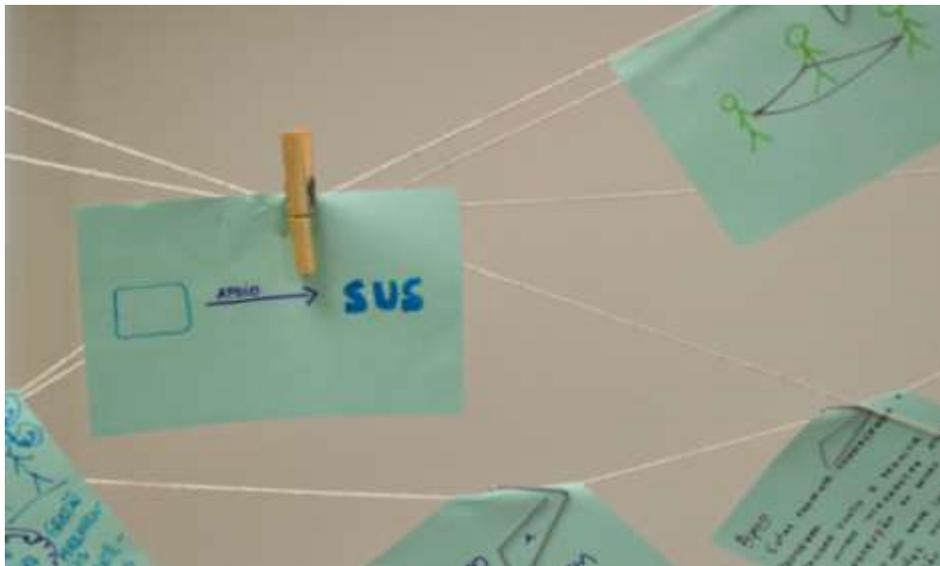


**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica -
EducaSaúde
Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde**

Apoio: um ensaio cartográfico na gestão federal do SUS

Diego Pinto Santos

**Brasília
2014**



DIEGO PINTO SANTOS

Apoio: um ensaio cartográfico na gestão federal do SUS

**TRABALHO DE ESPECIALIZAÇÃO
APRESENTADO AO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM FORMAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO, DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DO SUL, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
ESPECIALISTA EM SAÚDE COLETIVA E
EDUCAÇÃO NA SAÚDE.**

ORIENTADORAS:

CAROLINA PEREIRA LOBATO

PATRÍCIA BARBARÁ DIAS

**BRASÍLIA
2014**

DIEGO PINTO SANTOS

Apoio: um ensaio cartográfico na gestão federal do SUS

**TRABALHO DE ESPECIALIZAÇÃO
APRESENTADO AO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM FORMAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, DA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO, DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DO SUL, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
ESPECIALISTA EM SAÚDE COLETIVA E
EDUCAÇÃO NA SAÚDE.**

Aprovado em: 02 de Agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA:

CAROLINA PEREIRA LOBATO
Orientadora do estudo

LUCIANO BEDIN DA COSTA
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BRASÍLIA
2014

**“Quantos malucos têm aqui hoje?
Onde está o espírito de vocês agora?
Pilitem seus sonhos
Sejam donos de suas cabeças
Não deixem que ponham palavras onde não existem ideias
Humildade acima de tudo
Pilitem seus sonhos
Sejam donos de suas cabeças”
(Chorão)**

**Tâmo aí na atividade
Charlie Brown Jr.**

Eles querem que você se sinta mal, pois assim eles se sentem bem

Eu nasci pobre mas não nasci otário
Eu é que não caio no conto do vigário
Tenho fé em Deus pra resolver qualquer parada
Chega com respeito na minha quebrada

Eu não vim pra me explicar
Eu vim pra confundir
Eu não vim pra me explicar

Vem cá seu cu-de-burro
Eu vô te dar um esculacho
Sua atitude é de playboy
Porque sua vida é muito fácil
Vencer na vida, no mundão é pra quem tem coragem
Um dia eu levo ela pra ver o pôr do sol da laje

Tâmo aí na atividade
Tâmo aí na atividade
Tâmo aí na atividade

Me basta que venha do surf
Me basta viver do skate
Me basta que venha do coração
Me basta viver da mente

Me basta que venha do surf
Me basta viver do skate
Me basta que venha do coração
Me basta viver da mente

Eles são gente
Mas, não são gente como a gente

Meu estilo de vida liberta minha mente
Completamente louco mas um louco consciente

Tâmo aí na atividade
Tâmo aí na atividade
Tâmo aí na atividade

Agora sei o quanto é precioso nosso tempo
A gente tem que dar valor certas coisas não têm preço
O fato é que a gente tem que se preservar
Viver intensamente com a cabeça no lugar

Não, eu não me sinto mal
Sobrevivo a todo lixo, todo ódio com amor
Eu sou o valor das coisas simples.. Eu dou valor pra coisas simples, eu
Não, eu não me sinto mal
Quero mais que eles se queimem na fogueira das vaidades
Eu dou valor pra coisas simples... Eu sou o valor das coisas simples, eu

Mas, me diz então o que da vida posso ter
Como o mundo deve ser com as balizas do nosso sistema
Me diz então o que da vida posso ter
Eu tenho fé em Deus pra resolver qualquer problema

Eu nasci pobre mas não nasci otário
Eu é que não caio no conto do vigário
Tenho fé em Deus pra resolver qualquer parada
Chega com respeito na minha quebrada

Tâmo aí na atividade
Tâmo aí na atividade
Tâmo aí na atividade

Me basta que venha do surf
Me basta viver do skate
Me basta que venha do coração
Me basta viver da mente

Me basta que venha do surf
Me basta viver do skate
Me basta que venha do coração
Me basta viver da mente

Eles são gente
Mas, não são gente como a gente

Meu estilo de vida liberta minha mente
Eu sou completamente louco mas um louco consciente

Dedico este trabalho aos trabalhadores da saúde,
militantes *menores*
que lutam pela efetivação de um SUS
menor.

AGRADECIMENTOS

A você, Patrícia, e, em especial, a nossa filha, por florescer vida na vida entre as dunas de concreto desse lugar. Te amo Maria Flor, minha cara de conchinha.

A você, mãe, e a você, pai, Fabiano e Valentina, Thiago e Maria Eduarda. E @tod@s outr@s pessoas que constituem minha família e que são importantes e fundamentais em qualquer caminhar que eu almeje.

Agradeço a você, Vanessa. Por tudo. Mesmo distantes estávamos – estamos juntos.

A você, Carolina Lobato, por me acolher em nossas diferenças e desorientações “filosóficas”.

A tod@s especializando, em especial, a vocês, querida Élide, Irina e Ilano.

A vocês, Ju e Bozo, grandes amig@s, sempre dispostos a trocarmos uma ideia, tomarmos um chimas, darmos um rolê perto do lago e curtirmos um SUP. Muito agradecido pelo companheirismo, amizade, carinho e apoio por essas bandas.

A tod@s trabalhadores do DAB, em especial, a Bruna, Alyne, Cátia, Thais Severino e Nina. Agradecido pela acolhida e ensinamentos.

A você, Luciano Bedin, pelas contribuições “esquizoides”, que movimentaram o pensar no produzir dessas “viagens”.

Agradeço à coordenação e ao corpo docente do programa. Em especial, a você, Luciana Barone, pela disposição, atenção e cuidado comigo.

Às tantas outras pessoas que encontrei ao longo desse ano de vida no SUS.

RESUMO

Das minhas experiências coletivas no território da gestão em saúde, no âmbito do governo federal, junto ao curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação em Saúde, no Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde – MS, entre os anos de 2013 e 2014, surgiram pensamentos e reflexões que, aqui neste trabalho, resultam um ensaio cartográfico acerca do Apoio enquanto dispositivo de gestão e organização do processo de trabalho no SUS. Com um pensamento “embebido” pelas produções teóricas de Débora Bertussi, Gustavo Nunes, Rossana Baduy, Nilton Pereira, Ricardo Ceccin, Emerson Merhy, Gastão Wagner, Gustavo Tenório e outros e inspirado pela possibilidade de abeiramentos com a filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guattari, operei uma problematização no campo da saúde coletiva acerca do Apoio, a partir do território micropolítico no DAB. Trata-se de um estudo qualitativo que assume como objetivo explorar e mapear no que consiste o Apoio em algumas de suas mais difundidas modalidades (Apoio Institucional, Apoio Matricial, Apoio Matricial Rizomático, Apoio à Gestão, Apoio Intervenção e Apoio Integrado). Procurando encontrar pontos de conexões e desconexões entre tais formulações teóricas e o acompanhar nessas experiências, ensaiei uma análise do Apoio no DAB. O que está o Apoio no DAB? O que pode o Apoio no DAB? Uma elaboração do Apoio tomado como definição *menor*, enquanto um dispositivo de Educação Permanente na Produção da Saúde. Uma cartografia tecida em uma trama entre as afecções do vivido nos acontecimentos-movimentos-processos enquanto trabalhador-implicado no território micropolítico do trabalho em saúde, um *bricoler-surfístico* no qual possam estar endereçadas as relações intersubjetivas e interfederativas que ocorrem no trabalho cotidiano dos *trabalhadores-apoiadores* do governo federal no Sistema Único de Saúde – SUS.

Palavras-chave: 1. Gestão em Saúde. 2. Apoio. 3. Cartografia. 4. Atenção Básica.
5. SUS

LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica
ANEPOP: Articulação Nacional de Extensão Popular
APS: Atenção Primária à Saúde
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CFAQ: Campo Floresta Águas e Quilombola
CGAA: Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação
CGAD: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar
CGAN: Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGAT: Coordenação Geral de Áreas Técnicas
CGGAB: Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica
CGSB: Coordenação Geral de Saúde Bucal
CIB: Comissão Intergestora Bipartite
CIR: Comissão Intergestora Regional
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB: Departamento de Atenção Básica
DAEF: Diretório Acadêmico Curso de Educação Física
DAI: Departamento de Articulação Interfederativa
DARAS: Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde
eCR: Equipe de Consultório na Rua
EPS: Educação Permanente em Saúde
ESCES: Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde
eSF: Equipe da Saúde da Família
ESF: Estratégia Saúde da Família
FURG: Universidade Federal do Rio Grande
GERES: Gerências Regionais de Saúde
GTEP: Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos
MDV: Movimento em Defesa da Vida
MS: Ministério da Saúde
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPEPS: Núcleo de Estudos e Práticas em Educação Popular e Saúde

NEMS: Núcleo Estadual do Ministério da Saúde

NTI: Núcleo de Tecnologia da Informação

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNH: Política Nacional de Humanização

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PROESF: Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PRMSF: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa Saúde da Família

RPcD: Rede de Pessoa com Deficiência

RBSF: Revista Brasileira de Saúde da Família

RUE: Rede de Urgência e Emergência

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SE: Secretaria Executiva

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGEP: Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SISAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

VEPOP: Vivências em Educação Popular no Extremo Sul

SUMÁRIO

Muito prazer sou trabalhador da saúde no SUS, aprendiz de cartógrafo e surfista implicado.....	11
Esse tal de Apoio: o que dizem por aí?!?!.....	21
A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) na esteira construtiva do SUS.....	40
O Apoio no DAB: o que se diz e o que se faz.....	50
Apoio Menor: rabiscos metodológicos para um apoio surfista.....	60
Posfácio.....	72
Referências, leituras estimuladoras e inspiradoras	82

Muito prazer sou trabalhador da saúde no SUS, aprendiz de cartógrafo e surfista implicado

Como em uma fala ou em uma simples roda de conversa, inicio este trabalho, inscrevendo um pouco de mim; apresento, sobretudo, algumas trilhas do meu caminhar profissional e da minha proximidade com o trabalho em saúde, principalmente, na Atenção Básica (AB). Não se trata de falar de minhas competências e/ou incompetências, meus saberes, conhecimentos e habilidades, ou dizer daquilo que fiz ou deixei de fazer: minha finalidade é tornar visível algumas marcas e movimentos que me trouxeram até este curso de formação, em cujo momento-acontecimento vivenciado ao longo desse um ano, estiveram elementos constituintes de um caminhar trilhado em devires de experiências enquanto trabalhador da saúde e, sobretudo, do/no Sistema Único de Saúde – SUS.

Revisitar os lugares em minhas experiências e apresentá-las a você, leitor, elucidar elementos conectores do já vivido, como forma de resgatar aqueles afetos que, para mim, estão mais valiosos na produção de sentidos e significados para aquilo que penso, falo e faço enquanto trabalhador da saúde implicado com a construção e a efetivação do SUS. Logo, falar de tais acontecimentos está também uma tentativa de movimentar meus pensamentos relativos a determinado objeto de interesse, a fim de tentar, nesse processo, legitimar e validar minhas produções e formulações acerca do trabalho na gestão em saúde.

No rastro desse pensamento, procuro sentido ao que, para mim, está um problema a ser observado e investigado no campo da saúde coletiva. Assim, pensar o processo de trabalho na gestão federal do SUS está também (re)significar contágios nos diversos encontros com os sujeitos trabalhadores e usuários, cuja íntima relação sujeito-objeto busca uma mudança de direcionalidade dos serviços e práticas de saúde, na qual, ao incorporarmos subjetivamente aquilo que nos afeta nos encontros e (des)encontros com o próprio trabalho, e principalmente, com os gestores, trabalhadores e usuários implica a aplicação de intenções éticas e políticas na própria produção deste trabalho de conclusão de curso.

Destaco duas passagens

Primeiro, separo minha estada no curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, entre 2006 e 2009, quando participei do projeto Versus/Extensão –

Vivências em Educação Popular no Extremo Sul – VEPOP durante dezoito meses, atuando numa UBSF do município de São José do Norte – RS. Além disso, destaco meu envolvimento com o Movimento Estudantil da Educação Física – DAEF – FURG, Movimento dos Estudantes Extensionistas em Saúde e Educação Popular, NEPEPS – Núcleo de Estudos e Práticas em Educação Popular e Saúde e ANEPOP – Articulação Nacional de Extensão Popular.

Saliento também minha vivência junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) quando, entre 2010 e 2012, atuei junto à Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF Dr. Vicente Pias, localizada no bairro São Miguel, e outros serviços de saúde do município de Rio Grande¹.

Em ambas as experiências, tive a oportunidade de conhecer o cotidiano das comunidades e o viver das pessoas; experimentei o aprender a desaprender sobre o corpo e a vida, apreciei de perto a participação popular e a formação política no/para o SUS, compreendi melhor o cotidiano de trabalho nos serviços de saúde, e a atenção na produção do cuidado, a educação permanente e os processos micropolíticos que acontecem no território vivo do trabalho em saúde no SUS.

Assim, enquanto extensionista, durante a graduação, e “trabalhador” na residência, aos poucos fui assumindo meu lugar na vida e no mundo, adquirindo segurança enquanto trabalhador da saúde, nas coisas em que penso e no trabalho que faço. Nesse sentido, na esteira de minha formação profissional no/para o SUS, estar hoje “trabalhador em formação” num curso de formação em serviço Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde (ESCES)², no Departamento de Atenção Básica (DAB)³, Ministério da Saúde (MS), está

¹ Atuei também junto a equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS CONVIVER, ambos dispositivos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município do Rio Grande – RS.

² A Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em Serviço, prevista no presente Edital, constitui educação profissional de pós-graduação *lato sensu* na modalidade “em serviço”, designando seus alunos como “profissionais bolsistas”, estando acoplada à mesma formação para alunos não bolsistas, designados como “profissionais cursistas”. A carga-horária total da formação especializada em serviço será de 2.880 horas-aula, organizada em momentos de concentração, de dispersão e de imersão prática no Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde. A duração do programa formativo será de 12 (doze) meses. A Carga Horária Total será distribuída em 360 horas-aula, correspondentes ao Curso de Especialização *Lato Sensu*, desenvolvido de maneira presencial, com aulas em meses alternados, em momentos de concentração de cinco dias, sempre às quintas e sextas-feiras, sábados, segundas e terças-feiras, na cidade de Brasília; 900 horas-aula em momentos de dispersão, entre atividades de estudo dirigido individual, estudo em ambiente virtual de aprendizagem e orientação para os trabalhos de conclusão; 1.620 horas-aula em momentos de imersão prática em cenários do trabalho – vivências em serviço, realizadas junto ao Departamento de Atenção Básica à Saúde, do Ministério da Saúde.(UFRGS, 2013)

qualificar ainda mais minha experiência profissional e aprendizado no campo da saúde coletiva e atenção básica e, sobretudo, está potencializar o desenvolvimento de habilidades e competências referentes ao processo de trabalho de gestão da saúde, avaliação, apoio e educação permanente em saúde, no âmbito da gestão federal.

Sendo assim, é possível dizer que, enquanto “trabalhador da saúde”, estou implicado com a consolidação e a efetivação da Atenção Básica no sistema de saúde brasileiro. Logo, a escolha pelo tema deste trabalho justifica-se também pela motivação que tenho no aprofundamento do estudo sobre políticas públicas de saúde; pelo desejo em discutir o Apoio como possível dispositivo na organização do processo de trabalho na gestão federal e por, meu interesse em ofertar “invenções” que nos permitam a construção de “outros” trilhares no pensar referente às práticas de gestão e de produção do cuidado e saúde no SUS. Portanto, dizer a respeito dessas coisas que me tocam e mobilizam está reconhecer em mim um sujeito e um saber militante enquanto trabalhador da saúde implicado com a defesa radical da vida⁴, o viver das pessoas, o SUS, e com a construção de uma “outra” sociedade.

Utilizando as palavras de Emerson Merhy, o sujeito que traz, antes de qualquer situação epistêmica, a sua implicação, criando uma situação não típica como as investigações com que estamos mais envolvidos; pois, agora, o sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, sem se reduzir ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica, como o sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos contemporâneos. (MERHY, 2004)

Em outros termos, estar especializando – trabalhador em formação, antes de qualquer coisa, é estar trabalhador sujeito militante⁵ no Sistema Único de Saúde – SUS, um surfista, um ser estar. Quem sabe um potencial amigo do conceito e um aprendiz de cartógrafo. Nesse

³ A respeito da descrição e da apresentação do DAB, ver detalhamento a partir da página 47, no texto que segue neste trabalho.

⁴ Defesa radical da vida é uma expressão utilizada por Émerson Elias Merhy, quando se busca um processo produtivo que causa impacto nos ganhos dos graus em defesa de autonomia no modo de o usuário andar na sua vida. Luis Fernando Bilibio, em sua tese de doutorado, ao analisar o movimento em defesa da vida (MDV), diz: “A vontade de defender a vida composta pelos nômades, pelas matilhas, pelos bandos interessados em potentes práticas micropolíticas, formuladores de atos de criação. Talvez a vontade de defender a vida mais próxima da trágica afirmação da vida na perspectiva da vontade de poder. Essa tem o nome que Merhy primeiro lhe deu: defesa radical da vida”. (BILIBIO, 2009, p. 107-108)

⁵ Sujeito Militante está um conceito utilizado por Emerson Merhy (2004), para falar dos sujeitos que estão na produção do SUS e, ao investigarem suas práticas, estão tão implicados com a situação que, ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de tais processos. Para mais ver em MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A. de A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZU, M. (org.) Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ensajo, apresento, no presente estudo escrito, ensaios e devires de uma experiência de trabalho na gestão em saúde, no âmbito federal do SUS, em um programa de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde – ESCES.

Relatos de uma experiência concreta e real no cotidiano do Departamento da Atenção Básica – DAB⁶, ensaios inventivos que brotam do vivido e dos devires nos encontros entre os diversos sujeitos e na produção de subjetividades no processo do trabalho vivo em ato. Em cena, trabalhadores do MS e do DAB, especializando, residentes e alguns gestores do SUS – prefeitos, secretários e coordenadores de diversos estados e municípios do Brasil –, além, é claro, das inúmeras pessoas que *encontrei* ao longo deste último ano.

Assim, este inscrito pretende ser um escorrego, nos termos de Gilles Deleuze, ao escrever cartas e corresponder-se com um surfista. Sair da teoria e adentrar a prática ou, ainda mais, sair da prática para embrenhar-se na teoria. Na gíria do surf, encontro de escorrego é o momento inicial, quando as pessoas tentam surfar e se divertir no movimento do processo dessas tentativas: é o que busco aqui.

Logo, pensar uma metodologia para a referida escrita é escorregar no fluxo dos pensamentos: representa-me esfregar nos acontecimentos cotidianos. Tentar, através de um *surf* nas ondas do pensar o pensamento, criar uma linguagem e uma escrita, que não destacam as manobras de um surfista, mas descortinam o acompanhamento dos processos como um todo, discutindo e problematizando alguns aspectos e elementos nessa experiência, em seus diversos movimentos e momentos, desde minha chegada até a saída.

Para tanto, o trabalho aqui proposto constituirá um relato de experiência, cujo movimento é “problematizar” e “analisar” o *Apoio* enquanto dispositivo de gestão do

⁶ Atuação junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), entre os anos de 2013 e 2014, na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB), acompanhando o apoio institucional junto ao estado do Rio de Janeiro, bem como as agendas da frente Gestão do Trabalho; realizando atividades junto às pautas do Programa Mais Médicos – Provab, Remuneração Variável, Carreiras e Residências em Saúde; na Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), acompanhando a gestão do Programa Melhor em Casa, e na Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), quando acompanhei a gestão do Programa Academia da Saúde e PSE. Dentre as atividades realizadas, destaco: Apoio aos Estados e Municípios, discussão, planejamento, organização, formação e educação permanente aos gestores estaduais, municipais, aos trabalhadores e à população; Ações intrasetoriais e intersetoriais de discussão, produção e viabilização de políticas, programas e ações de saúde no âmbito federal; Ações e atividades que organizam as demandas da gestão no âmbito federal; Produção de materiais, ferramentas e políticas no âmbito da oferta federal, frente às prioridades de saúde no governo; Avaliação e monitoramento de políticas, programas e ações desenvolvidas na gestão federal. Participação na organização de eventos promovidos pelo Departamento de Atenção Básica, como a IV Mostra Nacional de Experiências em Saúde da Família.

processo de trabalho no SUS. Quando, com um pensamento “embebido” pelas produções teóricas de Débora Bertussi, Gustavo Nunes, Rossana Baduy, Nilton Pereira, Ricardo Ceccin, Emerson Merhy, Gastão Wagner, Gustavo Tenório e outros, e inspirado pela possibilidade de abeiramentos com a filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guattari, operarei uma problematização no campo da saúde coletiva acerca do *Apoio*, a partir do território micropolítico no DAB.

Partindo das intersecções de encontro entre o vivido das experiências e aquilo que consegui pensar e sentir no instante do acontecimento-momento-processo de produção desse trabalho de conclusão de curso – TCC, ensaio certas invenções e abeiramentos filosóficos. Isto é, criações conceituais, cujo movimento está um “engravamento”, em que intenciono dar “outros” sentidos e significados para aquilo a que, em parte, já está dado. Logo, a ousadia e a pretensão é nos ofertar a possibilidade de pensar “diferente”.

Trata-se de um estudo qualitativo que assume como objetivo explorar e mapear em que consiste o Apoio em algumas de suas mais difundidas modalidades (Apoio Institucional, Apoio Matricial, Apoio Matricial Rizomático, Apoio à Gestão, Apoio Intervenção e Apoio Integrado).

Procurando encontrar pontos de conexões e desconexões entre tais formulações teóricas e o acompanhar nas experiências, ensaiarei uma análise cartográfica do Apoio no DAB – O que está o Apoio no DAB? O que pode o Apoio no DAB? O Apoio, tomado como uma definição *menor*, uma formulação que, desse modo, aposta em um dispositivo de Educação Permanente e Produção da Saúde inscrito em arranjos concretos. O que põe em relação sujeitos com diferentes interesses, desejos e poderes, com o ensejo de produzir afetos mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na construção de dispositivos de problematização, de invenção de problemas, de intercessão-intersecção com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si; isso implica intencionar uma tarefa ética, estética e política.

Cartografando alguns modos de contágio do Apoio na construção de projetos de reorganização dos processos de trabalho, de produção da saúde em defesa radical da vida, de ativação de redes de saberes, de produção de coletivos, de produção do conhecimento, de invenção metodológica dos processos institucionais nos campos da gestão em saúde coletiva no SUS. E ainda escapando das influências de subjetivação dos processos agenciados pelas experiências, no texto, por meio dos “encontros” nos lugares do território vivo dessa

cartografia⁷, buscarei tecer uma trama entre as afecções do vivido nos acontecimentos-movimentos-processos enquanto trabalhador-implicado no território micropolítico do trabalho do Apoio no DAB, um *bricoler-surfístico*⁸ de dispositivos constituídos entre os atravessamentos das forças coletivas que fogem da personalização identitária dos conflitos e asseguram algo da ordem do impessoal.

Quando o exercício a ser tentado será o de ler e descrever o pensar do pensamento, o sentir das sensações, bem como o ensaiar inventivo e criativo sobre o agir nos acontecimentos, uma vez apoiado em minha vivência, rabiscarei aquilo que consegui observar, sentir, perceber e reconhecer no viver dessa experiência. Isso porque parto do pressuposto de que o próprio pensar, sentir e ensaiar sobre o agir é um ato potente do processo de trabalho, cujo produto final é o próprio ato e, portanto, também agir.

Pensar cartograficamente trata-se de um pensamento que passa pelo entendimento do que Deleuze e Guatari (1995) denominaram de rizoma⁹. Um de seus princípios, o método cartográfico, não define um conjunto de regras já prontas para serem aplicadas, nem busca um caminho prescritivo e linear para atingir determinado fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*, o que não significa a ausência de uma direção, pois está em sua diretriz reverter o sentido tradicional de um método, isto é, em vez de traçar um caminho, almejando objetivos e metas pré-determinados, ela se orienta a partir das pistas que emergem da movimentação dos processos de um caminhar. Parte de uma atenção flutuante, concentrada e aberta, quando a relação sujeito-objeto é de afastamento e de espreita dos acontecimentos. (KASTRUP, 2010).

Dessa maneira, desafio-me a ensaiar um estudo qualitativo, cuja metodologia escolhida oferta a possibilidade de operacionalizar o pensamento em outra lógica, mais livre, uma vez que sua composição não segue qualquer protocolo normativo, ou seja, invento procedimentos em função daquilo que pede contexto, pede passagem, um estudo que intenciona colocar as coisas “diversas” lado a lado, buscando a multiplicidade do e, fugindo do ou. (ROLNIK, 2000)

Na linha apontada, acompanhar os processos em sua dimensão construtivista do conhecimento e da produção de subjetividades é voltar-se para o interior do objeto e preparar-

⁷ Território vivo desta cartografia está detalhadamente descrito na página 19, no mesmo texto que segue neste trabalho.

⁸ Bricoler surfístico está um método para compor essa cartografia: um tecido, uma trama, uma colcha de retalhos no vir a ser das produções do pensamento.

⁹ Sobre o desenvolvimento desse pensamento, ver maiores detalhes a partir da página 33, no texto que segue neste trabalho.

se para acolher o inesperado, que ocorre nos encontros enquanto experiências. Isto é, rastrear os signos das processualidades, tocar, acionando sensações, pousando e percebendo os enquadres e reconfigurações do território para, então, reconhecer atentamente o que está acontecendo. (KASTRUP, 2010)

Portanto, essa cartografia está uma trama-tecido, quando, na singularidade do movimentar de meus processos subjetivos, rascunho operações que, na presente escrita, deixam pistas em um trilhar em minha própria experiência e que emergem da criação de um fazer-saber metodológico que acompanha o trabalho aqui apresentado. As linhas dessa colcha de retalhos desenham uma textura tal de encontros e (des)encontros que, quando esses elementos/coisas diversas estão em conexão/desconexão, possibilitam certos fluxos, atravessamentos e transversalizações que, *a priori*, não compunham o mapa de estudo, mas que, no movimentar da produção, passam a compor meu território cartográfico. (SANTOS, D.P. , 2012)

Falo do território vivo dessa cartografia, um surf nos entre-lugares por onde “andei”: **processo de trabalho** no DAB; outras **produções cartográficas** e elaborações teóricas; as **relações no encontro** com os trabalhadores e gestores; as **fontes secundárias** utilizadas¹⁰; a experiência de **produção do próprio TCC**; os territórios existenciais – **desterritorialização** – produção subjetiva e o **viver das experiências** no instante do acontecer da vida.

Por fim, o desafio final deste trabalho surge no esforço de torná-lo um agenciamento, o qual, ao contrário de indicar um encerramento, procurará constituir dispositivos cartográficos enquanto fazer-saber ver e falar imanente às linhas de fugas operadas nos processos em devires da composição com o próprio leitor.

Uma formulação segundo a qual ensaiar um inventar em uma escrita cartográfica é me permitir um experimentar “filosófico” singularizado, cujo trabalho inventivo não tem pretensão de verdade e não se propõe como método a ser seguido, mas apenas como uma proposta de aposta em um *Apoio menor*. Parafraseando Silvio Gallo, um ensaio inventivo e uma escrita esforçadamente criativa de luta contra a opinião que se generaliza e nos escraviza

¹⁰ Fontes secundárias utilizadas na composição do território cartográfico neste trabalho foram alguns documentos internos do DAB e, principalmente, da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica – CGGAB, participação nos encontros da comissão do Apoio Institucional da CGGAB, participação nos encontros de avaliação do Apoio Descentralizado da CGGAB, conversas informais com apoiadores do DAB, e-mails da lista da CGGAB, elaboração e realização de oficina de Apoio com as equipes do Programa Saúde na Escola – PSE e Programa Academia da Saúde e participação em eventos.

e que possa ser endereçada às relações intersubjetivas formadas no trabalho cotidiano dos *trabalhadores-apoiadores* do governo federal no Sistema Único de Saúde – SUS.

Esse tal de Apoio: o que dizem por aí?!?!

Entre idas e vindas, desde minha chegada aos serviços de saúde no SUS e, sobretudo, no DAB, tenho feito certas leituras sobre o que está o Apoio no referido lugar. Falo daquilo que tenho escutado pelos quatro cantos da gestão em saúde e também do que encontro e acesso em algumas formulações teóricas relativas ao tema.

O Apoio está na boca do povo, como dizia o outro, todos nós falamos sobre ele, e muito do que fazemos está tido como tal; num geral, o discurso que encontro reforça que todos fazem Apoio e/ou querem fazer. Um amigo (colega do curso de especialização), trabalhador do SUS, com muita propriedade, diz que o Apoio está a palavra da vez pelos corredores do Ministério da Saúde (MS): logo, praticamente um jargão. Concordando com ele, me arrisco a dizer mais: o Apoio está mais do que apenas uma palavra; está, na maioria das vezes, somente a palavra pela palavra, um discurso vazio, em uma prática muitas vezes ainda mais vazia e rasa.

Na esteira de tal “constatação” quero, com o enunciado, provocar uma discussão com você, leitor; solicitar que apresente suas formulações, diga quem é, e o que faz em seu local de trabalho. Não digo para dar respostas a mim; minha intenção é provocar o produzir problematizações que, quando movimentadas no pensar, podem estar um exercício preliminar, utilizado para apontarmos algumas reflexões acerca daquilo que fazemos enquanto atores sujeitos trabalhadores do/no SUS.

Querendo tecer um diálogo de conexões e abeiramentos entre o vivido de minha experiência e as produções acadêmicas de autores da saúde coletiva que, ao tematizarem o assunto em seus trabalhos escritos, convidam-nos a participarmos da discussão, trago pistas no caminho de tentarmos refletir acerca de algumas questões levantadas por eles e que me inspiraram a pensar e a me interrogar enquanto trabalhador da saúde e, para além disso, apresentar “outras” “novas” provocações, a fim de que possamos continuar pensando juntos.

Logo, olhando para alguns conceitos e definições encontradas nas formulações teóricas dos autores citados e tomando como referência aquilo que percebi ao longo de minha experiência no DAB, é possível dizer que o Apoio está o uso que damos a ele, ou seja, por vezes, está suporte técnico-pedagógico, retaguarda assistencial, supervisão administrativa gerencial, negociação política, organização do processo de trabalho, cogestão e roda, rodo,

indução de políticas e programas e, outras vezes, pode estar também dispositivo de Educação Permanente em Saúde, produção de encontros e pensares. São essas nossas apostas, mas, num geral, tais definições transitam pelas definições conceituais já amplamente conhecidas e denominadas Apoio Institucional, Apoio Matricial, Apoio Matricial Rizomático, Apoio à Gestão, Apoio Intervenção, Apoio Integrado e outros.

Desafiado por tal discussão, num primeiro momento e fazendo uso das ideias dos autores já citados, irei destacar resumidamente aquelas contribuições que me parecem mais importantes e úteis enquanto elementos analíticos sobre o que pode estar o Apoio no presente trabalho para, posteriormente, ao longo do mesmo, tentar demonstrar como aproveitarei tais conceitos para realizar uma “análise” e uma problematização do que percebo estar o Apoio no DAB. Em especial, o Apoio realizado pelos trabalhadores na/da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica – CGGAB. E por fim, realizar uma operação de associação conceitual com relação ao termo Apoio. Isso para pensarmos uma “outra” lógica de gestão em saúde quando, a partir do pensamento referente a um *Apoio menor*, que utilizei com sentidos semelhantes ao de Gilles Deleuze e Félix Guattari, no livro *Kafka por uma literatura menor* (2014), rascunharei a elaboração de um ensaio inventivo, apresentado ao longo do desenvolvimento desta reflexão, cuja formulação aposta em *um Apoio menor* enquanto *dispositivo de Educação Permanente na Produção da Saúde*.

Iniciemos nossa “conversa”, observando um pouco do que falam por aí no que se refere a Apoio, a fim de tentarmos compor uma costura com o tema.

Já está sabido, no campo da saúde coletiva, o quão importante estão as contribuições que Gastão Wagner de Campos Souza nos oferta, no âmbito da discussão em torno do Apoio. Nesse sentido, utilizarei os conceitos do autor para apresentar um primeiro possível entendimento do que pode estar o Apoio no campo da saúde coletiva e na gestão em saúde.

Conforme as palavras de Gastão Wagner, ao formular o que chamou de Método da Roda ou Método Paideia¹¹, o Apoio está uma postura que busca reformular os tradicionais

¹¹Método da Roda, Método Apoio Paideia: o termo Paideia é de origem grega e designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: i) *Cidadania*, direitos das pessoas; ii) *Ágora*, espaço para compartilhar poder; iii) *Paideia*, educação integral. O Método Paideia realiza uma adaptação dessa tríade. Busca-se o Efeito Paideia, que é o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas de lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmo, aos outros e ao contexto. Como consequência, aumenta-se a capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações. O Método da Roda trabalha com a noção de que há simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações, sugerindo trabalhar-se com uma fusão de todos esses procedimentos. O Apoio Paideia não necessita de um lugar institucional definido: qualquer dirigente

mecanismos de gestão, partindo do pressuposto de que as funções de gestão são exercidas nas relações entre sujeitos, embora com distintos graus de saber e de poder. Nessa direção, o Apoio Paideia, ao contrário da gestão tradicional que, em geral, lida com trabalhadores e usuários por meio de uma relação objetual, em que os sujeitos do processo de trabalho estão apenas objetos de uma determinada ação-intervenção, busca reconhecer uma gestão que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e usuários das organizações. (CAMPOS, 2003, 2005)

Ainda na mesma linha, o Apoio Paideia pressupõe alguma forma de cogestão, buscando reunir recursos metodológicos voltados para lidar com as referidas relações entre sujeitos de outro modo, mais interativo, que reconheça a diferença de papéis, de poder e de conhecimento. Ao mesmo tempo, que procure estabelecer relações construtivas entre distintos atores sociais, uma vez que contribui ativamente para a criação de espaços coletivos propiciadores da interação intersujeitos, que possibilite a análise de situações e a tomada de decisões conjuntas. (CAMPOS, 2003)

Gastão Wagner também nos ensina que, para operarmos a função Apoio, faz-se necessária a utilização de recursos que incluam as relações de poder, de afetos e a circulação de conhecimentos em análise quando o apoiador não é alguém neutro e deve incluir-se nesse processo, colocando em estudo as relações de poder, conhecimento e afetos envolvidos. Soma-se a isso a realização de análise dos processos de trabalho segundo a lógica da tríplice finalidade das organizações: o trabalho que objetiva a realização do trabalho para produzir valor de uso para terceiros; o trabalho assegurando para o sujeito a própria existência social e construindo significados para a vida e o trabalho para a reprodução das condições de trabalho e das próprias organizações. (CAMPOS, 2003, 2005)

Ainda de posse das ideias do autor, enquanto “Apoiador”, está fundamental operarmos tal metodologia de modo que o trabalho do Apoio traga também ofertas externas e que, ao mesmo tempo, valorize as demandas do grupo. Isto é, importante apoiar o grupo tanto para construir objetos de investimento (capacidade de depositar afetos positivos em objetos fora de si mesmo – gostar do que faz e apostar em projetos, desfrutar o prazer de saber), quanto para compor compromissos e contratos com outros (agir em função de outros e

e/ou trabalhador pode atuar nessa perspectiva; contudo, podem-se delimitar quatro lugares estruturais de onde se pode realizar o apoio: do lugar de poder institucional, como um dirigente; do lugar de suposto saber, como um consultor, assessor ou analista institucional, mantendo uma exterioridade; do lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder institucional, como um clínico, pedagogo ou sanitário; e do lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo, como um membro da própria equipe. (CAMPOS, 2000, 2003)

do contexto sem renunciar absolutamente ao desejo e ao interesse particular), ou seja, pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas.

Soma-se a isso a busca pela ampliação dos espaços coletivos, estimulando espaços de reflexões e a autorização dos grupos a exercer críticas e a desejar mudanças, uma vez que as instituições controlam pessoas, desautorizando-as a tomar iniciativas não previstas nos regulamentos. A oferta de temas busca ampliar a capacidade de os grupos lidarem com temas sagrados, não ditos, relações veladas. Assim, “todo apoiador minimamente sábio descobre que somente se consegue apoiar quando nos autorizamos a ser apoiados pelo grupo a quem pretendemos ajudar, ou seja, um bom dirigente dirige e é dirigido, comanda e é comandado por aqueles com quem trabalha”. (CAMPOS, 2003)

Seguindo no rastro das produções de Gastão Wagner, em seu encontro de formulação teórica com Gustavo Tenório Cunha e Mariana Dorsa Figueiredo, no livro intitulado *Práxis e Formação Paideia Apoio e cogestão em saúde* (2013), observamos, em seus escritos, a alusão a uma metodologia – A Práxis Paideia –, utilizada em três planos: Apoio Institucional, Apoio Matricial e Práticas em Saúde.

Iniciaremos nossa “roda de conversa”, olhando rapidamente para o que os autores mencionam acerca de Apoio Institucional.

Segundo Gastão, Gustavo e Mariana, o Apoio Institucional é:

O Apoio Institucional é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo de fazer cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais como a de coordenação, planejamento, direção; busca um modo complementar para realizar essas funções, em particular altera a maneira de realizar-se coordenação, planificação, supervisão e avaliação do trabalho. Em geral, essas funções são exercidas com um importante grau de distância entre os responsáveis pela gestão e os operadores de atividades finais. (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013, p. 51-53)

Para tanto, o Apoio Institucional parte da pressuposição de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de se saber e poder. Desse modo, o Apoio, em seus princípios, pressupõe a cogestão, ou seja, implica processos de negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos e planos; porém, pressupõe também ajuda para que os agentes consigam cumprir com os vários compromissos e acordos, objetivando, com isso, cuidar da formação Paideia – cognitiva, afetiva e política – dos sujeitos

envolvidos. Nessa direção, o Apoio Institucional está uma estratégia metodológica que procura compatibilizar três finalidades – produção de bens ou serviços para as pessoas que utilizam temporariamente a organização, uma vez que se trabalha para os “outros” em referência às equipes de operadores; procura sempre assegurar a reprodução ampliada da própria organização; interfere na produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e usuários. (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013)

Logo, o Apoio institucional reúne uma série de recursos metodológicos para lidar com essas relações entre sujeitos de um modo diferente da gestão tradicional, conforme mencionado anteriormente: um saber-fazer cujo modo interativo do Apoio reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, estabelecendo relações construtivas entre os distintos atores sociais, considerando a experiência, o desejo e o interesse de cada sujeito na produção de análises e mudanças dos processos de trabalho e dos modos de relação entre os sujeitos em uma organização. Dito assim, trata-se de um método que busca articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuário; entretanto, “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, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo”. (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013, p.54)

Seguindo na apresentação das formulações, outro autor, Gustavo Nunes de Oliveira, em seus escritos, tece uma importante contribuição para o assunto. As palavras do autor, em seu trabalho de doutoramento, intitulado *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio* (2011) nos ensinam que

o Apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Desse modo, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. (OLIVEIRA, G. N, 2011)

Em outros termos, o Apoio Institucional está uma função cuja diretriz de trabalho busca, em sua operacionalização, a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Dessa maneira, fazer Apoio implica certo envolvimento de inserção do apoiador em movimentos coletivos, uma vez que busca ajudar a produção de análise da instituição, bem como apoiar a transformação dos processos de trabalho, buscando novos modos de operar e produzir das organizações.

O autor ainda nos apresenta com uma sistematização acerca do Apoio Institucional, encontrada no Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH), para gestores e trabalhadores do SUS (Brasil, 2008). Segundo ele, a função do Apoio Institucional na PNH é colocada como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos que, assim, poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. Nesse sentido, dentre as funções do Apoio Institucional, está a ativação de espaços coletivos através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; o reconhecimento das relações de poder, afeto e a circulação de saberes, visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; a mediação da construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; agir com os coletivos, atuando em processos de qualificação das ações institucionais; promover a ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. (OLIVEIRA, G. N, 2011)

Dando continuidade a nossa discussão, vejamos o que encontramos sobre Apoio Matricial.

Entende-se o Apoio Matricial como sendo um arranjo organizacional que se dá por meio de uma metodologia de trabalho cuja organização da gestão do cuidado assegura um apoio às equipes de referência e estabelece uma retaguarda assistencial especializada, bem como um suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde. Segundo Gastão Wagner de Souza Campos e Ana Carla Domitti,

o apoio matricial está implicado com a construção compartilhada de um projeto terapêutico integrado desenvolvido por meio de atendimentos e intervenções conjuntas de diretrizes clínicas sanitárias entre o especialista matricial de um núcleo de conhecimento e perfil distinto que oferta o apoio aos demais profissionais componentes de uma equipe de referência, em situações que exijam atenção específica ao núcleo do saber do apoiador, que pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, é possível ainda, que o apoio restrinja-se à troca de conhecimentos e de orientações entre equipe e apoiador. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400, 402)

As equipes de referência são aquelas responsáveis pela realização de um cuidado individual e/ou coletivo e encarregadas do acompanhamento longitudinal da atenção à saúde, por meio de uma relação de vínculo entre trabalhadores e usuários, cujo objetivo é o de realizar uma intervenção na qual distintos especialistas e profissionais, através de seus diversos modos de intervenção, buscam atingir objetivos comuns, quando encarregados de intervir.

O apoio matricial e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se a clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (...) que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder da equipe interdisciplinar e sua gestão do trabalho. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401, 402)

Soma-se a isso um entendimento conforme o qual o Apoio Matricial se trata de uma proposta de mudança do arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, de modo que facilite a cogestão em locais onde é necessário um trabalho em equipe; assim, com a atividade do Apoio Matricial, é possível ampliar possibilidades de realização da clínica ampliada e potencializar a integração dialógica e horizontal entre distintas especialidades e profissões, uma vez que busca levar uma lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais, substituindo as tradicionais modalidades de relação burocrática e com grande desequilíbrio de poder. (CAMPOS, 1999, CAMPOS E DOMITTI, 2007, CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013).

Rossana Baduy, em sua tese de doutorado, intitulada *Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento* (2010), ao apresentar uma experiência junto à SMS do município de Londrina, contribui com nossa discussão, exibindo uma concepção em que o matriciamento, naquele processo, foi “entendido como uma ação de agregar e combinar diferentes saberes para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde, produzindo conhecimento mútuo e trocas, reconhecendo os saberes produzidos no cotidiano e produzindo relações de cooperação”. (BADUY, 2010, p.77)

A autora ainda nos coloca que

o apoio matricial implica na construção de um projeto terapêutico individual ou coletivo integrado, no entanto, essa articulação entre equipe de referência ESF e apoiadores pode se desenvolver em três planos fundamentais: atendimentos e intervenções individuais e coletivas conjuntas entre especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência ESF; em situações que exijam atenção específica do núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe da unidade de referência, compartilhando o caso, definindo um padrão de seguimento conjunto; é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de

conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, com diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de saúde da família. (BADUY, 2010, p.78 - 79)

Complementando nossa “conversa”, Gustavo Nunes colabora conosco, quando em seus escritos menciona que o Apoio Matricial compõe, com outros arranjos, um conjunto de estratégias que visa à ampliação das possibilidades de continuidade da atenção com gradientes maiores de vínculo com responsabilização, uma vez que introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os trabalhadores em diversos níveis de atenção; com isso, oportuniza-se uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõem o sistema de saúde. (OLIVEIRA, G. N, 2011)

O autor, “bebendo” nas formulações de Campos (1998, 2000), Campos e Domitti, (2007), afirma que:

A principal aposta no apoio matricial está na troca de saberes entre equipes e entre profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde de sujeitos, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis. Os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experienciais, constituem o Núcleo de saber de cada um deles. Os saberes e práticas em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho, constituem o Campo (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum). Nessa desejável troca de saberes e de práticas, os núcleos devem atuar sinergicamente articulados pelo Campo, pelo interesse em comum na melhora das condições do sujeito em questão e, ao mesmo tempo, na invenção de novos saberes e práticas de saúde. (OLIVEIRA, G. N, 2011, p. 40)

Dito de outro modo, o Apoio Matricial está uma aposta na produção de saberes, em ato, que ampliem a capacidade de análise e de ação dos trabalhadores e usuários no sentido da coprodução de saúde e de autonomia. Isto é, o apoio toma como orientação a construção de uma racionalização do uso dos recursos tecnológicos e estruturais, condicionada à construção coletiva de intervenções em saúde, coproduzidas entre trabalhadores, gestores e usuários, em função do que conseguem conceber enquanto necessidades de saúde, formuladas a partir da singularidade desse encontro. No ensejo, o apoio matricial inscreve-se como uma estratégia de implementação de novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho, isto é, outra lógica de gestão, cuja cultura

organizacional estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional. (OLIVEIRA, G. N, 2011)

Seguimos tocando a roda...

Débora Bertussi, em sua cartografia intitulada *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde* (2010),¹² nos brinda com a oferta de um mapeamento de diferentes tipos de apoio praticados no âmbito da saúde, quando constrói uma discussão relativa às várias vertentes desse apoio. Aqui neste trabalho, evidencio aquelas apresentações que me parecem mais relevantes para ampliarmos nosso olhar e pensar em minhas elaborações.

Dentre as vertentes apresentadas pela autora, destaque para o chamado Apoio-intervenção. Segundo Bertussi,

o Apoio-intervenção, organizado a partir de trabalhador(es) de saúde como representantes (emissários) da gestão para a interlocução com as equipes de unidades de saúde; esses representantes desenvolvem o trabalho a partir das indicações institucionais, sem – a priori – dar brecha para a produção do(s) encontro(s) em ato, informando e transmitindo informações, conhecimentos e regras/normas a serem seguidas. Neste caso estou me referindo à conhecida supervisão administrativo-gerencial de serviços de saúde realizada por especialistas com base na sistematização de normas e procedimentos técnicos preconizados, fundamentada no planejamento, organização e avaliação de serviços, que tem sua lógica centrada no controle dos processos e resultados obtidos segundo normas e padrões previamente estabelecidos. (BERTUSSI, 2010, p.107)

Seguindo nessa linha e olhando para alguns modos de supervisão no campo da saúde, na maioria das vezes em que se discute, a supervisão está uma atividade instrumental ligada à administração e conota o controle do trabalho e do trabalhador como um instrumento para o aumento da produtividade e fator de ligação entre a administração superior e a equipe operacional, referenciada principalmente pelas normas e rotinas da organização. Desse modo, a supervisão na administração científica ou taylorista caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional; no “modelo” em questão, todas as fases de um trabalho devem ser acompanhadas, de modo a verificar se as operações estão sendo desenvolvidas em conformidade com as instruções e normas previamente definidas, separando o pensar do fazer. De outra maneira, a teoria burocrática de Max Weber aponta para uma organização cujas atividades e objetivos são pensados racionalmente, quando se

¹² BERTUSSI, D. C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde* / Débora Cristina Bertussi. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010. Tese (Doutorado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, 2010.

estabelece certa divisão do trabalho, determinando um sistema firmemente ordenado de mando e subordinação, no qual há uma supervisão dos postos inferiores pelos superiores e uma divisão entre os que planejam e os que executam a especialização, a hierarquia e a autoridade claramente definidas, o sistema de regras e regulamentos, procedimentos e rotinas capazes de responder às mais variadas situações etc. Esse tipo de organização deixa pouco ou nenhum espaço para a autonomia e a liberdade. (BERTUSSI, 2010)

Abraçando o que nos apresenta Débora, outra vertente teórica significativa para o desenho de diferentes modalidades de apoio no âmbito da saúde e significativa para nós, neste momento do trabalho, é a Análise Institucional, cujas ferramentas e estratégias colocam em análise, simultaneamente, a gestão e a produção do cuidado. A metodologia Paideia – já apresentada anteriormente – indica o Apoio Institucional como referência para produzir processos de autoanálise dos coletivos na gestão. Nesse particular, as formulações da autora acerca do que chamou de Apoio Matricial Rizomático, segundo ela, está uma modalidade de apoio que conversa com as proposições da Análise Institucional, uma vez que “não há separação entre clínica e gestão, e o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, de acordo com as necessidades das equipes, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado”. (BERTUSSI, 2010, p.112)

Mergulhemos nesse pensamento para olharmos mais de perto o Apoio Matricial Rizomático. Essa formulação, posteriormente, servirá de inspiração na produção de algumas apostas nesse trabalho.

A compreensão do que vem a ser um Apoio Matricial Rizomático enquanto arranjo que inclui o matriciamento as estruturas da gestão em saúde, passa pela análise de quatro planos constitutivos. São eles: o plano do devir apoiador; o plano das intercessões; o plano de como se produzem as relações no organograma e o plano da caixa de ferramentas do apoiador.

O primeiro plano está um pensamento de encontro com o que dizem Deleuze e Guatarri (1997) e Deleuze e Parnet (1998). Para esses autores, como bem utilizou Bertussi, o

devir-apoiador está nos devires que se encadeiam ou coexistem em zonas de vizinhança, de indiscernibilidade e de indiferenciação. Nas utilizações da autora,

Os devires são geografia, são orientações, são direções, entradas e saídas (...) Devir é jamais imitar, nem fazer como, nem ajustar-se a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não há um termo de onde se parte, nem um ao qual se chega ou se deve chegar. Na medida que alguém se torna, o que ele se torna muda tanto quanto ele próprio. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos (...) O devir não se contenta em passar pela semelhança e constitui uma “irresistível desterritorialização”. Está no “entre”, no “meio” (...) O devir não é concebido como o resultado de uma transformação, de uma passagem ou de uma forma, de um estado ou de um termo a outro. Ele é o próprio processo, um meio, ou seja, uma zona de indiscernibilidade em que os termos implicados numa relação são arrastados pela própria relação que os une. (BERTUSSI, 2010, p.122-123)

Logo, o devir-apoiador brota no movimentar dos acontecimentos em processo e está fruto dos ensaios constituídos num eterno vir a ser. Em outros termos, Bertussi diz:

O devir-apoiador se produziria na tentativa de aprender a ultrapassar uma subjetividade fundamentada no eu, a deslocar do ser do eu e da consciência para os devires. Mas esse movimento deve ser repetido em todos os sentidos, em todas as ocasiões, porque isso nunca se dá de uma vez por todas. Há que compreender e aceitar que somos muitos em um, que às vezes somos A, às vezes somos B, às vezes C, às vezes D (...) e às vezes Z e que essa multiplicidade é produzida no encontro, a partir dos agenciamentos mútuos. Certamente, liberar-se das imposições, das instituições e mesmo, de uma certa maneira, do eu-pessoa, é o movimento fundamental. É necessário reconhecer que não se pode aprender sem começar a se *desprender*. A se desprender, antes de tudo e sempre, de si. (BERTUSSI, 2010, p.123)

Ainda seguindo as pistas de Deleuze e Guatarri (1995), e agora também as utilizações de Emerson Merhy (1997, 2000, 2002), o segundo plano – o das intercessões – indica pensarmos a ideia de que sem os intercessores – pessoas, coisas, plantas, até animais – não há criação e não há pensamento. Intercessor, neste caso, está associado à ideia de interceder-intervir-interferir; porém, o mais importante é que, no “*encontro*” com esses, outros se constituam espaços de interferências mútuas.

Sob tal ponto de vista, o espaço intercessor está aquele em que cada uma das partes, no caso aqui tratado, apoiador e trabalhador, se colocam com toda sua inteireza: necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em um dado contexto, e aí que está a potência do trabalho vivo em ato¹³. Para tanto, o trabalho do apoiador não se configuraria uma prática puramente técnica, mas sim uma prática relacional, reproduzindo-se

¹³Trabalho vivo em ato é um conceito recuperado para o âmbito da saúde coletiva por Emerson Elias Merhy no seu texto *Em a Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato* (1997), caracterizado como processo agenciado por sujeitos, que traz em si os atributos da liberdade, da criação, da inventividade. (FRANCO, MERHY, 2011)

a si num dado contexto o tempo todo e acionando tecnologias em vários campos, inclusive o das tecnologias leve-duras e duras¹⁴. Nesse sentido, os processos intercessores no trabalho de apoio a equipes de saúde apontam para um reconhecimento de a mesma ser uma produção intensamente micropolítica, em que o apoio funcionaria como um dispositivo provocador de estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potência no enfrentamento de problemas cotidianos. (BERTUSSI, 2010)

O espaço intercessor está aquele estabelecido em uma relação “*interseçora*” de um sujeito com o outro, isto é, no espaço de interseção *entre* trabalhadores com trabalhadores e trabalhadores com o usuário individual e/ou coletivo; ao se exporem e exporem nesse *entre*, ambos viabilizam conexões rizomáticas em devires que criam linhas de fuga nas trilhas da singularização implicada com a multiplicidade, nas quais o produzido no espaço *inter-ser* existe para os dois, no momento-acontecimento da relação em processo, na qual os “*inter*” se colocam como instituintes da constituição de novos modos de pensar-propor-fazer determinados atos de produção de saúde. (DELEUZE e GUATTARI, 1995; FRANCO e MERHY, 2011; MERHY, 2002; DAMICO e BILIBIO, 2011, apud SANTOS, 2012)

Assim, complementando com as palavras de Bertussi,

O espaço intercessor designa o que se produz nas relações entre sujeitos e não tem existência fora do momento do encontro em ato, no qual são os “*entres*” que se colocam como instituintes na busca de novos processos. O “*entre*” configura um espaço/produção dependente do encontro, transitório e que não pode ser reproduzido por nenhuma parte isoladamente, pois a potência do “*entre*” é distinta da potência de cada um. A intercessão é um produto que existe para os “*dois*” em ato, não tendo existência sem esse momento, em processo, e no qual os “*inter*” se colocam como instituintes em um processo muito próprio desse sujeito coletivo novo que se formou. (BERTUSSI, 2010, p.125)

Logo, operacionalizar o apoio em uma lógica cujo modo de gestão possibilite desenhos organizacionais produtores de encontros intercessores, está intencionar processos de autogoverno, isto é, estabelecer espaços em que os desejos, projetos e tecnologias dos trabalhadores estejam disponíveis permanentemente no momento de negociação dos projetos políticos da gestão; desse modo, todos os sujeitos do processo de trabalho são também gestores, uma vez que, na micropolítica do processo de trabalho vivo em ato, operam cotidianamente a fabricação do modelo de atenção, em disputa ou consonância com as propostas da gestão e dos demais trabalhadores.

O terceiro plano – que diz respeito ao modo como se produzem as relações no organograma – fala do arranjo matricial expresso em uma forma de organização em que as

¹⁴ Sobre o desenvolvimento desse pensamento, ver detalhamento a partir da página 35, que segue neste trabalho

relações por meio das linhas e pontos de conexões e desconexões produzem um campo relacional cujas forças dispersas, múltiplas e heterogêneas desenharam um organograma disposto rizomaticamente¹⁵. Uma forma de organização estabelecida quando na necessidade de conexão e desconexão das relações, e não por meio de determinado comando.

No referido “desenho”, o matriciamento se propõe a desproduzir esse lugar de comando, a partir do autogoverno de cada um e dos “entres” fabricados por meio dos coletivos. Nesse particular, nas relações produzidas a partir do matriciamento, em que o poder está sempre presente na relação em que cada um procura dirigir o outro, o matriciamento está produtor de possibilidades de resistência e liberdade no modo de pensar, agir, falar etc. Logo, está produzido em planos de conexão com o outro, configurando uma rede sem um ponto fixo, sem ordem determinada, sem unidade fixa, ou seja, espaço de multiplicidade nos movimentos dos fluxos das redes que se configuram pelos agenciamentos entre sujeitos/objetos/lugares. (BERTUSSI, 2010)

Portanto, o matriciamento está compreendido como espaços de construções desmontáveis e conectáveis, que se abre para o ilimitado e provoca o desmanche de hierarquias na configuração organizacional e do conhecimento. Sendo assim, está possível desconstruir a ideia de força matriz para podemos pensar no conceito-ferramenta do matriciamento. Como afirma Bertussi,

matriz quer dizer força que dá movimento, aquela que faz mover, que imprime movimento motor. De fato, existem algumas forças que produzem e/ou dificultam o movimento nos processos de produção da gestão e do cuidado em saúde. Entretanto, a potência das forças motrizes depende do contexto, da configuração das equipes de saúde, dos apoiadores, etc. Existindo assim, uma ou mais forças motrizes durante os acontecimentos na produção do apoio, configurando situações de cooperação ou comunicação matriz e em situações de oposição ou contra-comunicação matriz. (BERTUSSI, 2010, p.129)

Por fim, o quarto plano é a caixa de ferramentas do apoiador, que está um conceito-força de composições quando na operacionalização analítica do apoio no território micropolítico do trabalho, em meio a tensões e desafios do agir em saúde. A mencionada caixa funciona, indagando “o que se passa entre”, nos caminhos que se criam por entre as

¹⁵ A imagem e o significado do “desenho estrutural” de rizoma proposto por Deleuze e Guattari (1995) nos remetem a um tecido, a uma trama de relações as quais potencializam forças que, em movimento, se encontram e convergem em diversas direções ao mesmo tempo. Tal processo liga o múltiplo, o heterogêneo em uma organização dos elementos sem obediência a uma linearidade dos acontecimentos e dos eventos, cujo fluxo de intensidades entre os sujeitos desenha um campo de conexões entre si, um mapa sempre em movimento e aberto, com a possibilidade de qualquer elemento poder afetar ou incidir em outro. Isso possibilita fazerem-se sempre operantes em novos fluxos e conexões entre diversos planos de existência e intensidades, os platôs, que constituem um lugar de produção e subjetivação. Para maior aprofundamento da questão, ver DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

impossibilidades no cotidiano das práticas de saúde. Nesse ensejo, “há que se pensar na necessidade de “fabricar” uma caixa de ferramentas que amplie a potência do encontro entre trabalhadores e apoiadores para a produção de invenção e inovação para enfrentamento criativo do cotidiano dos serviços de saúde”. (BERTUSSI, 2010)

Abrirmo-nos para a relação de interação com o outro nos encontros intercessores com os diferentes sujeitos no cotidiano das práticas de saúde representa a possibilidade de apresentarmos dispositivos que comporiam uma caixa de ferramentas como poder suficiente para pensar um modelo de saúde contra-hegemônico – força instituinte. O que acaba de ser dito significa que a operacionalização do apoio, por tal lógica, está um agir em saúde, enquanto produto imbricado na micropolítica do trabalho vivo em ato, cujas ações e práticas de pensamento não partem de determinadas racionalidades, apoiadas numa noção de realidade realmente “real” – força instituída. No jogo da vida cotidiana em um serviço de saúde, por exemplo, o apoiador, na interação com os trabalhadores, é um sujeito ser-estar que abre sua caixa de ferramentas e constrói novas tecnológicas¹⁶ de produção do cuidado em um *encontro-momento-processo* com o outro. Mas isso não significa dizer que o mesmo trabalhador esteja impossibilitado de utilizar suas valises tecnológicas¹⁷ enquanto conhecimentos, práticas e saberes, quando em um ato de agir em saúde implicado com a produção e a defesa radical da vida.

Nessa caixa de ferramentas entram desde os protocolos de cuidado, estratégias de encontro e afetações, até um conjunto de ideias e modos de intervenção buscados no campo das técnicas de Governo, de modo a compor núcleos de tecnologias leves e leve-duras que favoreçam a instituição de novos arranjos no modo de fabricar saúde. A única indicação segura para atravessar o pesado campo dos instituídos, para enfrentar o fogo cerrado dos interesses em jogo e dos embates cotidianos que se realizam nas organizações, rumo a – outras cartografias além do instituído, seria a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde para que neles atue a força instituinte do usuário. (BERTUSSI, 2010, p.131)

Então, o matriciamento enquanto dispositivo componente de uma caixa de ferramentas com poder de fogo suficiente para enfrentar tal lógica – hegemônica – favorece novos

¹⁶ A proposta de Mehry (1998) defende a ideia de que o trabalho em saúde mobiliza ao menos três tipos de tecnologia: duras (equipamentos, medicamentos), leve-duras (conhecimentos estruturados, como clínica e epidemiologia) e leves (tecnologias relacionais que possibilitam a produção de relações intersubjetivas entre trabalhador e usuário). Dependendo do arranjo desses tipos de tecnologia, o trabalho em saúde é mais ou menos cuidador e mais ou menos efetivo. Os diferentes modelos technoassistenciais em saúde se diferenciam também pelas distintas ênfases no arranjo tecnológico do trabalho em saúde.

¹⁷ Valises é um termo utilizado por Franco e Merhy (2006), caracterizado como sendo uma caixa de ferramentas tecnológicas que os trabalhadores carregam consigo. Nela, os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, têm suas ferramentas-máquinas, seus conhecimentos, saberes tecnológicos (o seu saber-fazer) e suas relações com todos os outros que participam da produção e do consumo do seu trabalho.

agenciamentos, capazes de estabelecer diferentes conexões simultâneas. Além disso, estabelece os afetos e oferta a possibilidade de pensar o mundo a partir dos sentidos dos efeitos de sentido, de traçar rotas de deslocamento, de fugir das linhas duras, molares; de tensionar tais linhas, construindo linhas moleculares, criando movimento, gerando incertezas, possibilitando viver o cotidiano de outras formas, valorizando mais as multiplicidades do que as diversidades e produzindo desterritorializações/reterritorializações. Isso porque também considera as ações/paixões que atravessam os corpos, permitindo o atravessamento dos elementos suplementares e não claramente perceptíveis quando, ao buscar uma linha de fuga, buscamos novas territorialidades, que podem favorecer uma modalidade de aprendizagem cuja finalidade não exista a não ser como possibilidade de reinvenção, permitindo novos agenciamentos. (BERTUSSI, 2010)

“Fechando” a nossa “roda de conversa” sobre algumas modalidades de Apoio, exibimos um pouco dos achados relativos ao Apoio à Gestão e ao Apoio Integrado.

O primeiro está uma vertente da administração em geral e refere-se comumente a equipamentos tecnológicos para melhorar os processos decisórios em uma gestão. Em suma, são sistemas de informação, *softwares* de gestão de conteúdo, bancos de dados, rede neurais artificiais etc, que compõem um conjunto de instrumentos utilizados para subsidiar os gestores para a tomada de decisão e obtenção de uma gestão gerencial mais eficiente.

O Apoio à Gestão está um direcionamento dos processos (formulações, planejamento, implementação, monitoramento, avaliação e tomada de decisão) e modelos de gestão das organizações, considerando que o apoio tem uma dimensão clínica, sempre presente nesse processo. Quando este é operacionalizado de modo que o fazer da gestão esteja atrelado à produção do cuidado, à clínica, ao apoio, na perspectiva adotada, está potente na ativação de coletivos em espaços de negociação permanente entre gestores e trabalhadores, uma vez que busca processos que tensionem e diminuam o afastamento entre os sujeitos que planejam, que geram, que executam e que avaliam.

Nas palavras de Gustavo Nunes, o Apoio à Gestão está

arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio direcionada para processos de gestão seja no apoio a gerentes ou a processos de cogestão; o objeto tomado aqui são os processos e os modelos de gestão das organizações; na interface clínica/gestão, o apoio à gestão se inscreve pela via da gestão, sem negar que essa modalidade de apoio exerce clínica o tempo todo; no SUS existem muitos exemplos

de serviços e de secretarias de saúde que desenvolveram experiências de constituição do apoio à gestão. (OLIVEIRA, 2011, p.46)

Por fim, no esforço de resumir sistematicamente algumas considerações relativas ao Apoio Integrado, apresento a você uma escrita, cuja referência reside na elaboração intitulada *Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS*, produzida pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (2012).

O Apoio Integrado esteve uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), a qual intencionou/intenciona buscar privilegiar a função formativa, a fim de estabelecer relações construtivas entre as três esferas de governo, funcionando como um dispositivo de apoio à gestão e ao fortalecimento da capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal. Seu maior propósito foi o de intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais, atuando, assim, como indutor de um reordenamento e de uma qualificação na gestão do próprio MS, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que havia uma noção geral comum de apoio/cooperação, a qual deveria permear as relações interfederativas na busca da garantia do direito à saúde, de modo que o Apoio Integrado fortalecesse a gestão do SUS, com vistas à ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

Na estratégia adotada, estava implicado um modo do MS se relacionar com os demais entes federados. Nesse particular, para além das normas e da indução financeira, buscava-se aprender com os efeitos, aprimorando a prática gestora a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para a melhoria do SUS a partir das demandas e/ou necessidades dos estados e municípios. Sendo assim, a agenda do Apoio Integrado deveria respeitar as competências dos gestores das três esferas de governo, priorizando os projetos de cooperação com as regiões de saúde, de modo a promover a ação solidária e cooperativa entre os gestores, na garantia de acesso resolutivo e de qualidade.

Para tanto, havia a necessidade de uma articulação técnico-política entre as várias secretarias do MS¹⁸, em torno de objetivos comuns, para fortalecerem a relação com os

¹⁸ Secretaria Executiva (SE); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES); Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

estados e municípios, devendo o Apoio Integrado estar sustentado em três eixos e suas respectivas diretrizes: a formação dos apoiadores, a condução da estratégia e o seu monitoramento e avaliação.

A Gestão da Estratégia do Apoio Integrado do Ministério da Saúde deveria ser compartilhada e, para isso, cada secretaria e o gabinete do ministro indicavam um membro para a constituição do *Núcleo Gestor do Apoio Integrado*¹⁹, cujo objetivo era fazer a gestão (operacionalização, acompanhamento e avaliação do desempenho) da estratégia adotada. Então, cada secretaria do MS se organizava internamente para se inserir na lógica do Apoio Integrado, de modo a potencializar a ação federal de cooperação a estados e municípios. Em geral, as diretrizes para o Apoio Integrado apontavam para um caminho que deveria ser buscado em cada eixo que lhe desse sustentação, de modo a atender seu grande objetivo: articular as ações inerentes à implementação dos objetivos estratégicos por todas as secretarias do Ministério da Saúde, no processo de cooperação a estados e municípios.

No que se referia às diretrizes da operacionalização, estava o estabelecimento de diálogos cooperativos, reforçando-se a horizontalidade no trato de questões políticas e gerenciais no campo da saúde; qualificação dos processos e práticas de gestão e do cuidado em saúde; articulação técnico-política entre os diversos atores do SUS; integração e coordenação de agendas na implementação de políticas de saúde. O Apoio Integrado seria operado por equipes de referência do Apoio Integrado para cada estado, compostas por apoiadores que pactuam um projeto estratégico para a implementação das políticas de saúde, articulado e integrado, de acordo com as realidades estaduais e suas especificidades.

Preconizava-se apoiadores que atuariam em caráter geral, ou seja, que fariam a interlocução com estados e municípios na implementação das políticas nacionais de saúde. E apoiadores temáticos, com um saber especializado em um determinado processo de atenção à saúde/gestão, o qual deveria ser acionado pelas equipes de referência de acordo com a demanda, de modo a melhor ordenar/potencializar o processo de cooperação federal a estados e municípios.

As Equipes de Referência do Apoio Integrado dos Estados seriam compostas por apoiadores das seguintes secretarias do Ministério da Saúde: um apoiador da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo este do Departamento de Articulação

¹⁹ Para melhor compreensão, ver figura de Composição do Núcleo Gestor do Apoio Integrado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, p.12.

Interfederativa (DAI) e três apoiadores da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), sendo um apoiador do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS), um da Política Nacional de Humanização (PNH/DAPES) e outro do Departamento de Atenção Básica (DAB), que se reúnem periodicamente para organizar as estratégias de implementação das Políticas de Saúde, de acordo com os objetivos estratégicos do MS e com as diretrizes regionais. Naquelas situações em que as realidades locais exigissem, os apoiadores temáticos das demais secretarias do Ministério da Saúde deveriam incorporar-se à Equipe de referência do Apoio Integrado no estado.²⁰

No que se referia às diretrizes de formação, o Apoio Integrado deveria utilizar as diretrizes da educação permanente no SUS, estabelecer parcerias com instituições formadoras e desenvolver as competências do apoiador, utilizando conhecimentos do campo das profissões e da saúde coletiva. Nesse sentido, preconizava-se um processo de formação que considerava a formação/atuação como indissociáveis, assim como a articulação entre atenção/gestão/educação/trabalho em saúde. Isso implicava valorizar o conhecimento prévio dos participantes, promover a experimentação da função apoio nos coletivos dos territórios e oferecer ferramentas e referencial teórico que possibilitem colocar a própria função apoio em análise de forma ininterrupta, considerando prática – teoria – prática como elos indissociáveis, de forma coerente com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

No que se referia às diretrizes do monitoramento e avaliação, o Apoio Integrado deveria utilizar metodologias de monitoramento e avaliação eficazes; definição de parâmetros e limites por meio de processos negociados e interativos, que envolvam os principais interessados (dirigentes, apoiadores e beneficiados); compartilhar o resultado das avaliações ao longo do processo. Considerando que os apoiadores integrados têm mandato institucional para atuar nos coletivos de gestão, construindo alinhamentos conceituais, teóricos e metodológicos para a construção de Planos de Ação e acompanhamento avaliativo conforme as diretrizes do Decreto 7.508/2011, seriam definidas metodologias de monitoramento e avaliação do processo de Apoio Integrado em conjunto com as áreas responsáveis do MS.

²⁰ Para melhor compreensão, ver desenho esquemático da configuração da Equipe de Referência do Apoio Integrado do MS a cada estado. (BRASIL, 2012, p.13)

A Política Nacional da Atenção Básica – PNAB na esteira construtiva do SUS

Quando aqui, neste trabalho, falo de apoio, gestão em saúde, produção do cuidado e da saúde, conforme já foi possível perceber, refiro-me especificamente a um lugar: o Sistema Único de Saúde brasileiro – o SUS. Para tanto, nesta parte do trabalho, antes de adentrar as discussões em torno do que está o Apoio no DAB, rascunharei um desenho do processo que envolve a construção do SUS. Em alguns meandros, tentarei situar você, leitor, de alguns momentos importantes, da história desse construir, apresentando algumas iniciativas que me parecem significativas para tecermos alguns apontamentos analíticos a que nos propomos nesta escrita: é do que passo a tratar a seguir.

Falar do SUS, num primeiro olhar, diz de um território de muitas tensões, disputas, forças e de poder entre distintos interesses, diferentes sujeitos e diferentes projetos que, quando no jogo das disputas políticas das relações, cria-se um cenário no qual as políticas de saúde assumem determinadas formas e contornos, em que desde a década de 80, a princípio, implementam, solidificam e garantem o SUS até os dias de hoje.

O SUS foi instituído na Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas 8080 e 8142, de 1990, e pode ser caracterizado pelo arranjo organizativo das ações e serviços de saúde, destinados a promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas e das populações no solo brasileiro. Trata-se de uma imensa e complexa rede de cuidados à saúde, que envolve um processo de organização com responsabilidades diferenciadas nas três esferas de gestão do estado brasileiro: federal, estadual e municipal. Nesse sentido, está também uma das mais importantes conquistas sociais das últimas décadas, resultante de um processo político que expressa concepções de saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão. (BILIBIO, 2009)

No rastro das conquistas da reforma sanitária brasileira, garantiu-se que a Saúde é direito de todos e um dever do estado; em seus pressupostos, o SUS adota princípios²¹ e

²¹ Dentre os princípios ideológicos do SUS, estão **a universalidade** (a saúde é direito de todos e dever do estado), **a integralidade** (o direito ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais), a **equidade** (ao mesmo tempo em que igualamos as pessoas no nível do direito, no “princípio da universalidade”, diferenciamos-las do ponto de vista das suas necessidades específicas, garantindo ações em saúde conforme tais necessidades), **a descentralização** (fundamentado na teoria segundo a qual quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto), a **regionalização** (as ações em saúde devem ser organizadas a partir de regiões delimitadas, desde o nível municipal, passando pelo estadual até o federal), **a hierarquização** (garantia de que todas as pessoas tenham disponíveis todas as ações em saúde de que precisam), **a racionalização** (prevê que não haja oferta de procedimentos desnecessários e, portanto, desperdício

diretrizes que o direcionam ética e politicamente, constituindo um conjunto de regras que o legitimam como sistema de saúde brasileiro.

A *universalidade*, por exemplo, é um princípio do SUS que mostra claramente uma intenção de projeto de sociedade, cuja vontade é pautada na igualdade de direito entre todas as pessoas e, no caso aqui tratado, direito à saúde e de acesso a todas as ações e a todos os serviços para que, igualmente, a saúde de todos seja promovida, protegida e recuperada. Do mesmo modo, a *integralidade*, por sua vez, diz respeito à diversidade dos determinantes do processo saúde-doença e aponta a necessidade de articulação entre ações e serviços de saúde e tecnologias de proteção da vida humana de outras áreas do estado, sociais e econômicas. Trata-se da intersectorialidade das ações na busca do máximo cuidado das necessidades de saúde e, desse modo, a integralidade também tem o caráter de uma política de bem-estar social ampla. Assim, pressupõe que o SUS seja um sistema de saúde cujos diversos serviços, em suas diferentes complexidades de atenção, integrem ações de promoção, proteção e recuperação de agravos à saúde, individuais e coletivas. (BILIBIO, 2009)

Nesse contexto, Túlio Franco nos ensina que

A primeira ideia de integralidade no SUS está vinculada ao conceito de integrar serviços de prevenção e promoção à saúde com os de assistência. Isto está na origem do SUS e inscrito na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080). Mas essa noção de integralidade já foi, há muito tempo, superada por outra, que tem por objetivo a produção de serviços de saúde, em rede, onde a integralidade opere de forma sistêmica e seja incorporada como algo inerente aos serviços de saúde. Associamos a integralidade, do ponto de vista operacional, com a imagem de uma “linha de produção do cuidado”. (FRANCO, 2007, p.14)

Seguindo na mesma linha, o SUS avança na compreensão do conceito de saúde, reafirmando um modelo técnico-assistencial não restrito às explicações médicas ou à racionalidade biológica hegemônica. Logo, a saúde envolve a qualidade de vida das pessoas e passa a ser expressão política de uma vontade coletiva, cujos fatores determinantes e condicionantes, entre outros, são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Brasil, 1990)

de recursos), **a complementaridade do setor privado** (o cidadão, quando for atendido no setor privado, da mesma forma como no público, estará garantindo a efetivação do seu direito à saúde) e **a participação popular** (parte da máxima de que quanto mais envolvimento da sociedade houver na construção e fiscalização do SUS, mais chance haverá de êxito); todos princípios que regem sua organização. Para mais, ver em KUJAWA, H.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. *Cartilha Direito à saúde com controle social*. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde, Fórum Regional da Saúde e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo, 2003.

Como política, o SUS se desenvolve em cenários complexos, tendo como princípio a efetivação de uma política pública de qualidade, que defenda a vida, que fomente a autonomia, o protagonismo e a participação social. Em suas diretrizes, indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, entre outras. A implementação dessas diretrizes pressupõe a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde. (BRASIL, 2012)

O SUS avança ainda mais, quando traz para si a responsabilidade de ampliação do acesso aos serviços de atenção à saúde, presentes em praticamente todos os municípios do país, principalmente no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, no ano de 1994, cria-se o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quando, mais tarde, por meio de Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para ambos programas; o SUS que, antes, atendia as pessoas somente de maneira individual, agora preocupa-se também com ações coletivas. Com isso, o sistema de saúde se reorganizou estrategicamente e passou a ser reorientado pelos princípios da Atenção Básica: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.²²

Por considerar o trabalho na Atenção Básica complexo, surgiu a exigência de uma intervenção ampla em diversos aspectos, tanto no que diz respeito às práticas quanto aos saberes necessários para desenvolver um saber-fazer que se aproximasse da demanda exigida nesse âmbito do SUS. Com isso, os gestores (governo), trabalhadores e usuários realizaram um importante movimento no que se refere às mudanças na organização do trabalho e, conseqüentemente, na assistência e atenção à saúde, ofertadas pelos serviços, enquanto processo de implementação do modelo preconizado nesse construir.

Todavia, mesmo com a tentativa de reorientação e reformulação do sistema, persistem inúmeras dificuldades e obstáculos para a implantação “de fato” dos referidos pressupostos. Portanto, é inegável a fragilidade organizativa e operativa do SUS ainda hoje, visto que nem

²² Para saber mais, cf. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Atualmente essa portaria está revogada por meio da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.

sempre aquilo que está no papel se dá de fato nos “espaços vivos” do cotidiano de trabalho, no interior do sistema.

Dito de outro modo, convivemos com uma falta de eficácia e efetividade dos serviços, pois o que predomina nas práticas das instituições e serviços de saúde, a meu ver, são ações de um modelo tecnoassistencial²³ biomédico, cujo paradigma de saúde está ainda pautado, sobretudo, na ausência de doença. É nesse quadro que estão os trabalhadores da saúde, em sua grande maioria, em crise, impotentes, cansados e insatisfeitos com suas realizações ou não realizações. Na mesma cena, também os usuários, queixosos e inseguros com o atendimento que lhes é oferecido.

Rossana Baduy, no capítulo "O Sistema Único de Saúde – uma construção social", de sua tese de doutorado, intitulada *Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento* (2010), utilizando as ideias de Cecilio (2001), Merhy (2003, 2002, 1997) e Feuerwerker (2005) nos afirma que, embora o SUS tenha avançado na expansão da compreensão acerca do conceito de saúde e, ainda, na ampliação do acesso aos serviços de saúde, o que ainda se nota é que precisa avançar mais. Segundo o dizer da autora,

majoritariamente, ainda reproduzimos o modelo médico hegemônico, centrado nos procedimentos, fragmentado, persistindo como um dos grandes desafios para a consolidação do SUS a possibilidade da atenção centrada nas necessidades de saúde dos usuários e orientada ao cuidado integral (...) Permanece a necessidade de mudança das práticas de atenção em saúde, ampliando sua capacidade cuidadora, garantindo o acesso aos serviços com tecnologia adequada, no momento apropriado, como responsabilidade do sistema de saúde. Essa transformação exige dos atores interessados uma capacidade analítica da situação e novas práticas de gestão e de atenção em saúde para produzir novos desenhos de modelos tecnoassistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados (...) Tradicionalmente, temos visto a proposição de modelos tecnoassistenciais idealizados por especialistas, planejadores ou gestores, sem a participação na formulação, daqueles que, posteriormente, executarão as práticas que se orientam por meio de normas e regras estabelecidas previamente (...) ainda predomina uma visão instrumental da construção de modelos tecnoassistenciais centrada em normas e nos mecanismos de financiamento. Porém, esta forma de enfrentar a questão do modo como se organizam as ações saúde no SUS, na busca da qualidade e da eficácia da atenção à saúde, tem demonstrado ser pouco eficaz, em vista a quantidade de reclamações que vemos e ouvimos na mídia, diariamente. Algumas questões vinculadas às características do trabalho em saúde podem contribuir para compreendermos melhor esta problemática. (BADDUY, 2010, p. 23, 24, 25)

²³ O modelo tecnoassistencial diz respeito às maneiras pelas quais as ações de saúde estão organizadas e combinadas numa dada sociedade, isto é, diz respeito à organização da produção dos serviços de saúde. Envolve não só os recursos materiais, científicos e instrumentais, mas também as escolhas feitas para articular e promover os conhecimentos e as estratégias de intervenção. Portanto, dependem das concepções de saúde e doença e de cuidado, que dão sustentação a tais escolhas. (BADUY, 2010, p.25)

Na esteira construtiva do SUS e das oportunidades dos esforços no momento político de 2011, no primeiro ano de governo da Presidenta Dilma Rousseff e do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assume a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, o secretário Helvécio Miranda Magalhães Júnior, enquanto o diretor Heider Aurélio Pinto assume o Departamento de Atenção Básica (DAB). Já durante esse primeiro ano de gestão, por meio da Portaria nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, é aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Com a “nova” PNAB, reitera, então, que o campo da saúde abrange um conceito ampliado e não restrito às explicações médicas ou à racionalidade biológica. Logo, a saúde envolve a qualidade de vida das pessoas e passa a ser expressão política de uma vontade coletiva, cujos fatores determinantes e condicionantes, entre outros, são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. A Atenção Básica

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011)

É no momento em questão, a partir da publicação da “nova” PNAB, que o governo federal, aproveitando o momento oportuno, nos últimos quatro anos, lança inúmeros esforços

político-técnico-financeiros para a implementação, a qualificação e o fortalecimento da Atenção Básica na consolidação do sistema de saúde brasileiro. No ensejo, a PNAB assumiu papel principal no campo das políticas públicas de saúde do país, tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. Isso por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (MS/SAS/DAB/CGGAB, 2014)

Seguindo nos trilhos da PNAB, o Ministério da Saúde lançou, nos últimos anos, inúmeras estratégias para o fortalecimento e a qualificação dessa política; em linhas gerais, por meio de diversos programas e algumas iniciativas, buscou-se o aumento do financiamento, a ampliação e a melhoria da infraestrutura das UBS, a ampliação do acesso aos serviços e práticas de saúde, a melhoria da qualidade dos serviços, a implantação de novo sistema de informação, a realização de ações intersetoriais para uma atenção integral à saúde, a valorização, o provimento e a fixação dos trabalhadores na atenção básica e o fortalecimento da gestão e do controle social.

Dentre os principais programas e iniciativas, destaco o aumento de 100% do financiamento entre 2010 e 2014²⁴; o **Programa de Requalificação das UBS** com investimentos de mais de 5,5 bilhões em mais de 26 mil obras em UBS (Reformas, Ampliações e Construções), e com investimento, via Emenda Impositiva, de 1,8 bilhões na estruturação da Atenção Básica: equipamentos, **Saúde Bucal e UBS Fluvial**; a criação do **PMAQ-AB**, com incentivos para melhoria do acesso e qualidade²⁵; a criação do **eSUS**, e

²⁴ De 2010 a 2014, o orçamento para a Atenção Básica, considerando apenas os recursos DAB (ou seja, sem SVS, DAF-SCITIE e SGTES), **creceu 105%**. Em comparação com a inflação: de janeiro de 2011 a dezembro de 2013 foi de **19,4%** (IPCA-IBGE), com a estimativa de 5,9% em 2014 teríamos um **acumulado de 26,4%**. Portanto, **o recurso da Atenção Básica cresceu cinco vezes mais que a inflação**. Em comparação com o aumento do recurso federal da saúde, de 2010 a 2014, o orçamento federal da saúde **creceu 58,5%**; logo, o crescimento do recurso da Atenção Básica foi quase o dobro do crescimento global da saúde. (MS/SAS/DAB/CGGAB, 2014)

²⁵ No 1º Ciclo do PMAQ (2011/2012) foram 3.936 municípios aderidos, com 17,5 mil Equipes de Atenção Básica /Saúde bucal, num total de 17.165 equipes certificadas, com investimento de 70 milhões – 2011, e 700

investimentos na informatização das UBS²⁶ e **universalização do Telessaúde**; expansão da AB multiprofissional e interdisciplinar, com **universalização do NASF**, e as **equipes de consultório na rua – eCR**, bem como os **Programas Academia da Saúde e Saúde na Escola – PSE**, o **Programa Melhor em Casa**, o **Programa Brasil Sorridente**, os **Programas da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN**, a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares** e, sobretudo, os **Programas Mais Médicos²⁷ e Provab**.

A seguir, o organograma das estratégias de fortalecimento da PNAB.

Figura 1



milhões – 2012. No 2º ciclo (2013/2014), foram 5.077 municípios aderidos, com 30,5 mil Equipes de Atenção Básica, 19,9 mil Equipes de Saúde Bucal, 1,8 mil NASF e 860 CEO's, num total de 53.060 equipes contratualizadas, com investimento de mais de 2,5 bilhões – 2014. (MS/SAS/DAB/CGGAB, 2014)

²⁶ O Plano Nacional de Banda Larga garantirá acesso à internet, até 2014, as 100% das UBS com equipes do 1º ciclo do PMAQ, um universo de 13 mil UBS, num total R\$ 45 milhões/ano investidos. (MS/SAS/DAB/CGGAB, 2014)

²⁷ Dentre os impactos e avanços do Programa Mais Médicos, destaco: mais de 14 mil médicos para a Atenção Básica; mais de 3800 municípios e distritos indígenas beneficiados; 100% da demanda de solicitação dos municípios atendida; cerca de 49 milhões de pessoas beneficiadas; 75% dos médicos lotados em municípios de alta vulnerabilidade social. Numa comparação entre janeiro de 2013 e janeiro de 2014, houve um aumento de 34,9% no número de consultas na atenção básica (de 4.428.112 para 5.972.908 consultas), houve uma redução de 20,8% dos encaminhamentos aos hospitais (de 20.170 para 15.969 encaminhamentos) e houve aumento de 11,3% no número de atendimentos pré-natal (de 529.417 para 589.372 atendimentos). Fonte: (SIAB, 2013-2014)

Fonte: MS/SAS/DAB/CGGAB, 2014

Mas, afinal de contas, e o DAB e o Apoio nessa história toda?!?!?!?

O Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), no Ministério da Saúde (MS), tem a missão institucional de operacionalizar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios. Dentre o escopo de ações do departamento, compete ao DAB normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de Atenção Básica em saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS; promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde; desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações de atenção básica em saúde; acompanhar e propor instrumentos para a organização gerencial e operacional da Atenção Básica em saúde; e prestar cooperação técnica a estados, a municípios e ao Distrito Federal, na organização de ações de Atenção Básica em saúde. (BRASIL, 2010)

O DAB/SAS/MS, em sua estruturação, está composto por oito coordenações²⁸ que, articuladas, representam o esforço do ministério para garantir uma atenção básica de qualidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o país, no dia a dia das equipes de Atenção Básica (eAB). Aqui, neste trabalho, importa olharmos mais de perto a Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica – CGGAB.

Considerando os princípios e diretrizes da PNAB e ainda os principais desafios institucionais do DAB/SAS/MS²⁹, referentes à Atenção Básica, a CGGAB assume papel fundamental dentre as coordenações do departamento, uma vez que compete a ela:

²⁸ As oito coordenações que compõem o DAB são: Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica – CGGAB, Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação – CGAA, Coordenação Geral de Áreas Técnicas – CGAT, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN, Coordenação Geral de Atenção Domiciliar – CGAD, Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB, Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos – GTEP e o Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI.

²⁹ Em meio aos principais desafios institucionais do DAB/SAS/MS, no que diz respeito à expansão, implementação, fortalecimento e qualificação da Atenção Básica no contexto brasileiro, destacam-se: a expansão e estruturação de uma rede unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família; a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço às estruturas gerenciais nos municípios e estados; a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação), dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais; ações que visem ao fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados, com vistas à: programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para a tomada de decisão; revisão dos processos de

- I - planejar, coordenar, supervisionar e orientar execução das atividades técnicas e específicas sob a responsabilidade da Coordenação-Geral;
- II - propor elaboração de normatizações que visem promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção primária à saúde;
- III - planejar, elaborar e articular a implementação de instrumentos para organização gerencial e operacional da Atenção Primária à Saúde;
- IV - assessorar Estados, a Municípios e Distrito Federal na organização de ações de Atenção Primária à Saúde;
- V - promover a articulação intra e inter-setorial para o desenvolvimento das ações de Atenção Primária à Saúde;
- VI - analisar e emitir parecer em projetos de cooperação com Estados, Municípios e outras instituições visando ao desenvolvimento de ações e melhoria da infraestrutura dedicadas à Atenção Primária à Saúde;
- VII - propor normas e estabelecer critérios para a regulamentação dos atos inerentes à competência da Coordenação-Geral;
- VIII - articular com unidades intra e interinstitucional para viabilizar o acesso a informações necessárias à gestão da Coordenação-Geral;
- IX - planejar, produzir e definir indicadores e relatórios de gestão para monitoramento e avaliação das ações planejadas pela Coordenação-Geral;
- X - promover a disseminação dos processos e procedimentos dos sistemas sob gestão da Coordenação-Geral;
- XI - produzir, processar e difundir conhecimentos referentes à área de atuação da Coordenação-Geral, do Departamento e da Secretaria. (BRASIL, 2010)³⁰

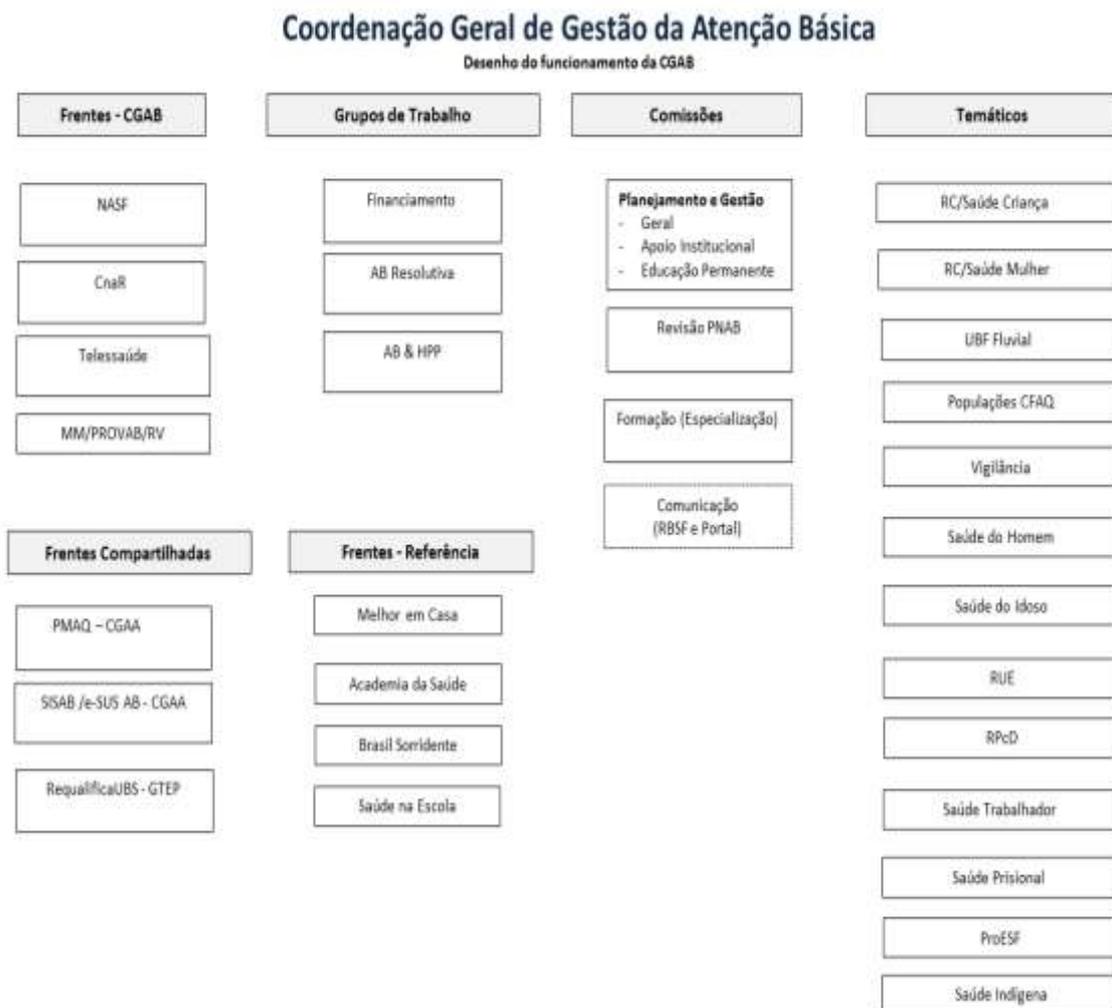
É nesse cenário que a CGGAB, procurando uma melhor operacionalização de todas essas políticas e programas, busca uma organização do processo de gestão interno, cujo “desenho” estrutural adota os seguintes arranjos: *Frentes de Trabalho, Frentes Compartilhadas, Frentes Referências, Frentes Temáticas, Comissões e o Grupo de Trabalho*, utilizando o *Apoio Institucional* como “método” nas formas de realização do trabalho na/da coordenação. O quadro técnico da CGGAB é composto por 29 trabalhadores, em seu desenho do apoio institucional; destes, 22 estão apoiadores centralizados e 7, apoiadores descentralizados. “Entre as estratégias de apoio institucional, compreende-se o apoio do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de Atenção Básica, Cosems e municípios

formação; educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores; a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica; ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder os desafios postos pela expansão e qualificação da Atenção Básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção. (BRASIL, 2014) Capturado do site portal do DAB, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso 16 de Julho 2014.

³⁰ Para mais, consultar art. 256 da PORTARIA GM N.º 3.965, de 14 de dezembro de 2010, a qual aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde.

(eventualmente); das coordenações estaduais de Atenção Básica à gestão da atenção básica nos municípios; e da gestão municipal às equipes de saúde”. (Brasil, 2012, p. 48)

Para melhor compreender, veja o quadro de funcionamento da CGGAB a seguir:



Fonte: MS/SAS/DAB/CGGAB, 2014

O Apoio no DAB/CGGAB: o que se diz e o que se faz

Desde minha chegada ao DAB, venho sendo tomado por uma “avalanche” de interrogações e inquietações acerca do Apoio; refiro-me ao produto de algumas conversas e rodas de discussões, e de vivências e experiências diversas quando, ao longo desse um ano, fiquei me perguntando: O que está o Apoio no DAB/CGGAB? Qual é o uso que se faz dele? O que está oferta do Apoio? Quais suas demandas? Quais princípios e conceitos estão balizadores do Apoio? Qual seu método? Quais os lugares e territórios do Apoio? Qual sua intencionalidade e aposta? O que está o fazer-saber do apoiador? Quem apoia o apoiador? O que pode o Apoio?

Sem querer dar conta de responder tantas interrogações, mas abrangendo todas as questões que levantei ou, ainda, tudo o que essa discussão possa significar, no presente trabalho, é o exercício preliminar de pensar, aqui utilizado para apontar algumas reflexões acerca do Apoio no DAB/CGGAB, quando quero tecer um diálogo de conexões e abeiramentos entre o que percebi no vivido de minha experiência e as produções acadêmicas de autores da saúde coletiva, já apresentadas neste trabalho e que, ao tematizarem o Apoio, colaboram com nossa conversa e possível “análise”.

Nesse sentido, faço um convite maior, para que cada leitor, de posse do já apresentado das formulações teóricas sobre Apoio e, sobretudo, de posse de suas acumulações de estudo e experiências, faça suas próprias leituras e apontamentos analíticos, procurando dialogar com as questões apontadas, a fim de desenhar diferentes intencionalidades e implicações no lugar de onde falamos e atuamos: o SUS.

Vamos lá, então, o que se diz por aí sobre o Apoio na Atenção Básica/DAB/CGGAB?!?!

Em meus “achados cartográficos”, vasculhando nas publicações ministeriais referentes à Atenção Básica – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)³¹ e o Caderno 39 do

³¹ O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) está uma iniciativa proposta pelo MS/SAS/DAB centrada na qualificação da Atenção Básica para efetivar as estratégias colocadas na nova PNAB. Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Neste sentido, o principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (Brasil, 2012). Para melhor entender,

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³², garimpando alguns documentos internos do DAB/CGGAB e, ainda, algumas formulações. Encontrei certas pistas que indicam a incorporação do *Apoio Institucional* como estratégia de gestão na atenção básica, a qual, na leitura que faço neste momento do trabalho, me parecem, assinalam para um possível entendimento, compreensão e utilização do referido Apoio, incorporado à lógica de operacionalização e funcionamento do processo de trabalho dessa coordenação e no respectivo departamento.

Observando a PNAB 2012, nota-se a inclusão do Apoio Institucional nas produções que abrangem o escopo de competências do DAB. Isso porque, ao olharmos para as competências do Ministério da Saúde, destacam-se duas dimensões do Apoio Institucional na Atenção Básica: a dimensão da relação interfederativa para a qualificação da gestão da Atenção Básica e a dimensão da ampliação e da qualificação de equipes e serviços da Atenção Básica. Segundo a PNAB, dentre suas competências, cabe ao Ministério da Saúde “prestar apoio institucional aos gestores dos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção básica”. Às secretarias estaduais de saúde compete “prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família”. Já às secretarias municipais de saúde compete “prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família”. (Brasil, 2012; PEREIRA JUNIOR, 2013)

consultar In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

³² A partir da nova PNAB, aprovada pela Portaria no. 2.488, de 21 de outubro de 2011, nota-se a institucionalização do *apoio matricial*, consolidada pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154/2008. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes (Brasil, 2012, 2014). Para efeito de análise, direcionarei as “lentes cartográficas” para a utilização e incorporação do Apoio Institucional.

Outra aparição importante e significativa para nós está quando o Apoio Institucional surge também na relação com os processos de educação permanente e formação dos profissionais e equipes da Atenção Básica. Conforme anuncia a PNAB,

a vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha, é importante diversificar esse repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc. (BRASIL, 2012, p.39-40)

Nessa linha, a PNAB, ao considerar a educação permanente para além da sua evidente dimensão pedagógica, está a mesma uma “estratégia de gestão” potente na indução de novos modos de produção das práticas de saúde e de produção da vida, mais próxima dos usuários e trabalhadores, nos territórios micropolíticos do cotidiano de trabalho nos serviços de saúde. Logo, me parece que a educação permanente vinculada ao apoio está um método em que o Apoio Institucional, no caso em questão, assumiu também uma dimensão pedagógica na produção da gestão e do cuidado em saúde.

Nilton Pereira Junior, em sua dissertação de mestrado, intitulada *O apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão* (2013), ao disparar uma investigação buscando compreender a formulação do Apoio Institucional pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), identifica especificidades e singularidades da construção do Apoio em diferentes secretarias e departamentos do MS. Dentre sua matriz analítica, está o modo de organização e de operação do Apoio Institucional na Atenção Básica, quando em um dos capítulos da dissertação nos apresenta e discute como o Apoio Institucional foi incorporado nos principais documentos da área: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Observemos algumas colaborações do autor ao descrever e analisar a dimensão do Apoio Institucional no Manual Instrutivo do PMAQ-AB.

No dizer de Pereira Junior, o apoio institucional é um dos objetivos específicos do PMAQ-AB: quando, por meio deste, pretende promover a qualidade e a inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo. Desse modo, como desdobramento da PNAB, o PMAQ-AB pactua o compromisso de efetivação do Apoio

Institucional entre os entes federados. Para o gestor municipal, define a implantação de Apoio Institucional e matricial às equipes de Atenção Básica. O gestor estadual compromete-se com a instituição de mecanismos de Apoio Institucional aos municípios participantes do programa. Na mesma maneira, o Ministério assume o compromisso de elaborar instrumentos e promover processos de Apoio Institucional para subsidiar a implantação do programa. Com isso, o DAB reforça a decisão da gestão de instituir o Apoio Institucional como uma função gerencial, reformulando o modo tradicional da supervisão, que “reduz atores a executores, prioriza a checagem, a prescrição e a norma em detrimento da troca problematizadora, apostando mais na disciplina e no enquadramento do que na liberdade com compromisso e na ampliação da capacidade de ação do outro” (Brasil, 2012; PEREIRA JUNIOR, 2013).

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. (...) implica num modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, obviamente atentando para as direções de seu uso. O apoio institucional busca auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. Ora ajudando as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos, ora auxiliando a construção e utilização de ferramentas e tecnologias. Ao invés de negar ou reprimir, o apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e toma os problemas concretos, os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas (...) O apoio institucional na saúde deve buscar, portanto, a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados devem estar atreladas a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização, a impotência e a desresponsabilização. Sendo assim, a prática concreta do apoio requer sempre certa sensibilidade, abertura para ser afetado e, ao mesmo tempo, capacidade de afetar, de mobilizar (...) o apoio institucional pode ser realizado nos âmbitos municipal, estadual e federal e o desenvolvimento das ações de apoio institucional deve possuir um caráter compartilhado e ser construído a partir das realidades e singularidades de cada território, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais desempenhadas pelos apoiadores. É fundamental que haja um dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, lembrando a necessidade de construção de vínculo entre os mesmos, que pode ser potencializada a partir da construção de estratégias de comunicação e de agendas regulares de encontros. (Brasil, 2012, p. 47)

Seguindo nas trilhas analíticas, concordo com o autor e sua afirmação de que o DAB reforça a possibilidade de que o apoio institucional seja realizado nos âmbitos municipal, estadual e federal, por meio de ações compartilhadas, construídas a partir das realidades e singularidades de cada território, pressupondo planejamento, avaliação e educação permanente, considerando as dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais desempenhadas

pelos apoiadores. Tal proximidade entre o Ministério e os municípios faz sentido, uma vez que a Atenção Básica é executada diretamente por esse ente e também por considerarmos certa ausência ou distanciamento das gestões estaduais em relação à Atenção Básica.

Em tais dimensões, há pelo menos três planos presentes para os apoiadores institucionais ocuparem:

(a) O das relações interfederativas; (b) O relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede, bem como das linhas de cuidado; e (c) O que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano. É importante considerar que [...] há certas especificidades que marcam cada uma delas, de modo que os três planos (relações interfederativas, arranjos da rede e processo de trabalho cotidiano das equipes), ainda que sempre presentes, terão pesos ou ênfases diferenciadas, a depender do lugar do apoiador e do apoiado. (Brasil, 2012, p. 48)

Por fim, o PMAQ-AB nos oferta pistas referentes aos possíveis fazeres dos apoiadores, quando se propõe a indicar exemplos de ações que podem ser realizadas por eles. Sendo assim, o instrumento aponta possibilidades de intervenções e ofertas, ao passo que sinaliza colaborar com a construção da agenda, das competências, das responsabilidades, das habilidades do apoiador.

Ações que podem ser realizadas por apoiadores institucionais do DAB/CGGAB junto às equipes de saúde da Atenção Básica:

- I – Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
- II – Suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea;
- III – Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, a partir de casos ou situações que mobilizam ou desafiam a equipe;
- IV – Suporte à implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS;
- V – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- VI – Análise de indicadores e informações em saúde;
- VII – Facilitação dos processos locais de planejamento;
- VIII – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns;
- IX – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede. (Brasil, 2012, p. 48-49)

Por fim, importante destacar que o DAB/CGGAB se propõe a uma relação direta com os municípios e, embora os exemplos citados deem maior ênfase ao apoio institucional às equipes de Atenção Básica, grande parte das indicações também se aplica ao apoio às gestões estadual e municipal.

Logo, ao analisar os enunciados relativos ao Apoio Institucional, contidos na PNAB e no PMAQ-AB, evidencio que, em seus pressupostos, princípios e diretrizes, o apoio no

DAB/CGGAB traz consigo a intenção e o desejo de mudança e qualificação no modo de fazer gestão e atenção à saúde quando, por exemplo, coloca a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS como objetivos do apoio na Atenção Básica ou ainda preconiza a vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de Apoio Institucional para induzir, operar e coordenar espaços e processos que podem potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica.

Porém, quando pousamos nossa atenção e olhar no movimento dos processos do “fazer apoio” no DAB/CGGAB, aparentemente percebemos algumas contradições nesse fazer: no cotidiano de trabalho, os apoiadores institucionais do DAB/CGGAB, por vezes, operaram o “apoio”, abeirando uma lógica eventualmente instrumental, normativa e burocrática, quando na relação com o próprio processo de trabalho do apoio e nas relações intersubjetivas e interfederativas.

Pois bem, vejamos alguns apontamentos analíticos e algumas hipóteses de desdobramentos e efeitos desse processo de trabalho do apoio no DAB/CGGAB na suposta lógica adotada, cujo “rascunhos” cartográficos, em nosso caminhar, torna-se importante problematizar, por se tratarem de operações passíveis de ser evidenciadas no cotidiano de um território micropolítico do trabalho, no interior de uma coordenação na gestão federal do SUS.

Sem a pretensão de produzir “julgamentos” a respeito do que está ou não está o apoio no DAB/CGGAB, ou ainda definir o que se faz, e/ou o que não se faz, escolho uma matriz analítica para tentarmos evidenciar aquilo que, a meu ver, possa estar obscuro, abafado, silenciado e escondido no processo de trabalho do apoio e que, por vezes, nos passa despercebido. Logo, me proponho, com tal oferta, contribuir com o pensar dos processos instituídos/instituintes do apoio no DAB/CGGAB, a fim de colaborar com uma possível reflexão e análise sobre o mesmo, atentando para as questões expostas na sequência:

No que diz respeito aos conceitos e métodos utilizados pelo DAB/CGGAB, embora me pareça possível evidenciar que o apoio no DAB/CGGAB tenha certa aproximação conceitual com *Apoio Institucional – Apoio Paideia* (quando na sua intenção de produzir um modo de gestão junto a coletivos/equipes, implicação com processos de análise e cogestão, e busca por certa democratização institucional e autonomia dos sujeitos), com o *Apoio Integrado* (quando na perspectiva relacional em uma rede interfederativa, e numa lógica de apoio geral e específico), com o *Apoio Matricial* (quando na operacionalização do apoio junto a SES, SMS, GERES e NEMS) e, por fim, um abeiramento com o *Apoio Matricial Rizomático* (quando, em seu desenho, é proposta a articulação da AB com outros pontos de

atenção da rede e das linhas de cuidado e processo de trabalho das equipes e a micropolítica do cotidiano).

Está possível notar, por vezes, certa confusão “esquizofrênica” em torno do que é/está o apoio, seus princípios e conceitos orientadores. Percebe-se isso, por exemplo, quando cada apoiador, a partir de suas experiências profissionais e seus entendimentos sobre o apoio, operam-no de modo distinto e diferenciado uns dos outros, seguindo sua própria lógica. Assim, num geral, está possível apreciarmos certa necessidade de busca por determinado entendimento e definição comum de alguns elementos constituintes do Apoio, que me parecem imprescindíveis quando na intenção de organização, operacionalização e funcionamento de qualquer processo de trabalho de gestão à saúde.

Seguindo as supostas pistas analíticas, me parece importante um olhar mais aproximado para o “fazer” do Apoio enquanto método. Pois, ora está possível vislumbrarmos possíveis rascunhos e arranjos próximos do “*Método da Roda*” quando, por exemplo, percebemos na execução e operacionalização de políticas e programas, eventualmente, o apoio no DAB/CGGAB, ao se colocar em análise, oferta instrumentos de gestão, explicitando conflitos e mediando negociações.

Em outras vezes, aponta trilhas de achego no “*matriciamento*”, quando o apoio se faz intermediador e promotor da cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, por meio da implicação participativa e integrada com demais áreas do próprio ministério, ou ainda na construção de agenda pactuada, fundamentada na seleção e no processamento das dificuldades (problemas, tensões e conflitos) alusivas ao processo de gestão nos estados, quando intenciona a construção qualificada de estratégias para responder as demandas prioritárias, pactuadas com os entes federados a partir da análise de contextos, utilização de indicadores e indução de espaços coletivos para a implementação, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica na gestão e produção do cuidado em saúde.

No entanto, falta-me clareza para observar qual método está sendo operacionalizado nos cotidianos de trabalho dos apoiadores. Desse modo, na minha superficial percepção, o apoio no DAB/CGGAB carece de desenhos mais nítidos, que indiquem qual está o método utilizado!?!?

Para além do exposto, outros elementos relevantes para serem analisados dizem respeito às possíveis funções, ofertas e demandas do apoio no DAB/CGGAB. A respeito disso e de posse de uma leitura rija, aparentemente está provável que o apoio no DAB/CGGAB, de modo geral, assumiu, em alguns momentos, certo “desenho” cuja função está uma estratégia de gestão, na qual o método utilizado está o “meio” indutor de suas políticas e programas, no

território dos entes federados. Ou seja, o DAB/MS, ocupando seu lugar e seu papel na rede interfederativa, por meio do apoio, intervém diretamente nos territórios, em uma possível lógica de permitida associação com o *Apoio-Intervenção*, uma vez que desenvolvem um fazer-apoio a partir das indicações institucionais sem, *a priori*, oportunizar espaços para a produção do(s) encontro(s) em ato, informando e transmitindo informações, conhecimentos e regras/normas a serem seguidas.

Adotando tal linha, muito do que se oferta no apoio no DAB/CGGAB, em linhas gerais, abeira, predominantemente, as prioridades das políticas prioritárias. Desse modo, está possível dizer que, essas ofertas acabam produzindo, em graus de elevada intensidade, as principais demandas do referido apoio. Percebe-se isso quando, ao observarmos as agendas dos apoiadores, evidenciamos certo acúmulo de tarefas e gasto de tempo com a realização de ações de demandas predominantemente técnico-administrativas e diretamente associadas a questões operacionais das políticas. Com isso, a agenda do apoiador acaba sendo consumida de tal maneira que o processo de trabalho instalado nessa lógica impossibilita que este, por exemplo, construa uma agenda de trabalho mais organizada e com a possibilidade de realizar ações mais voltadas aos processos de autoanálise e cogestão do trabalho na Atenção Básica, organização e planejamento, avaliação e monitoramento, educação permanente e outros.

Conforme, em certo dia, um apoiador do MS nos falou, talvez, elucidamos aqui, um dos maiores desafios colocado para o apoio e, sobretudo, para o fazer do apoiador: “precisamos constituir arranjos organizacionais em que o apoio consiga estabelecer um equilíbrio entre a velocidade com que as políticas são “colocadas” nos territórios, e a capacidade que possuímos de acolher suas demandas específicas”.³³

Dando continuidade ao nosso ensaio analítico, outro elemento que me parece necessário destacar diz respeito aos espaços de gestão do apoio. No desenho do apoio no DAB/CGGAB, observamos o quanto estão potentes alguns espaços que o apoio ocupa no território do campo relacional interfederativo. São eles: os espaços das equipes de referência de apoiadores por estado, colegiado técnico e reuniões da CIB, colegiados estaduais da Atenção Básica, as CIR's, os espaços do CONASS e CONASEMS, reuniões e agendas com o Apoio Integrado do MS, comissões estaduais de programas, NEMS, fórum das instituições de ensino da AB, oficinas de formação; curso de especialização em apoio, com ênfase na AB; colegiado nacional, colegiado gestor da CGGAB e outros.

³³ A ideia está apoiada na fala de um apoiador do Programa Mais Médico, quando na roda de discussão do curso de especialização, debatemos sobre o tema apoio: uma descoberta? Ou uma incógnita?

Em seus pressupostos e conforme já apresentado aqui neste trabalho, o apoio no DAB/CGGAB aponta para a necessidade de produção de espaços onde o Apoio Institucional deva possuir um caráter compartilhado e construído a partir das realidades e singularidades de cada território, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais desempenhadas pelos apoiadores. Para tanto, o “fazer” do apoio requer sempre certa sensibilidade, abertura para ser afetado e, ao mesmo tempo, capacidade de afetar, de mobilizar a construção de estratégias de comunicação e de agendas regulares de encontros.

Quero chamar atenção para dois pontos: o primeiro é olharmos para os territórios, entendendo que está importante pensarmos a produção do “fazer” apoio nos espaços de gestão nos “entre” lugares da rede interfederativa. Nesse sentido, se faz imprescindível que adotemos uma postura ético-política, na qual, ao habitarmos o limite dos espaços e, ainda, o limite do habitar esses lugares, estejamos de fato abertos e sensíveis ao outro, de maneira respeitosa, horizontal e altera.

Outro ponto de maior relevância para a nossa observação diz respeito aos espaços de gestão contidos no território do próprio Ministério, principalmente do próprio DAB/ CGGAB. Dentre as iniciativas de gestão do apoio no DAB/CGGAB, está a composição de um Colegiado Gestor da Coordenação. Esse espaço, embora intencione e oportunize um lugar de encontro entre todos os apoiadores, de troca de saberes, do compartilhar ~~de~~ experiências, de autoanálise, de cogestão, de educação permanente, de tomada de decisão coletiva e, conseqüentemente, de descentralização do poder.

A leitura que faço é que, algumas vezes, tais objetivos escorrem e se perdem entre o atropelo da dinâmica do processo de trabalho da coordenação e utilização desse espaço pelos coordenadores e apoiadores. Asseguro minha opinião, levando em consideração que, em geral, alguns apoiadores não ocupam de fato seu lugar no espaço em questão; em outras circunstâncias, as pautas dos encontros estão recheadas de informações e repasses da ordem técnico-operacional-administrativa do trabalho. Além disso, por momentos, percebo a carência de maior reflexão, ausência do pensar, falta de discussão e de análise em relação ao processo de trabalho, organização, planejamento e alguns temas referentes às políticas prioritárias e às questões de saúde em geral. Às vezes, as conversas transitam somente em torno de notas técnicas e portarias. Por último aprecio que, por instantes, a cogestão e o compartilhar do poder ficam no ilusório do grupo quando, por exemplo, a tomada de decisão se dá no âmbito somente da coordenação.

Por fim, mas não necessariamente um encerramento deste ensaio analítico e discussão, para além do que problematizei e aponte até o momento, ficam em aberto outras possibilidades analíticas para aquilo que foi apresentado, mas que, no presente trabalho, não darei conta de querer aprofundar.³⁴

Deixo, então, a oportunidade para que cada um analise o apresentado e, a partir daí, constitua outros processos de produção do Apoio em suas operações. Ultrapasso este momento do trabalho, confessando que ainda não tenho uma resposta pronta e definitiva para as tantas perguntas levantadas, mas continuo pensando e me interrogando ainda mais em relação às questões destacadas. Não para respondê-las, mas sim para continuar em movimento o pensar enquanto sujeito implicado e problematizador.

³⁴ Faço a indicação de que deixo registrada a existência de algumas lacunas do trabalho quando, na matriz analítica apresentada, não exponho os seguintes elementos também observados: ferramentas e instrumentos de trabalho; perfil do apoiador; campos de saberes e gestão de pessoas.

Apoio Menor: rabiscos metodológicos para um apoio surfista

Neste momento, faço a escolha de partir dos afetos e afecções³⁵ nos encontros das minhas experiências e do próprio movimentar da produção deste trabalho, a fim de tomar como inspiração e aposta um pensamento segundo o qual o Apoio está um surf em meio aos acontecimentos cotidianos nos processos de abeiramentos “filosóficos”. Tomo o Apoio como um dispositivo de definição menor, para rabiscar um ensaio metodológico na gestão e produção da saúde no âmbito federal do SUS que aqui, por ora, denomino um Apoio Menor.

No chegar dessa onda, o Apoio está um dispositivo e processo imbricado em uma trama de relações em meio a uma rede intersubjetiva e interfederativa no SUS, cujo campo relacional, quando em movimento, opera linhas de forças (momento histórico político, interesses de governo, demandas do território, prioridades do departamento e da coordenação, e outras) que, em intensidades e fluxos diversos, se conectam e desconectam o tempo todo. Um movimento-processo constituinte do próprio apoio enquanto estratégia-função-método em devir.

Deleuze, ao desenvolver a noção de dispositivo, proposta por Foucault, afirma que:

Foucault concebe os dispositivos como “máquinas que fazem ver e falar”. As linhas de visibilidade e as de enunciação referem-se ao entendimento de que em cada período histórico, existem distintas maneiras de sentir, perceber e dizer. Pensando no grupo, pode-se dizer que quando este se organiza e cria seus objetivos ou estabelece seus conflitos, está criando sua única realidade possível, que por sua vez pode ser diferentemente interpretada por várias teorias ou modelos. (DELEUZE, 1996, s/p)

Na vaga desse pensamento, considerar o Apoio como um dispositivo está a possibilidade de que, nas brechas do instituído, produzamos linhas de visibilidade, enunciação, força, poder, subjetivação e ruptura, as quais, quando suscitadas (provocadas, movidas), entrecruzadas e misturadas, permitem-nos fazer ver, fazer falar dos processos nos espaços micropolíticos do território vivo do trabalho na gestão e atenção à saúde.

O espaço da micropolítica, isto é, no espaço do desejo, da capacidade que cada um tem de governar em seu trabalho, é onde se dão os encontros e se constroem as relações entre os diferentes; nesse momento, tem-se um grau de liberdade no uso que se faz dos equipamentos e dos saberes para a produção ou não de espaços

³⁵ Deleuze observa que há diferença entre a afecção (affectio) e o afeto (affectus): A affectio remete a um estado do corpo afetado e implica a presença do corpo afetante, ao passo que o affectus remete à transição de um estado a outro, tendo em conta a variação correlativa dos corpos afetantes. Existe, pois, uma diferença de natureza entre as afecções-imagens ou ideias e os afetos-sentimentos, se bem que os últimos possam ser apresentados como um tipo particular de ideias e/ou de afecções: Por afetos, entendo as afecções do corpo pelas quais a potência de agir desse mesmo corpo é aumentada e diminuída, favorecida ou impedida. (DELEUZE, 2002)

intercessores, podendo ocorrer processos de singularização. É também nesse espaço que são efetivadas as modelagens da produção do cuidado em saúde. A micropolítica é o protagonismo do trabalhador e do usuário nos seus espaços de trabalho e relações. (BADUY, 2010, p.30)

Logo, falo da produção de linhas de fuga que mutam o Apoio enquanto dispositivo que repudia o universal (o uno, o todo, o verdadeiro, o absoluto, o objeto, o sujeito) para abrir-se aos processos singulares e imanentes do fazer-saber Apoio enquanto proposta concreta de mudança do modo de produzir saúde e vida. Desse modo, o Apoio está uma aposta de luta contra-hegemônica, revolucionária, militante, implicante e de insistência por minorar.

Um Apoio subversivo na "disruptura" com as racionalidades hegemônicas e de rompimento com os paradigmas tradicionais da administração gerencial, e intenção de mudança do modelo de atenção do sistema de saúde brasileiro; um Apoio constituído na micropolítica do território vivo dos serviços de saúde (aqui incluímos o território da gestão). Para tanto, falo de um dispositivo operado nas multiplicidades³⁶, nas quais os processos em devir produzem um fazer-saber no encontro entre os sujeitos, com diferentes interesses, desejos, e poderes. Isso implica também dizer que o Apoio está, sobretudo, um lugar de encontro intercessor-interseçor³⁷, encontro ético-estético e político. Ético no sentido dos valores vitais, quando na escuta das diferenças que se fazem em nós e na afirmação do devir, estético, pela criação de estilos de viver, que não parte de um campo já dado – e político – na produção de modos de existências atravessados por vetores de enunciação coletivos, que se dão na luta e que, em nós, obstruem as nascentes desse devir. (BAREMBLITH, 2003)

Um Apoio tomado como uma definição *menor*, inscrito em arranjos concretos que põem em relação sujeitos com diferentes interesses, desejos e poderes, cujo ensejo e intenção está apoiá-los na construção de dispositivos de problematização, de invenção de problemas, de intercessão-intersecção com outros sujeitos, de transformação do mundo e de si, de construção de projetos de reorganização dos processos de trabalho, de produção da saúde em

³⁶ As multiplicidades são a própria realidade e não supõem qualquer unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades. Os princípios característicos da multiplicidade concernem a seus elementos, que são *singularidades*; as suas relações, que são *devires*; a seus acontecimentos, que são *hecceidades* (quer dizer, individualizações sem sujeitos); a seus espaços-tempos, que são espaços e tempos *livres*; a seu modelo de realização, que é o *rizoma* (por oposição ao modelo da árvore); a seu plano de composição, que constitui *platôs* (zonas de intensidade contínua); aos vetores que as atravessam, e que constituem *territórios* e graus de *desterritorialização*. (DELEUZE; GUATTARI, 1995)

³⁷ O termo *intercessor-interseçor* é utilizado para designar meu entendimento acerca do encontro estabelecido quando um trabalhador da saúde se relaciona com outro trabalhador ou com um usuário no interior de um processo de trabalho, em que a relação estabelecida está *intercessora*, no sentido de que intervém, e *interseçora*, no sentido de que é produzida nas relações entre os sujeitos, nos espaços das suas interseções.

defesa radical da vida, de ativação de redes de saberes, de produção de coletivos, de produção do conhecimento e de invenção metodológica dos processos institucionais nos campos da gestão em saúde coletiva no SUS.

Para melhor entendermos tais colocações, façamos um “sobrevoo” para espreitarmos um pensar que diga respeito a tudo isso, a partir de um encontro com a filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guattari, na intercessão com as formulações de Silvio Gallo acerca da Educação Menor, e com Ricardo Burg Ceccin, a respeito da Educação Permanente em Saúde.

Quando observo os enunciados da PNAB, encontro uma “vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional para induzir, operar e coordenar espaços e processos que podem potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica” (BRASIL, 2012). Somado a isso, buscando abrigo nas produções teóricas de Ricardo Burg Ceccin acerca da Educação Permanente em Saúde, tento operar um ensaio de abeiramento entre essas formulações e a filosofia deleuzeana, quando rabisco um “desenho” em que o Apoio está um dispositivo *menor* de Educação Permanente e Produção da Saúde. Logo, quando falo de um Apoio Menor, falo de possíveis processos de Educação Permanente em Saúde, igualmente *menores*.

Iniciemos pela Educação Menor, então

Gilles Deleuze e Félix Guattari (1977), na obra intitulada *Kafka – por uma literatura menor*, criaram o conceito de literatura menor, como dispositivo para analisar os escritos revolucionários e subversivos da obra de Franz Kafka. Sílvio Gallo, pedagogo e filósofo brasileiro, ao promover um exercício de deslocamento conceitual, opera com a noção de uma educação menor como dispositivo para pensarmos a educação na insistência em investir num processo educativo comprometido com a singularização, comprometido com valores libertários. Buscando um vir a ser na educação, Gallo nos propõe uma elaboração do pensamento em torno dessa, de modo que, quando de posse de tal formulação associativa, está possível também pensarmos “outras” associações. O que tento aqui está um abeiramento entre a Educação Menor e a Educação Permanente em Saúde.

Uma educação menor é um ato de revolta e de resistência. Revolta contra os fluxos instituídos, resistência às políticas impostas (...) espaço a partir do qual traçamos nossas estratégias, estabelecemos nossa militância, produzindo um presente e um futuro aquém ou para além de qualquer política educacional. Uma educação menor é um ato de singularização e de militância. (...) a educação menor está no âmbito da micropolítica, na sala de aula, expressa nas ações cotidianas de cada um. (GALLO, 2002, p. 173)

Gallo nos ensina que, assim como a literatura menor, a educação menor possui três características principais: *a desterritorialização, a ramificação política e o valor coletivo*.

A primeira, *desterritorialização*, nos remete a uma subversão de determinada realidade, de certa tradição, de certa cultura, de certo território. A desterritorialização desintegra esse real, nos arranca desse território e nos impele a buscas, a novos encontros e a novas fugas. Leva-nos sempre a novos agenciamentos. A desterritorialização na educação menor, por exemplo, está aprender a escapar; fugir do controle maior; resistir sempre, gerando possibilidades de aprendizado insuspeitadas, agindo nas brechas, emergindo das possibilidades que escapem a qualquer controle. Trata-se também de impedir que a produção maior, bem-pensada e bem-planejada se instaure, se torne concreta, opondo resistência e produzindo diferenças, sempre.

A *ramificação política* diz da própria existência política; seu ato de ser é, antes de tudo, um ato político em essência, quando o próprio ato de existir é um ato político, revolucionário, um desafio ao sistema instituído. Nesse sentido, toda educação é um ato político, um empreendimento de revolta e de resistência. Uma educação menor está agenciamento maquínico de desejo do educador militante e agenciamento coletivo de enunciação, na relação com os estudantes e com o contexto social. A educação menor cria trincheiras a partir das quais se promove uma política do cotidiano, das relações diretas entre os indivíduos que, por sua vez, exercem efeitos sobre as macrorrelações sociais. A educação menor é rizomática: não lhe interessa criar modelos, propor caminhos, impor soluções; busca a complexidade de uma suposta unidade perdida, a integração dos saberes. O importante está produzir rizoma, viabilizar conexões e conexões, manter os projetos abertos.

A terceira é o *valor coletivo*: tudo adquire um valor coletivo; logo, os valores deixam de pertencer única e exclusivamente a uma pessoa e de influenciá-la, nada nem ninguém falam por si, mas por milhares, por toda a coletividade. Isso porque os agenciamentos são coletivos e não podem ser vistos como individuais, pois o um que aí se expressa faz parte do muitos, e só pode ser visto como um se for identificado também como parte do todo coletivo. Na educação menor, todo o ato adquire um valor coletivo; não há a possibilidade de atos solitários, isolados; toda ação implicará muitos indivíduos e toda a singularização será, ao mesmo tempo, singularização coletiva. A educação menor é um exercício de produção e aposta nas multiplicidades que, rizomaticamente, se conectam e interconectam, gerando novas multiplicidades. Desse modo, todo o ato singular se coletiviza e todo o ato coletivo se singulariza, desenvolvendo devires que implicam hecceidades, pois não há sujeitos, não há objetos, não há ações centradas em um ou outro; há projetos, acontecimentos, individuações

sem sujeito. A educação menor se faz em nome de um projeto coletivo, de um projeto que não tem sujeito nem fim.

Pela oferta de Silvio Gallo, chegamos mais perto da filosofia de Deleuze e Guatarri. Olhar para as formulações da Educação Permanente em Saúde e nelas encontrar linhas de conexões, me parece, aponta para a produção de algumas pistas nesse trilhar cartográfico que, a grosso modo, elucida aqueles pensamentos que até então estavam apenas surf, “viagens” de um trabalhador da saúde no SUS, aprendiz de cartógrafo e surfista implicado.

Seguindo em frente, Ricardo Ceccin nos brinda com algumas produções que tematizam a Educação Permanente em Saúde; no presente trabalho, tomo como referências para a nossa “suposta conversa” três elaborações: os ensaios intitulados "Onde se lê recursos humanos da saúde", leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação (2005) e "Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário" (2005) e, também, o ensaio elaborado em parceria com Laura Feuerwerker, intitulado "O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social" (2004).

Em ambas as produções, Ceccin nos induz a alguns pensamentos acerca da Educação, sobretudo, da Educação Permanente em Saúde, conforme ele mesmo costuma reiterar. Com suas palavras, nos desperta e nos desafia a pensarmos em uma problematização no campo da saúde coletiva quando nos convida a produzirmos um pensamento “coletivo”, o qual reconhece que todas as práticas de saúde, em sua micropolítica, estão práticas também pedagógicas, pois é no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde que aprendemos a aprender e a trabalhar em equipe e construímos cotidianos, nós mesmos, individual, coletiva e institucionalmente.

Nas palavras de Ricardo Ceccin,

a Educação Permanente em Saúde carrega consigo uma definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (...) A Educação Permanente em Saúde vem constituindo uma forma de construir um terreno para a problematização necessária da mudança do conjunto das práticas dos gestores da saúde quanto a suas intervenções no campo da educação em saúde, enquanto pauta

nacional (...) aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento ("disruptura" com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). (CECCIN, 2005, p.161-162)

Seguindo na esteira de “provocações” de Ceccin, está posto um enorme desafio para todos nós, trabalhadores do SUS: produzirmos estratégias de transformação das práticas de saúde, para transmutarmos as práticas de gestão e de atenção. Nesse sentido, precisamos fundamentalmente ser capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, a ponto de conseguirmos problematizá-las no concreto do cotidiano do trabalho de cada equipe, construindo novos pactos de convívio com os diferentes sujeitos e práticas, nos aproximando e aproximando os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde. (CECCIN, 2005)

Para tanto, está importante que “as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais, da organização de ações em rede/em cadeia, das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais”. (CECCIN, 2005, p.165) Está preciso que consigamos ser capazes de organizarmos nossas práticas, de modo que nossas produções ofertem sentidos reais na operação de processos significativos, a fim de desfazermos as dicotomias persistentes, sobre as quais foram construídas as iniciativas anteriores de mudança (individual x coletivo, clínica x saúde pública, especialidade x generalidade, sofisticação tecnológica x abordagens simplificadas). Logo, está preciso transmutar a racionalidade administrativa e gerencial hegemônica na direção de uma visão de trabalho vivo, feito em ato, no qual operam processos e relações e não a hegemonia da técnica, dos procedimentos, dos protocolos e das rotinas que antecedem o contato real com cada usuário, com cada colega de equipe, com cada serviço singularmente inserido em uma rede. (CECCIN, 2005; MERHY, 2002)

Já observamos, até aqui, alguns encontros e linhas de conexões com a Educação Menor e, supostamente, com o Apoio Menor. Continuamos dialogando com Ceccin, a fim de produzirmos outros agenciamentos para as formulações posteriores.

Nas proposições/providências operacionais para a Educação Permanente em Saúde do autor em estudo, em colaboração com Laura Feuerwerker, ambos “desenham” o “Quadrilátero”, uma possível interação e cruzamento entre os componentes de análise da educação dos profissionais de saúde, análise da gestão setorial, análise da organização e participação social e análise das práticas de atenção à saúde.

Buscando valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão, o Quadrilátero, em suas quatro faces, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços e tempos com diferentes motivações. Desse modo, levanta o seguinte questionamento: “Como formar sem colocar *em análise* o ordenamento das realidades? Como mudar a gestão sem colocar *em análise* os vetores que forçam o desenho das realidades? Como ampliar a participação sem colocar *em análise* os fatores de acolhimento e escuta dos movimentos sociais? Como reordenar as práticas de atenção sem colocar *em análise* os vetores que conservam o trabalho em paradigmas que queremos modificar?” (CECCIN, FEUERWERKER, 2004; CECCIN 2005, 2005)

Olhemos as faces do quadrilátero para melhor interpretarmos tais interrogações:

I) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade; **II) análise das práticas de atenção à saúde:** construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico; **III) análise da gestão setorial:** configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários; **IV) análise da organização social:** verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde. (CECCIN, 2005, p.166)

Portanto, cada face desse quadrilátero permite um chamamento pedagógico quando nos lançamos à busca da qualidade dos serviços de saúde e, no cotidiano dos serviços, reorganizamos o processo de trabalho. Logo, o trabalho em saúde promove processos de subjetivação e está para além dos saberes e práticas tecnológicos estruturados. A imagem do quadrilátero propõe construir e organizar uma educação responsável, por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro); mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos); convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem

interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, em agenciamento de atos permanentemente reavaliados e contextualizados. (CECCIN, FEUERWERKER, 2004; CECCIN, 2005)

Ceccin, ainda falando da Educação Permanente, nos ensina que ela é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas. Para o setor da saúde, essa estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva. Nesse sentido, é preciso impor a necessidade da singularização, convocar permanentemente a fronteira dos territórios, enquanto força resistente as capturas das racionalidades médico-hegemônica e gerencial-hegemônica: “A desterritorialização nada mais será que o permanente descosimento ou dobramento e redobramento das linhas de fronteira dos territórios”. (CECCIN, 2005, p. 175-176).

Aqui encontramos outra possível linha de conexão e encontro entre as formulações de Ceccin, relativas à Educação Permanente em Saúde, e a Educação Menor. Tentando costurar nosso “diálogo”, abraço a proposta do autor, que me parece estar também uma intenção e insistência menor.

Estou propondo a Educação como a constituição de um público de variações ao assujeitamento, regulação e controle, onde prevaleça o contato com as linhas de fuga, pela organização de coletivos locais em exposição e experimentação, pela ampliação de responsabilidades com a alteridade com todos os tipos de diversidade (multiprofissionalidade, movimentos sociais, movimento estudantil, gestores de sistema e de serviços, docentes e articulações de ensino, trabalhadores inseridos nas realidades de trabalho, instituições de ensino etc). Educação que coloque os públicos em cruzamento, que aceite/incentive as conexões, contágios e contaminações, mas também esteja ali onde as relações vivas estão em operação, onde as tecnologias leves precisam ser operadas, não para que todos saibam os nomes uns dos outros e cravem suas bandeirinhas de vigilância moral, mas onde a mudança se traduza em potência de ação na obra coletiva e nas obras individuais de cada vida e trabalho. Essa Educação não pode ser decretada, ela se estenderá ou crescerá ao ritmo da vida das singularidades que a animarem. Uma Educação que seja capaz de realizar a formação e desenvolvimento em direção aos processos individuais, coletivos e institucionais, capaz de fazer emergir produção de saúde, não apenas como prestação dos atos curativos proporcionados pela assistência, também pela providência de caixas de ferramentas às práticas inovadoras em equipe multiprofissional e interdisciplinar – *entre-disciplinaridade* – no cuidado, na gestão, no ensino e na participação parece-me ser a tarefa impostergável de uma atitude afirmativa da vida e de uma democracia de esquerda. (CECCIN, 2005, p.8)

Diante de tantas induções e despertares, o desafio está lançado: façamos acontecer!

Exposto a tantos agenciamentos, nas inúmeras afetações e afecções, nos encontros com os inúmeros intercessores, chego a este momento do trabalho tomado por uma inundação de pensares, ficando sem a noção de o quanto o que está escrito e inscrito neste ensaio cartográfico possui sentidos e significados para aquilo a que me propus. Percebo que, neste momento, o “corpo vibrátil³⁸”, pela primeira vez desde o início dessa produção, de fato vibra; sentir na “pele” uma suposta constituição de um “rizoma” está a possibilidade de, no movimento dessa “desterritorialização”, ousar surfar livremente. Perdoem-me todos! Mas ladrão que rouba³⁹ ladrão... se torna aprendiz de cartógrafo.

Silvio Gallo, roubando a ideia de Negri, propôs um pensamento do que seria o professor militante. Roubando a ideia de Silvio Gallo, proponho um pensamento do que seria o apoiador militante.

Parafraseando um pedagogo e filósofo brasileiro⁴⁰

Podemos dizer que apoiador profeta como alguém que, vislumbrando a possibilidade de um novo mundo, fazia a crítica do presente e procurava apresentar, então, a partir da crítica do presente, a possibilidade de um mundo novo.

O apoiador profeta é alguém que anuncia as possibilidades, alguém que mostra um mundo novo.

Por outro lado, podemos pensar no apoiador militante. Qual o sentido hoje desse apoiador militante, o que seria ele?

Penso que seria não necessariamente aquele que anuncia a possibilidade do novo, mas sim aquele que procura viver as situações e dentro dessas situações vividas produzir a possibilidade do

³⁸ Corpo vibrátil, “o que quer é aprender o movimento que surge da tensão fecunda entre fluxo e representação: fluxo de intensidades, escapando do plano de organização de territórios, desorientando suas cartografias, desestabilizando suas representações e, por sua vez, representações estacando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido (...) corpo que capta no ar: uma espécie de feeling que varia inteiramente em função da singularidade de cada situação e reconhece muito bem a reatividade das forças deixa de ser reconversível em atividade e começa a agir no sentido da pura destruição de si mesmo e/ou do outro”. (ROLNIK, 1989, p. 4)

³⁹ “Para Deleuze, a criação de conceitos é também um ato de roubar conceitos dos outros; segundo ele, o roubo é criativo, pois sempre transformamos aquilo que nos apropriamos”. (GALLO, 2008, p.10) Seguindo essa mesma ideia, foi isso que quis fazer: um roubar de palavras criativo, que motive novos roubos e outras criações.

⁴⁰ (GALLO, 2002, p. 170-171)

NOVO.

Nesse sentido, o apoiador seria aquele que procura viver a miséria do mundo, e procura viver a miséria de “seus” – pares, gestores, trabalhadores e usuários, seja ela qual miséria for, porque necessariamente miséria não é apenas uma miséria econômica; temos miséria social, temos miséria cultural, temos miséria ética, miséria de valores.

Mesmo em situações em que os “seus” não são nem um pouco miseráveis do ponto de vista econômico, certamente eles experimentam uma série de misérias outras.

O apoiador militante seria aquele que, vivendo com os “seus” o nível de miséria que esses “seus” vivem, poderia, de dentro desse nível de miséria, de dentro dessas possibilidades, buscar construir coletivamente.

Essa é a chave da ação do militante. Sempre uma construção coletiva.

Talvez o apoiador profeta seja mais aquele que anuncia do ponto de vista individual. Mas o militante tem sempre uma ação coletiva; a ação do militante nunca é uma ação isolada.

Então, o apoiador militante seria aquele que, vivendo as misérias dos “seus” ou as misérias da situação social da qual ele participa procuraria, coletivamente,

ser um vetor da produção de superação, de condições de superação dessa miséria, ser um vetor de libertação, de possibilidades de libertação.

Essa é uma luta que deve dar-se em diversos ângulos e em diversos níveis. Ela deve dar-se no ângulo do cotidiano dos serviços de saúde, ela deve dar-se nas relações que o apoiador trava com seus colegas no ambiente de trabalho, ela deve dar-se com as relações que o apoiador trava no seu ambiente social, mais amplo, mais geral, e ela deve dar-se também nas relações que o apoiador trava na luta pelo SUS.

Como produzir essa militância que é, ao mesmo tempo, uma militância que se dá no Ministério da Saúde, em cada secretaria, em cada departamento, em cada coordenação, em cada regional de saúde, em cada UBS e em cada outro serviço de saúde do SUS, que se dá no local de trabalho, que se dá na relação da sua classe, produzindo cultura, produzindo política, produzindo Educação Permanente em Saúde, já que essa é a nossa ferramenta?

Em outro termos, a questão é: como pensar e produzir, nesse início de século vinte e um, um Apoio de fato revolucionário, por mais démodé que isso possa parecer?

Assim sendo, pensar um rabisco metodológico para o Apoio menor inscrito em um Apoio surfista está se permitir ao devir, quando surfar está jogar criar movimento.

Surfar é criar movimento. O que qualifica um bom surfista é, pois, a facilidade com a qual ele realiza seu movimento numa superfície de jogo pertencente a uma velocidade nômade do movimento e do tempo da onda. No entanto, ele brinca de brincar com a onda, excedendo os limites da própria onda e de suas regras não estabelecidas. Sua ação poderá superar a chegada da vaga, fazendo dos limites o lugar de transmutação da conformidade e da violência da calma da própria onda. Superar regras e limites é o que Deleuze nomeia O jogo ideal e que, pessoalmente, chamo um movimento louco para um jogo ideal. (LINZ, 2009, s/p)

Pensar em um Apoio Menor como um encontro surfista e, ainda, refletir acerca de um movimento em devir, em que o ato de produção da saúde (gestão e/ou atenção) reside em um jogar, assim como o próprio surf, é considerar que as regras desse jogo se estabelecem no próprio território do trabalho e nas fronteiras relacionais nele “desenhadas”. Assim, pensar um rabisco metodológico do Apoio em um devir, antes de qualquer coisa, é ensaiar um entendimento, no qual ele se encontra em constante movimento e, conseqüentemente, em permanente construção, pois sua dinâmica parte das singularidades de cada território/sujeito na referida relação e, assim, contrapõe-se às invenções e às fabricações tomadas como naturais ou como demonstrações causais da evolução histórica de um modelo técnico-assistencial da gestão tradicional, como a racionalidade administrativa gerencial hegemônica do trabalho em saúde, por exemplo.

Logo, enquanto trabalhadores da saúde, precisamos, sobretudo, nos movimentarmos mais pelas trilhas das desconfianças e das incertezas do impensável e do inesperado e menos pelo caminho das verdades absolutas de um pensamento único, cujos sentidos e significados estáveis e completos estão fixados em uma lógica hegemônica de produção da saúde. Dito de outra forma, nós, trabalhadores, devemos assumir nossa incompletude enquanto sujeitos que pretensamente buscam produzir atos de saúde e aceitar que nossas ações e práticas estejam sempre incompletas. Dessa maneira, pusemo-nos ancorados em um pensamento sem imagem, isto é, em um simples pensar por vir; logo, um novo para, então, admitirmos nossa própria constituição sempre em devir, que não é ainda e, a cada instante, inacabada e sempre por vir a ser. (SANTOS, 2012)

Contudo, ensaiar um refletir em um Apoio Surfista é pensar num jogo com a vida, cujos atos precisam partir de um estranhamento e de uma negação do pensamento preso a uma especificidade prática, seja ela qual for. Nessa direção, trilhamos rumo a um encontro potente para a produção de um fazer-saber mutante, cuja especificidade se faz nas relações em um *momento-acontecimento*, o qual se move em um campo singularizado, na

multiplicidade do jogo jogado em um ato, nos múltiplos modos de viver no cotidiano.

Nesse ponto, recorro às palavras de Daniel Linz:

Jogar para além do acaso, no acaso das próprias ondas, é uma arte, um conhecimento de seu corpo e do corpo da onda: gorda ou magra, ela tem um corpo, um corpo sem órgãos, uma leveza ativa, que é a própria leveza do ser em devir (...) Um limite vale tanto pelo que contém quanto pelo que rejeita, e marca a sedentariedade do surfista à espreita da boa onda. Se o surfista é o “sedentário do esporte”, é parado que ele se movimenta mais: parar é ter o corpo em movimento, em articulações e namoro com a onda. Devir pássaro, ele voa e não precisa dos órgãos. Seu movimento líquido encontra na vaga seu elemento: ele é natureza com a natureza. (LINZ, 2009, s/p)

Por fim, rabiscar o Apoio Menor entre as linhas de conexão e desconexão deste ensaio está apontar aquelas pistas em que o Apoio Menor, por si só, se “desenhou” cartograficamente nesse processo. No “meu” vislumbrar, o Apoio Menor está um Apoio ARTESÃO, FILÓSOFO, CIENTISTA, ARTISTA, ÉTICO-ESTÉTICO e POLÍTICO, MILITANTE, CARTÓGRAFO e SURFISTA. Para além disso, deixo inscrito outras “possíveis” pistas:

Encontro com o outro, resistência, insistência por minorar, liberdade, militância, implicação, trabalho vivo em ato, multiplicidades, rizomas e devires, processo de trabalho, apoios (Apoio Matricial, Apoio Institucional, Apoio Paideia, Apoio Matricial Rizomático, Apoio à Gestão, Apoio Integrado, Apoio Intervenção), tecnologias relacionais, defesa radical da vida, educação permanente em saúde, educação menor, quadrilátero da formação no SUS, saúde coletiva, análise institucional, mudança, mutação, esquizoanálise, práticas de saúde, motriciamento, produção de coletivos, rede interfederativa, rede intersubjetiva, linhas de fuga, linhas de forças, instituído-instituente, micropolítica, luta contra-hegemônica, saúde coletiva, ramificação política, valor coletivo, desejo, cartografia, roda, desterritorialização, encontro intercessor-intersecçor, afetos e afecções, agenciamento, dispositivo de problematização, território vivo, cogestão, autoanálise, regionalização, redes de saúde, atenção básica e SUS.

O que pode o apoio?

Por enquanto é isso, seguimos conversando....

Posfácio

Carta de Apresentação

Muitos sabem quem eu sou, mas poucos me conhecem
Eu não vim pra me explicar
Eu vim pra confundir

Me basta que venha do surf
Me basta viver do skate
Me basta que venha do coração
Me basta viver da mente

Eles são gente
Mas, não são gente como a gente

Meu estilo de vida liberta minha mente
Completamente louco mas um louco consciente

Sou Charlie Brown Jr no SUS
Eu Sou do Jeito que eu sou
Eu vivo para ser feliz
Eu não vivo para ser normal

Quantos malucos têm aqui hoje?
Sejam donos de suas cabeças
Não deixem que ponham palavras onde não existem ideias

Tamô a í na Atividade!!!

Venho lá das bandas do SUL, na contracorrente do NORTE HEGEMÔNICO
Passei pelas dunas de areia da comunidade ribeirinha de São José do
Norte. Coloquei o pé no barro da Castelo Branco e da vila São Miguel.

Sou carpinteiro, jardineiro, auxiliar de pedreiro, salva-vidas,
vagabundo marginal e vadio do surf.

Eu sou Pedro

Filho de Zeca e Miguelina, Pai de Maria Flor

Sou usuário e trabalhador do SUS

Estou em “formação” no subsolo da gestão federal. A quem se destina essa formação? O que fazemos? A quem servimos? E para onde vamos? Qual nossa maior intenção?

Estou um surfista, um ser estar. Quem sabe um potencial amigo do conceito e um aprendiz de cartógrafo. Um ladrão. Um observador à espreita dos processos do Apoio na CGGAB. E como não poderia ser diferente neste lugar: UM MILITANTE IMPLICADO.

Que nada!!! Estou um simples costureiro, bricolando tecidos no viver de uma experiência.

Um explorador de atenção flutuante, mapeando encontros e desencontros, conexão e desconexão entre o processo de trabalho no DAB/CGGAB, as produções cartográficas e elaborações teóricas; as relações no encontro com os trabalhadores e gestores; a experiência de produção do próprio TCC; os territórios existenciais - desterritorialização - produção subjetiva e, sobretudo, O viver das experiências no instante do acontecer da vida neste lugar.

A (des)função da arte - parafraseando Diego

Eduardo já conhecia um pouco do mar. Junto com a mãe, Janaína viajaram para o planalto central, lá onde o mar virou “sertão” e o céu virou o “mar”... Ele, o mar, estava lá, do mesmo lado de prédios enormes entre dunas de concreto. Quando o menino sem sua mãe, depois de muito caminhar, desceu na duna mais baixa... olhou para a imensidão do mar e gritou! Do subsolo ele gritou: mãe me ajude a nadar.

Carta de Apoio

Entre o que se diz e o que se faz tem um “entre”

Afinal de contas, estamos todos em “processo”

Aprendizes em “formação” nós todos. E considerando esse tal de apoio! Parece-me que ele não está diferente.

Quem é ele?
Ele quer modificar o mundo
Uma mosca no ministério,
Uma moda que chegou
E ele, mas quem é ele?
Isso ninguém nunca de fato falou!
Rô quem é ele? Quem é ele?
Uma mosca, um deserto,
Uma bomba que estourou
Ele, quem é ele?
Isso ninguém de fato nunca falou!
Quem é ele?
Esse tal de Apoio?
Quem?!?!⁴¹

O que se diz...

Apoio Institucional – Apoio Paideia (quando na sua intenção de produzir um modo de gestão junto a coletivos/equipes, implicação com processos de análise e cogestão e democratização institucional e autonomia dos sujeitos),

Apoio Integrado (quando na perspectiva relacional em uma rede interfederativa, e numa lógica de apoio geral e específico),

Apoio Matricial (quando na operacionalização do apoio junto a SES, SMS, GERES e NEMS)

⁴¹ Texto adaptado da música intitulada "Esse Tal de Roque Enrow", dos compositores Rita Lee e Paulo Coelho.

Abeiramento com o **Apoio Matricial Rizomático** (quando em seu desenho, é proposta a articulação da AB com outros pontos de atenção da rede e das linhas de cuidado, e processo de trabalho das equipes e a micropolítica do cotidiano).

Me perdoem, mas agora fiquei confuso, **“esquizofrênico” total!**

Em torno do que é/está o apoio? Quais mesmos **seus princípios e conceitos norteadores ou sulistas?**

Sem respostas a dar. Me pergunto: Existe um **entendimento e definição comum por parte dos apoiadores** em torno do Apoio?

Qual o método está sendo operacionalizado nos cotidianos de trabalho dos apoiadores?

Me falta clareza para perceber com nitidez os **desenhos que indicam qual está esse método utilizado!?!?**

O que se faz...

Será que está Apoio Institucional Paideia - Método da Roda? Quando, por exemplo, percebemos na execução e operacionalização de políticas e programas, eventualmente, o apoio, ao se colocar em análise, oferta instrumentos de gestão, explicitando conflitos e mediando negociações.

Quais são suas ofertas?

Existe um **achego no “Matriciamento”**, quando o apoio se faz intermediador e promotor da cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, quando na construção qualificada de estratégias para responder as demandas prioritárias pactuadas com os entes federados?

Ou será ainda, que está possível uma **permitida associação com o Apoio-Intervenção?** Isso porque desenvolvem um fazer-apoio a partir das indicações institucionais sem, a priori, oportunizar espaços para a produção do(s) encontro(s) em ato, informando e transmitindo informações, conhecimentos e regras/normas a serem seguidas.

Será?

Será que o apoio assume, em alguns momentos, certo “desenho” cuja função está uma estratégia de gestão, em que o apoio está somente “meio” indutor de suas políticas e programas, no território?

Será que as ofertas do apoio, em linhas gerais, abeiram, predominantemente, as prioridades das políticas prioritárias “somente”?

E as ofertas do apoio ?!?!?

As ofertas do apoio acabam produzindo, em graus de elevada intensidade, as principais demandas desse apoio? Demandas predominantemente técnico-administrativas?

Quer dizer que a oferta produz a demanda? E esta consome a agenda do apoiador?

O Consumo da agenda do apoiador impossibilita a construção de uma agenda de trabalho que realize ações mais relacionadas aos processos de autoanálise e cogestão do trabalho na atenção básica, organização e planejamento, avaliação e monitoramento, educação permanente e outros?

E os Espaços?

Existem Espaços - Espaços do fazer apoio - espaços de gestão

Os “entre” lugares da rede interfederativa. E o habitar do limite e o limite do habitar.

Que postura adotamos? Ética-política, de modo aberto, sensível, respeitoso, horizontal e altero ao outro?

Olhamos para dentro...

O Colegiado Gestor, espaço privilegiado, lugar de encontro entre todos apoiadores, de troca de saberes, compartilhamento de experiências, de autoanálise, cogestão, educação permanente, de tomada de decisão coletiva e, conseqüentemente, de descentralização do poder.

No entanto, algumas vezes, tais pressupostos **escorrem no atropelo**, na dinâmica do trabalho; as pautas estão recheadas de informações e repasses da ordem técnico-operacional-administrativa, carência de maior reflexão,

ausência do pensar, da discussão e da análise do processo de trabalho, organização e planejamento.

A cogestão e o compartilhar do poder **ficam no ilusório do grupo**, quando, por exemplo, a tomada de decisão se dá **no âmbito da coordenação**.

Parafraseando “novas” impressões

Tic tac tic tac
6 horas da manhã
Pi pi pi pi pi
Todo dia ela faz tudo sempre igual
Mesmo quando tudo pedi um pouco mais de calma
Quando o corpo pede alma
A vida não para
E o pulso ainda é pulso
Tic tac tic tac
O tempo é político
E a dinâmica do trabalho é adoecedora
Correria, tensão, stress, olheiras.
O orçamento este ano é de aproximadamente 16 bilhões
O país tem dinheiro
O que falta é “menor” gestão
Me diga como você vai me avaliar que eu te digo como eu vou me
comportar
Kit pmaq para o viver do trabalho
Qual a oferta da atenção?
Qual a oferta de cuidado com o trabalhador?
Quem apoia o apoiador?
Pois o corpo ainda é pouco
Tic tac tic tac
Tem dias que a gente que sente como quem partiu ou morreu
Retrabalho
Roda moinho, roda gigante, roda peão
Nós não somos robôs!
E o pulso ainda pulsa, e o corpo ainda é pouco.
Tum tum

Uma carta fora do eixo

O que pode o apoio?

O apoio pode estar um encontro - relação com o outro - jogo no movimentar do trabalho e no processo da vida?

Ou ainda, será que o Apoio pode estar um casamento: frescobol ou tênis? Como nos ensina Rubem Alves

Falamos de conceitos, palavras ditas e não ditas.

Talvez o Apoio, em seus “engravamentos”, pode estar tudo aquilo que falamos aqui, pode não estar nada disso ou ainda pode estar tudo, estar outro.

Esta é uma provocação!!!

O apoio pode estar um vir a ser e descobrir o verdadeiro sentido das coisas, é querer saber demais.

Assim como o surf e o pensar do pensamento, será que o apoio pode estar receptor da vida?

Pode estar movimento - motriciamento - força instituinte

Movimento nos processos em uma superfície-território vivo em um jogo ideal.

Surf de ondas gigantes, muitas vezes pesadas.

Precisamos aprender a remar contra a corrente, precisamos aprender a desaprender, como ouvi falar outro dia.

Os espaços instituídos dos serviços de saúde, num geral, nos ensinam a educação dos corpos dóceis e disciplinados, citando Foucault.

Como um surfista em busca das melhores ondas, será que o Apoio pode estar um dispositivo de SUBVERSÃO?

Um processo-movimento por uma educação que se movimenta como maré e que inunde os cotidianos dos serviços de saúde, como nos ensina Dagmar,

Jeane e Michele, ou ainda, por uma Educação Menor, conforme aprendemos com Silvio Gallo e que abraçamos Ricardo Ceccin e outros.

Uma educação menor é um ato de revolta e de resistência. Revolta contra os fluxos instituídos, resistência às políticas impostas (...) Um ato de singularização e de militância. (...) a educação menor está no âmbito da micropolítica, expressa nas ações cotidianas de cada um. (GALLO, 2002)

Educação que se produz na Desterritorialização, na Ramificação política e se faz no valor coletivo.

Uma Educação Permanente em Saúde que **coloca o cotidiano do trabalho em análise**, quando, na **micropolítica**, possibilita construir **espaços coletivos**, que geram **autoanálise**, **autogestão**, **implicação**, **mudança institucional** e **experimentação da problematização** e da **invenção de problemas**.

Uma educação que impõe a necessidade da **singularização**, ao convocar permanentemente à fronteira dos territórios, enquanto **força resistente** as capturas das racionalidades médico-hegemônicas e gerencial-hegemônicas.

Uma educação que privilegia **o contato com as linhas de fuga**, pela **organização de coletivos**, encontrada **ali onde as relações vivas** estão em operação, **onde as tecnologias leves precisam ser operadas** e cujas **caixas de ferramentas “inovadoras”** estão operacionalizadas no cuidado, na gestão, no ensino e na participação (Quadrilátero).

O Apoio menor inscrito em um Apoio surfista está se permitir ao devir, quando surfar está jogar criar movimento.

O surf é um jogo, uma dança de contato improvisação, e superar regras e limites é o que Deleuze nomeia O jogo ideal e que Daniel Lins chama um movimento louco para um jogo ideal.

Ensaiai um refletir em um Apoio Surfista está pensar num jogo com a vida, nas trilhas, rumo a um encontro potente para a produção de um fazer-saber mutante, que se move em um campo singularizado, na multiplicidade do jogo jogado em um ato, nos múltiplos modos de viver no cotidiano nos serviços de saúde no SUS.

O apoiador pode estar um surfista...

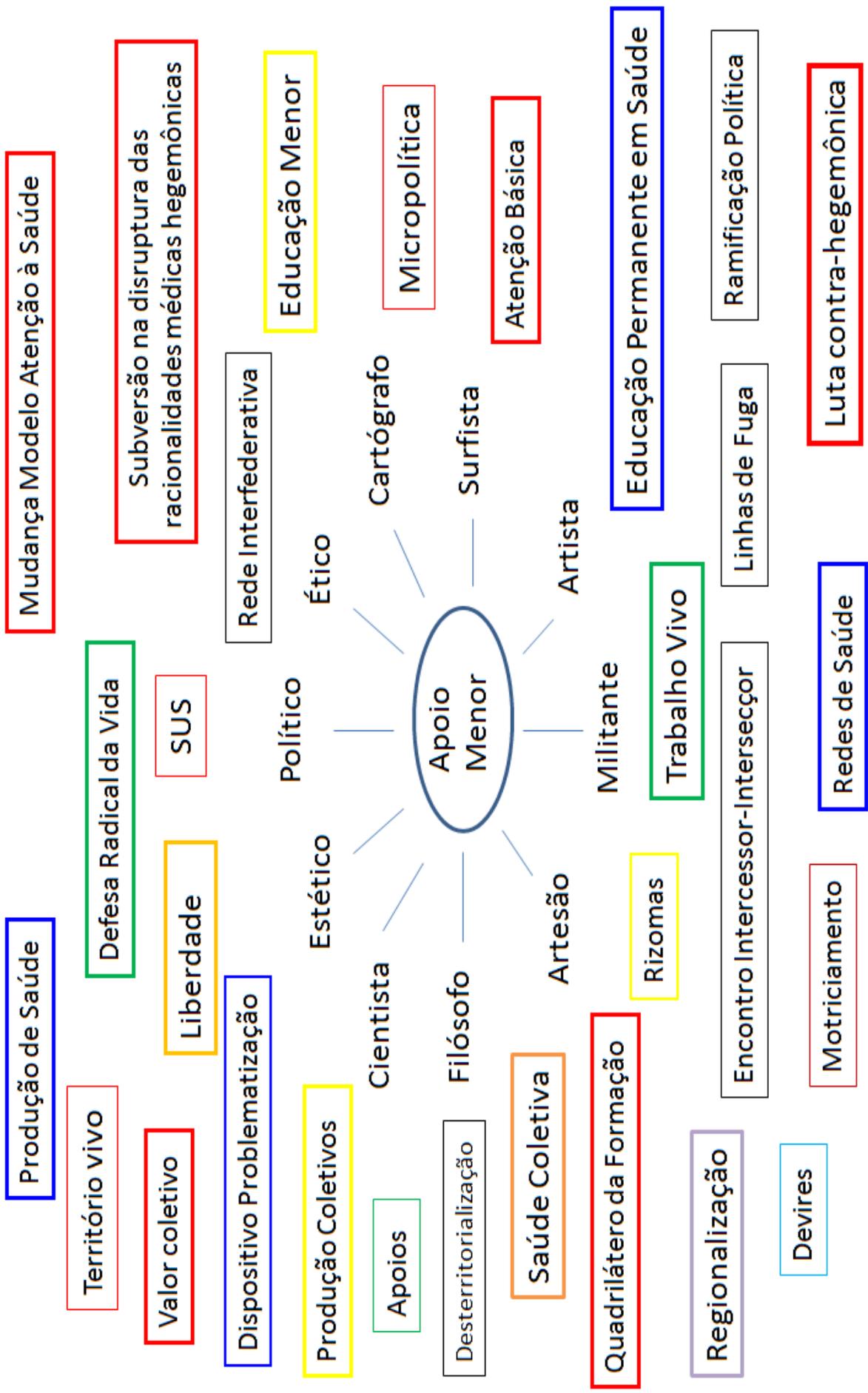
O Surfista é a onda com a onda, e não onda sobre a onda; ele não existe apenas para aquilo que o tornará vencedor, mas se realiza afirmando o acaso. É um puro sensitivo à escuta do meio no qual ele dança com seu corpo-onda para não "dançar" na vida. Escorregar é antes de tudo reduzir o esfregão, o caldo, a "vaca. (palavras de Daniel Linz)

Seguindo na corona dessa série de ondas

O que pode o Apoio?

Talvez o apoio possa estar menor!!!!

Inscrevo possíveis pistas:



Referências, leituras estimuladoras e inspiradoras

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 25 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____*Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____*Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____*Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____*Ministério da Saúde, gabinete do ministro, Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a política nacional de atenção básica*. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> Acesso em: 21 jul. 2012.

_____*Ministério da Saúde, gabinete do ministro, Portaria GM N.º 3.965 de 14 de dezembro de 2010, que aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde*.

_____*Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. (Caderno de Atenção Básica, n. 39, 116 p), Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

_____*Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)* (Caderno de Atenção Básica, n. 27, 152 p), Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

_____*Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, 2011b.

_____*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica* Capturado do site portal do DAB, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 16 jul. 2014.

_____*Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documentação interna da Coordenação Geral de gestão da Atenção Básica – CGGAB*, Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

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

_____*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BADUY, R. S. Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento / Rossana Staevie Baduy. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010. Tese (doutorado) -- UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, 2010.

BAREMBLITT GF. Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 3ª ed. 1996.

BAREMBLITT GF. Introdução à esquizoanálise. Coleção “esquizoanálise e esquizodrama”. v. 1, Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 2003.

BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde / Débora Cristina Bertussi. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010. Tese (doutorado) -- UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, 2010.

BILIBIO, L.F.S. *Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: 2009. 191p.

BILIBIO, L.F.S.; DAMICO, J.G.S. *Experimentação e encontro intercessor, produzindo pistas para a educação física na saúde mental*, 2012. 23p.

CAMPOS, GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1999. 4(2), p. 393-403.

CAMPOS, GWS. Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*: v.14, n°4, Rio de Janeiro, out./dez. 1998.

CAMPOS, GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, GWS. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, GWS. *O apoio institucional e a análise de demanda em saúde*. 2001.

CAMPOS, GWS. *O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional*. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). 2000a

CAMPOS, GWS. *Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, GWS; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. *Práxis e Formação Paideia Apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.p.402.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos em saúde” leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 161-180.

- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004a.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface* (E [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-328320050001
- CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.
- CUNHA, G.T. Roda 40 – O apoio matricial: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção, texto referência do 2º Seminário Nacional de Humanização, realizado em Brasília no dias 05 a 07/08/2009, capturado: <http://www.redehumanizaus.net/node/7510> em 01/04/20104.
- DELEUZE, G. Conversações. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. O mistério de Ariana. Lisboa, Vega, 1996.
- DELEUZE, G.; GUATARI, F. Kafka, por uma literatura menor. Trad. Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
- DELEUZE, G. O que é pensar? Capturado: <http://rizomando.blogspot.com/2003/04/o-que-pensar-deleuze.html> .
- DELEUZE, G. Espinosa: filosofia prática. São Paulo. Ed. Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. Diálogos. São Paulo: Ed. Escuta, 1998.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- FORTUNA, C.M. Cuidando de quem cuida – notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção da vida. Ribeirão Preto, 2003. 197 p. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- FRANCO, T. B. A Integralidade é uma diretriz que traz em si o significado ético-político do "cuidado-cuidador" de trabalho em rede. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, v. 233, p. 13-15, 2007.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. El Reconocimiento de la Producción Subjetiva del Cuidado. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, p. 9-20, Enero-Abril, 2011.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho em saúde. In: *Escola Politécnica Joaquim Venâncio. (org.). Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006, v. 1, p. 276-282.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. et al. (orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, v. 1, p. 135-160.

- GALLO, Silvio. Deleuze & a Educação. 2ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.
- GALLO, S. Em torno de uma educação menor. Educação e realidade, v. 27, n. 2, p. 169-178, jul/dez, 2002.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 7 ed., 2005.
- KASTRUP V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. 2008. In: Passos E.; Kastrup V; Escóssia L. (orgs.) Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA (orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.
- KUJAWA, H.; BOTH,V.; BRUTSCHER,V. Cartilha direito à saúde com controle social. Passo Fundo: *Fórum Sul da Saúde, Fórum regional da Saúde e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo*, 2003.
- LINZ, D. Deleuze surfista da imanência: a relação entre o surf e a inspiração do filósofo francês Gilles Deleuze. *Revista Cult* – Edição 139. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/novo/site.asp?edtCode=405A8403-AD34-47FE-9051-22017E8B23A9&nwsCode=C9F6BB16-5981-4AEA-9347-17017B62091F>>. Acesso em: 18 nov. 2011.
- 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, Sonia (org.). Saúde e Democracia – A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997, v. 1, p. 125-143.
- MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, v. 1, p. 195-206.
- MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: Sérgio Resende Carvalho; Sabrina Ferigato; Maria Elisabeth Barros. (orgs.). *Conexões - Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. 1ed.São Paulo: Editora Hucitec, 2009, v. 1, p. 301-321.
- MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997c.
- MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A. de A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZI, M. (org.) *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3.ed., São Paulo: Hucitec, 2006.
- MERHY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS,

C.R. et al. (orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

MEYER, D.E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M.F.F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2013, vol.17, n.47, pp. 859-871. Epub Dec 03, 2013. ISSN 1807-5762.p. 121-42.

OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. / Gustavo Nunes de Oliveira. Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 223-235, 2012.

PASSOS, E; BARROS, RB. In: PASSOS, E; KASTRUP V; ESCÓSSIA L. (orgs.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 151-172.

PEREIRA, N.J. O apoio institucional no SUS: dilemas da integração interfederativa e da co-gestão. Campinas, SP:[s.n], 2013. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

ROLNIK, S. Esquizoanálise e Antropofagia. In: ALLIEZ, Eric. (org.) *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. Coordenação da tradução de Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: 34 Letras, 2000. (Coleção TRANS).

ROLNIK, S. Trechos de Suely Rolnik: *Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1989.

SANTOS, D.P. *Devires da clínica nas “entrelinhas” do cuidado: pensares sobre o processo de trabalho em saúde*. Rio Grande, 2012. Monografia de Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande, FURG, Rio Grande, Brasil.