso se devia a contexto político de “opressão”, pois a firmou ter saído de uma história de trinta anos de massacre: “quando eu chego lá para trabalhar no estado, eu escuto dos trabalhadores, das pessoas: ‘toma cuidado, manda quem pode, obedece quem tem juízo. E eu saí de um lugar onde a gente podia falar, onde a gente estava muito mais avançado”. No sentido exposto, a percepção de (A5) revela uma enorme lacuna entre nível central e o serviço. Com isso, o apoio da PNH atuou no funcionamento de um fórum, cujo encontro mensal dos trabalhadores apontou para a importância do diálogo entre usuários e gestores dos serviços, e de todos com os gestores do nível central. Para ilustrar a potencialidade desta mobilização para o diálogo, (A5) citou a cidade de Camaçari e a formação de conselhos de saúde apesar da notória partidarização dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa toma inicialmente a gestão em saúde como um campo problemático, para buscarmos colocar em análise os efeitos do apoio institucional enquanto estratégica de gestão que visa acionar novos arranjos institucionais, novos modos de se trabalhar em saúde. Isto posto, seguimos algumas pistas ofertadas por alguns autores, para pensarmos a democratização como algo em processo, distante do entendimento convencional advindo de um conjunto de teorias, desta ou daquela abordagem, para tomá-la (a democracia), como um campo de saber inventado, contingente, heterogêneo, que ganha legitimidade de acordo com o contexto e nuances sócio-políticas. Portanto singulares.

Buscamos demonstrar o quanto as reformas do Estado têm sido reduzidas, meramente a seu conteúdo técnico-gerencial. Sobretudo, o quanto o Neoliberalismo interferiu e interfere essencialmente nas proposições da Reforma Sanitária enquanto reforma democrática do Estado, que intenta transcender o âmbito setorial da saúde, principalmente por se tratar de uma profunda reforma social e cultural da sociedade, de tal forma, que apesar da coexistência de diferentes planos de forças, logrou transformar em política pública, o Sistema Único de Saúde. Logo, a conclusão deste trabalho vem acompanhada de reminiscências de todo o nosso processo de escrita. Como primeiro passo, reeleger nosso “objeto” de pesquisa (a percepção dos apoiadores, sobre o apoio institucional enquanto aposta estratégica de gestão), revelou-se como um desafio, devido a utilização de referenciais teóricos ainda não experimentados, o que possibilitou transformar a escrita, transformando-nos a partir de cada leitura e reflexão advinda dos textos e seus interlocutores.

Assim o processo de escrita desta dissertação é delineado por bifurcações e embates do campo pesquisado, demonstrando-nos que um plano de experiências é um campo de forças, que atravessa que a todo momento nos pede passagem. Neste sentido, quando focamos a interação sociedade/Estado/sociedade considerada por Fleury (1997) no livro “Saúde e Democracia”, percebemos a premência de se pensar constantemente em novos modos de se trabalhar em saúde em movimento, potencializando ações mais democráticas sem se quer precisar recorrer a medidas autoritárias, e pouco solidárias. Assim, buscamos estar atentos às próprias contradições geradas no processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, suas possibilidades, e limites que estão por ser enfrentados.

O plano de experiências que seguimos, forjado pelo encontro com os apoiadores, nos abriu como campo de problematização as experiências do cotidiano, e o acionamento de processos ao buscarmos considerar a singularidade dos diferentes territórios e sujeitos envolvidos com o SUS. Ou seja, o encontro com o apoio institucional deslocou nosso olhar da reprodução ou aplicabilidade de técnicas, instigando-nos a pensar dissonâncias, como a potência do apoio enquanto estratégia de gestão nos diferentes territórios, e seu desafio em lidar com aquilo que escapa, com as tramas locais e os desvios possíveis. Tais questões movimentam a pesquisa convocando-nos a várias direções. O que pressupõe dar visibilidade a movimentos históricos, às forças da atualidade que ratificam práticas e subjetividades. Concomitante a isso, enfatizamos as intervenções que subvertem o modelo hegemônico da gestão, e dão consistência à forma da colocação dos problemas que recusam verdades instituídas. Assim sendo, procuramos através de perspectivas críticas ofertadas por diversos autores, acentuar a importância política da RSB, ao rememorarmos parte de seu histórico de lutas, cujo período ditatorial no Brasil, e a emergência da ideologia neoliberal trouxeram como agravantes macroestruturais, a agudização da dominação de classes e conseqüente desigualdade social não reparada pela redemocratização do país. Notórios atualmente.

Como vimos, no campo da saúde evidencia-se a necessidade de uma reforma da Reforma tal como propõe Campos, idealizador do apoio institucional, principalmente no que se refere à responsabilidade da discussão, do diálogo, e do trabalho coletivo em lidar de forma mais eficaz com os processos decisórios, nos diferentes espaços apoiados. Identificamos nas experiências selecionadas elementos importantes, sobre a atuação do apoio que apontam para a singularidade dos processos de democratização como algo *sui generis*, tal como apresentado nos primeiros capítulos, através de alguns referenciais que utilizamos contrários à definição única e exclusiva da democracia, por se tratarem de “democracias” (FLEURY, 1997, p. 29).

Destacamos, que as intervenções do apoio nos territórios onde o mesmo se insere, acontecem de acordo com as demandas, com as tramas políticas locais, as formas de estabelecer laço e vínculo entre os diferentes atores, dentre outros aspectos. Tal singularidade possui uma composição diversa, múltipla que torna necessário pensar o apoio e os processos de democratização da gestão em saúde como um devir tal como nos apresenta Oliveira (2011) em sua tese. A nosso ver, trata-se de uma construção artesanal, que se materializa, e se atualiza através do entrelaçamento de saberes, práticas e experiências cotidianas, apesar de identificamos

a reificação da lógica neotaylorista arraigada no trabalho em saúde, o que justifica a existência, e a necessidade do apoio enquanto metodologia de gestão, para ratificar o modo transversal e não verticalizado junto aos coletivos tal como propõe a lógica gerencial hegemônica.

Conforme apresentamos, a percepção dos apoiadores é elucidativa tanto de potencialidades, e inovações contra-hegemônicas no SUS, quanto de desafios referentes ao modo de se planejar em saúde, participar, gerenciar, e combater a “falsa democracia” mencionada por (A1), que acaba por comprometer a implementação e descentralização da política pública de saúde, por exemplo. Mais do que isso, e principalmente, inviabilizam o exercício democrático e de cidadania. Os apoiadores demonstram que muitos são os desafios para a produção de sujeitos mais comprometidos com a construção democrática da gestão em saúde, o que nos fez atentar ao risco do apoio incorrer em mais uma metodologia inócua à lógica enrijecida da organização do trabalho, o que nos convoca a pensar e agir sobre os dilemas e impasses que sobrevêm ao SUS, como atos imprescindíveis à participação e à auscultação dos ruídos do cotidiano dos processos de trabalho, tal como afirmam Merhy e Onocko (1997).

Assim sendo, pensamos na importância da produção do comum, tecido e entrelaçado pelas linhas criativas que cada sujeito traz, seja ele gestor, trabalhador, apoiador ou usuário, como prática coletiva vívida para tecer a construção democrática. Com as experiências compartilhadas, vislumbramos outras formas de se articular, e outros modos de resistir. Logo, a confecção deste trabalho quis retratar as intensidades registradas através da II OM, que fecham possibilidades, e outras que abrem dando passagem à criação, ao encontro, e a novas formas de gerir e democratizar o SUS. As experiências demonstram que o fazer apoio, enquanto estratégia de gestão na esfera pública, revela-se capaz de produzir dispositivos que funcionam, sem que para isso estejam encerrados em uma metodologia, função ou outro conceito pensado e institucionalizado. Neste sentido, as práticas revelam-se produtoras de um novo *ethos*, à medida que são tecidas pela esfera do comum, em um artesanato coletivo realizado em uma rede de espaços públicos que potencializam na dimensão política. Atestam uma forma de resistência aos modos dominantes de produção, de produção de valor, de produção de vida, geradoras, também, de alterações na atenção e gestão. Partilhá-las, levá-las à reflexão, pode impulsionar novas competências no espaço do comum, alterando práticas e sujeitos.

Tal partilha não assegura todos os processos vindouros, mas traz à tona a reflexão. Em outras palavras, nossa escrita tentou reinserir as experiências de algum modo no mundo

humano (ARENDR, 2014), ao destacar a importância dos movimentos ascendentes no que tange os processos decisórios democráticos pautados em movimentos libertários de criação, em resistências revolucionárias. Arrematamos nossa pesquisa e escrita afirmando que apesar dos desafios, o apoio institucional fomenta de modo singular, experiências exitosas para a gestão em saúde no SUS, como não aceitação daquilo que é imposto, descendente, hierárquico e reduzido a seus objetivos.

Ao longo do processo de escrita, na passagem pelo Lappis, e a partir da análise documental, vimos que o apoio institucional não se configura como um especialismo homogêneo. No entanto, consideramos que sua institucionalização ainda gera debates polêmicos devido ao excesso de prescrições e normas, quando na verdade o conceito de apoio é estabelecido a partir de um imperativo da produção de uma nova ética na relação entre as instâncias do sistema, entre quem opera o sistema e quem faz a gestão do sistema. Nova ética, leia-se: Menos prescritiva, e capaz de envolver a correponsabilidade dos diversos atores nos processos de mudança.

Desta perspectiva, consideramos que entre o geral e o particular muito há para ser explorado, feito e questionado, principalmente no que tange à realização de críticas reflexivas capazes de radicalizar os processos de gestão democrática, e de planejamento participativo no SUS. Sem isto, nos parece ser impossível fazer frente ao sistema neoliberal, o qual fragiliza diariamente as ações do sistema de saúde, tornando-as impotentes através de determinações políticas distantes do próprio campo de saúde, sob o discurso de modernização do Estado. Isto posto, nossa análise procurou, concomitantemente, evidenciar o papel do Estado e os interesses envolvidos na concretização do apoio institucional, inserido em uma conjuntura em que também predominam os interesses de ordem política e econômica.

Tal como afirma Menicucci (2011), concluímos que para além do fazer do apoio institucional, há uma tarefa política a ser realizada por todos que transcende governos, em suas palavras “sem a repolitização da saúde e sem a construção de uma agenda radicalmente inovadora, pouco se avançará” (MENICUCCI, 2011, p. 531). Logo, cuidar da conclusão desta dissertação não tem a ver com o movimento de simplesmente fechá-la, mas ofertá-la a um debate aberto e necessário. É um convite feito ao leitor para realização de muitas interrogações e indagações, o que de certa forma produz em nós certo regozijo, se assim podemos considerar, para que a temática da democratização expanda através da revisitação de velhas questões e colocação de outras novas.

REFERÊNCIAS

ARENDDT, H. *A condição Humana*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2014.

ARISTÓTELES. *Política*. São Paulo: Martin Claret, 2007. (A Obra-prima de cada autor).

BARROS, Maria Elizabeth Barros de et al. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1107-1117, 2014.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100005&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005b.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005a.

BERTUSSI, D. C. *O apoio institucional matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. 2010. 234f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde, 8*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde, 8*. Relatório final. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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*. 4. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS: ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 34 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface* (Botucatu), v. 18, p. 983-95, 2014. Suplemento 1.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, mar. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio institucional especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 1 mar. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 1. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, A. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. (Série Epidemiológica, 1324).

CARVALHO, A. O apoio integrado como dispositivo de cooperação federal com estados e municípios: a experiência vivida e a atual. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Org.). *Apoiadores regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. p. 59-83

CASSELLA, Nélida Aleixo; MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Apoio institucional: a percepção dos apoiadores em uma maternidade pública de Alagoas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, p. 4-5, 2018.

CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 29-50, abr. 2014.

CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica; DELUIZ, Neise. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 23-49.

DAHL, R. *Sobre a democracia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

DOMITTI, Ana Carla. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. 2006. 90 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2006.

FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S. CAMPOS, G. W. S. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988. p. 195-207.

FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. (Série Epidemiológica, 1324).

FURLAN, Paula Giovana; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, p. 885-894, 2014. (Suplemento 1).

GIAMBIAGI, Fabio. Estabilização, reformas e desequilíbrios macroeconômicos: Os anos FHC. In: GIAMBIAGI, F. et al (Org.). *Economia brasileira contemporânea (1945-2010)*. 2. ed. São Paulo: Campus, 2010. p. 131-195.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, mar. 1991.

GUIZARDI, F. *Do controle social à gestão participativa: perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS*. Rio de Janeiro. 2008. 258f. (Tese doutorado)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: formação e intervenção*. Brasília, DF: MS; 2010. p. 13-28.

JESUS, W. L. A. et al. Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social. In: JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. (Org.). *Desafios do planejamento na construção do SUS* Salvador: EDUFBA, 2011. p. 29-59.

LANCMAN, Selma; UCHIDA, Seiji. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Caderno de psicologia social do trabalho*, São Paulo, v. 6, p. 79-90, dez. 2003. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf> >. Acesso em: 12 jun. 2018.

MARTINS, P. Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: LACERDA, Alda; MACHADO, Felipe; GUIZARDI, Francine (Org.) *Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano*. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária: UFPE, 2013. p. 101-126

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf> >. Acesso em : 20 abr. 2018.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Abrasco, 1995. p. 117-148.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. 1-29. (Série Epidemiológica, 1324).

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997b.

MICHAELIS. Dicionário online Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Planejamento. 2015. Disponível em: < <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/PLANEJAMENTO/> >. Acesso em: 11 mar. 2018.

MINAYO, M. (Org.). *Pesquisa social : teoria, método e cripráxis*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S, F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MOROSINI, Márcia. Qualificação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde: uma apresentação ao trabalho In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso (Org.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 11-22.

NETO, Eleutério. A Via do parlamento. In: FLEURY, Sônia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. (Série Epidemiológica, 1324).

NOVAES, R. Do biológico e do social: um pequeno balanço. In: FLEURY, Sonia. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 205-226.

OLIVEIRA, G. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio institucional*. 2011. 168f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

OLIVEIRA, G. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, p. 223-235, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13136/1/ARTIGO_Apoio_institucionalInstitucionalProcessos.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

ONOCKO, R. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1021-1031, 2000.

ONOCKO, R. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.

PAIM, J. S. A Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 1. ed. São Paulo: Ed. HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 187-220. Volume 1.

PAIM, J. S. A Universidade e a reforma sanitária. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 108-116, 1991.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.767-782. (Saúde em debate, 170).

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ USP, 1994. p. 9-51.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, ciências e Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PASCHE, Dário. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 13, p. 701-708, 2009. Suplemento 1.

PAULON, Simone Mainieri; PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 18, p. 809-820, 2014. Suplemento 1.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 18, p. 895-908, 2014. Suplemento 1.

PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubem. O Fio da meada: Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubem (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro : CEPESC, 2006. p.11-26 (páginas acrescentadas)

RIGHI, Liane Beatriz. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 18, p. 1145-1150, 2014. Suplemento 1.

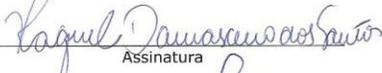
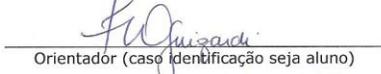
SEVERO, Denise Osório; DA ROS, Marco Aurélio. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 177-184, maio 2012.

SILVA, Raquel Vitória Souza; DEUSDEDIT-JUNIOR, Manoel; BATISTA, Matilde Agero. A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Juiz de fora, v. 8, n. 2, p. 415-427, dez. 2015.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 262 p.

VIEIRA, Monica. Saúde Paidéia. *Trabalho educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 210-211, mar. 2004.

ANEXO A – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BANCO DE DADOS

	<p>INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º ANDAR - Sala 7014 / Bloco E • Maracanã • Rio de Janeiro - RJ • CEP 20550-013 Tels: (21) 2567-7086 / 2334-0235 ramal 112 • Fax: (21) 2334-2152 Site: www.lappis.org.br E-mail: lappis.aus@ims.uerj.br</p>	
Formulário de Solicitação de Banco de Dados		
Data: 09/05/2013		
Identificação do Solicitante <input checked="" type="radio"/> Estudante <input type="radio"/> Professor(a)/Pesquisador(a) <input type="radio"/> Outro – Qual? _____		
Nome Completo <input type="text" value="Raquel Damasceno dos Santos"/>		
Endereço <input type="text" value="Avenida Brasil, nº 17475, Apto 401, Bloco G"/>		
Bairro <input type="text" value="Irajá"/>	Cidade <input type="text" value="Rio de Janeiro"/>	CEP <input type="text" value="21230-043"/>
Instituição/Departamento/Disciplina <input type="text" value="Fiocruz – EPSJV – Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde"/>		
Qual(is) banco(s) de dados necessita? <input checked="" type="checkbox"/> Memória da II Oficina técnica de construção coletiva da pesquisa: "Áreas estratégicas e o direito à saúde: a construção da integralidade no contexto do apoio institucional". <input checked="" type="checkbox"/> Áudio da II Oficina técnica de construção coletiva da pesquisa: "Áreas estratégicas e o direito à saúde: a construção da integralidade no contexto do apoio institucional" <input checked="" type="checkbox"/> Relatório das informações e da coleta de materiais sobre o apoio institucional e as áreas programáticas estratégicas do DAPES/SAS/MS. Finalidade: 1- Elaboração de Dissertação de Mestrado e; 2- Garantir assessoria especializada na revisão sistemática da literatura sobre apoio institucional.		
<p style="text-align: center;">Termo de Compromisso</p> O solicitante declara-se ciente que os dados fornecidos devem ser utilizados apenas para a finalidade aqui autorizada, e que os produtos acadêmicos resultantes (comunicações, dissertações, teses, artigos) devem ser aprovados pela coordenação do projeto previamente à sua divulgação.		
<input checked="" type="checkbox"/> Concordo	 Assinatura	
	 Orientador (caso identificação seja aluno)	
	Autorizo _____ Coordenação LAPPIS	
<p>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / LAPPIS UERJ Rua São Francisco Xavier 524 / 7º andar / Sala 7014 / Bloco E – Maracanã – CEP: 20559-900 – Rio de Janeiro – RJ – BRASIL - Tel.: 21-25677086 / 23340235 - Fax: (21) 23342152</p>		

Rosemá Pinheiro
 Coordenadora do LAPPIS
 Professora Adjunta da UERJ
 Max. 34.650-1