



As relações entre apoio institucional e democratização institucional: um método para o trabalho do apoiador da Política Nacional de Humanização

The relationship between institutional support and institutional democratization: a method for the work of the supporter of the National Humanization Policy

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Resumo: O presente trabalho versa sobre as relações entre apoio institucional e democratização institucional, tem o objetivo de analisar o método desenvolvido para o trabalho do apoiador da Política Nacional de Humanização (PNH) no Estado de Santa Catarina. São apresentados alguns delineamentos conceituais referentes ao campo da saúde coletiva, especialmente, a cogestão e o apoio institucional e, posteriormente, instigando algumas considerações sobre o "fazer apoio" e suas implicações na democratização institucional. Por fim, destacam-se os territórios inacabados como possibilidade de produções coletivas, dependentes de interconexões entre equipamentos (unidades de saúde) e os atores envolvidos, residindo nesses encontros à potência na produzir uma nova institucionalidade para a saúde.

Palavras-chave: Humanização dos serviços; Apoio ao Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde.

Abstract: The present work deals with the relationship between institutional support and institutional democratization, has the objective of analyzing the method developed for the work of the supporter of the National Humanization Policy (PNH). Some conceptual designs relating to the field of public health, especially the co-management and institutional support, and later, prompting some considerations about the "do support" and its implications for institutional democratization are presented. Finally, we highlight the unfinished territories as the possibility of collective practice, dependent on interconnections between devices (health units) and the actors involved, residing at these meetings to produce power in a new institutional health.

Keywords: Humanization of services; Support Health Planning; Management in Health.

1. Introdução

O atual Estado democrático de direito brasileiro foi uma conquista social cuja legitimação ocorreu com a promulgação da Constituição da República Federativa de 1988, cujo preâmbulo enfatiza:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais,

a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a *solução pacificadas controvérsias*, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil¹ (grifo nosso).

O Estado democrático é uma garantia das liberdades civis, ou seja, o respeito pelos direitos humanos e pelas garantias fundamentais a vida através da proteção jurídica. A constituição de um Estado democrático admite direitos e garantias elementares. No campo da Saúde, após a concepção de um Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, têm-se princípios importantes na garantia de direitos a saúde, tais como: a universalidade do acesso à saúde, a integralidade no cuidado a saúde e a ampla participação da comunidade na tomada de decisões. Do final da década de 1990 até o começo da década de 2000, foram acumulando desafios no âmbito da saúde pública: superlotações de serviços de saúde, processos de trabalho fragmentados, conflitos e assimetrias de poderes, exclusão de usuários nas portas de entrada, desrespeito aos direitos e pouca articulação de rede.

Diante destes desafios, em 2003, é vislumbrada uma Política Nacional de Humanização (PNH) para gestores e trabalhadores do SUS. Entretanto, diferentemente de outras Políticas Institucionais, a PNH surge sem promulgação (*promulgar*: ordenar a publicação de lei ou similar), isto é, um movimento que tenta ocupar um espaço institucional na “máquina” de Estado ao mesmo tempo em que tenta operar para fora da lógica de idiosincrasias dominantes. Arriscamos dizer: uma Utopia Ativa. Portanto, reconhece que: “Um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”².

Tal Política vem para enfrentar e superar modos de gestão e cuidado e saúde discrepantes com o direito inalienável à saúde, a dita garantia (em forma de Lei) ao acesso universal e equitativo a práticas e ações integrais de saúde, através do SUS. Assim, compreende-se a possibilidade de apreender a PNH como uma “interjeição” para infundir ânimo.

2. Objetivos e Percurso Metodológico

O desafio presente neste trabalho é produzir uma narrativa e alguns apontamentos sobre as relações entre apoio institucional e democratização institucional. Essa produção é uma expressão aberta, lacunar, parcial e verdadeiramente verossímil aos desafios do tema. Não ambiciona ser peremptória.

O tema principal é a interface das relações entre apoio institucional e democratização institucional. O objetivo: narrar e analisar *um* método desenvolvido para o trabalho do apoiador da Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS no Estado de Santa Catarina. Frisamos o “um”, pois não estamos falando sobre “o” método definitivo e ordenador. São muitas as faces de um método. E, não temos aqui o interesse em esquadriñar o debate sobre “métodos”, pois esse já foi e segue sendo estudado e descrito por muitos estudiosos³. Tratamos aqui de falar através de um *vade-mécum*, isto é, uma cardeneta de anotações⁴ (*vade* “ir, caminhar” + *mécum* “posposta comigo”) que remontam reflexões, indagações e inflexões.

Trata-se de um percurso cerceado pela inserção profissional como apoiador institucional subsidiado no cotidiano de instituições de saúde com o contato permanente entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Nesse sentido, tem-se a abordagem cartográfica como aproximação e percurso metodológico⁵, trazendo a experiência e as afecções do profissional envolvido num campo de intervenção e análise. Grosso modo, uma experiência no acúmulo de registros, diários e inscrições circunscritas a partir de observações, intervenções individuais e coletivas, encontros extemporâneos entre atores de saúde.

Compreende-se que o diário pode ser uma potente ferramenta no acompanhamento de processos, capaz de enfatizar as linhas de forças (relações de poderes e vetores de produção de subjetividade) presentes nos espaços⁶. Permite a construção de um percurso a partir das interferências e mediações diárias num campo de atuação e intervenção. Portanto, neste trajeto, as considerações produzidas incluíram a marca destas anotações.

Além disso, são apresentados alguns delineamentos conceituais referentes ao campo da saúde coletiva, especialmente, a cogestão e o apoio institucional e, posteriormente, instigando algumas considerações sobre o “fazer apoio” e suas implicações na democratização institucional.

3. Democratização, Instituição e Cogestão

A democracia, de acordo com Norberto Bobbio⁷, constitui-se de um conjunto de regras para a formação da maioria, destacando o peso igual dos votos e a ausência de distinções econômicas, sociais, religiosas e étnicas na constituição do eleitorado.

à medida que as sociedades passaram de uma economia familiar para uma economia de mercado, de uma economia de mercado para uma economia protegida, regulada e planejada, aumentaram os problemas políticos que requerem competências técnicas. Os problemas técnicos exigem, por sua vez, expertos, especialistas... Tecocracia e democracia são antitéticas: se o protagonista da sociedade industrial é o especialista, impossível que venha a ser o cidadão comum⁷.

Boaventura de Souza Santos⁸ põem em questão que o argumento da substituição dos mecanismos de exercício da soberania por parte dos cidadãos pelo aumento do controle da burocracia sobre a política. Afirma que se trata de um ceticismo sobre a “capacidade das formas burocráticas de gestão lidarem com a criatividade e absorverem o conjunto das informações envolvidas na gestão pública”⁸. O autor considera a concepção hegemônica da democracia na segunda metade do século XX é marcada pelo enfiamento entre duas concepções de mundo e sua relação com o processo de modernização do Ocidente: liberal-democracia e marxista. O enfiamento entre as duas concepções permitiu o surgimento de concepções hegemônicas no interior da teoria de democracia. “Essas concepções estão relacionadas à resposta dada a três questões: a da relação entre procedimento e forma; o papel da burocracia na vida democrática; e a da inevitabilidade da representação nas democracias de grande escala”⁸.

No que diz respeito às potencialidades da participação, o pesquisador português, traz o caso do Brasil como exemplo da “democracia participativa”. A proposta do orçamento participativo no caso da cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, levou atores sociais, num exercício de democratização, a disputarem o significado do termo participação. Trazendo como inspiração a *reinvenção da emancipação social*, fazemos nossas as palavras do autor: “entre realização e a aspiração está a imaginação do possível para além do real existente”⁸. E, para tanto, lançamos luz sobre uma “democracia participativa”, mas que em nosso caso está atravessada por questões relacionadas a instituições.

Barembliitt⁹ esclarece que muitas vezes são confundidas unidades (Instituição, Organização, Estabelecimento, Equipamento), o desafio é ter clareza sobre estas distinções. Uma escola não é uma instituição, por exemplo, e sim um estabelecimento que compõe uma grande organização – o Ministério da Educação, por sua vez, realiza uma grande instituição: a instituição da Educação, com sua lógica (prescrições ou leis). Poderíamos pensar no tema da saúde do mesmo modo. Por exemplo, as equipes de Saúde da Família (eSF) são um estabelecimentos que compõem a organização de um Distrito Sanitário, que por sua vez compõe a Secretaria de Saúde de um município, que compõe com outros municípios outras comissões participativas, num nível crescente, até a organização – o Ministério da Saúde, e, por sua vez, a instituição Saúde.

O conceito de Instituição tem inúmeras teorizações, abordagens, práticas ou mesmo disciplinas, resultando em diferentes conotações sobre o conceito¹⁰. Na Análise Institucional, visão que adotaremos aqui, uma sociedade é ordenada por um conjunto aberto de instituições. E, por instituição entende-se como:

um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes. Essas lógicas podem estar formalizadas em leis, em normas escritas ou discursivamente transmitidas, ou podem ainda operar como costumes, quer dizer, como hábitos não-explicitados⁹.

A instituição pode oferecer ao mesmo tempo o cerceamento de possibilidades e a sustentação de limites, isto é, entre adjacências e distâncias. É nessa esteira que a instituição Saúde delimita suas possibilidades e seus limites.

A constituição da Saúde Coletiva como campo do saber e espaço de prática social foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização social da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta¹¹.

Deve-se considerar que a perspectiva democrática “institucional” não veio sem disputas e lutas de forças e poderes. A própria Reforma Sanitária Brasileira foi um destes marcos para oposição de posições políticas, defendendo a transformação da norma

legal e do aparelho institucional, propondo a regulamentação e responsabilização pela proteção à saúde dos cidadãos ao Estado e o deslocamento do poder político em direção às camadas populares¹¹.

A estratégia de democratização da saúde através do fortalecimento do poder local não deixou de considerar a dinâmica política nacional, na qual alternaram-se sístoles e diástoles, representadas umas pelo predomínio do poder local em mãos de uma oligarquia retrógrada e outras pela centralização do poder em mãos de uma burocracia autoritária, ainda que algumas vezes, socialmente progressista. Assim, o processo de descentralização proposto implicou na alteração das bases do poder local, criando formas de co-gestão social, nas quais a sociedade organizada passou a ter presença em um Executivo que se transformava. Este novo modelo de Estado, em muitos aspectos se contradiz com a democracia representativa, ao criar formas setoriais de representação diretamente no Executivo, poder que se fortalece diante da representação tradicional¹¹.

A participação social deve ser valorizada e incentivada no dia a dia dos serviços do SUS, não se limitando a áreas restritas a instâncias formalizadas pela participação cidadã em saúde¹². E, para tanto, existem algumas apostas para a imaginação e constituição do “possível”. A PNH, no campo da Saúde, é uma destas apostas ousadas na dimensão ético-estético-política.

Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS².

Na definição de termos a PNH é uma aposta radical na democratização do SUS. Implica na ampliação do grau de transversalidade entre os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde. Em tese, a tradição a uma gestão não democrática propõe-se a manter a organização produzindo e em funcionamento com seus espaços de controle, de submissão e de renúncia do trabalhador. O trabalho é também elemento de criação do homem, isto é, é condição para construção e produção de si. Misturam-se, no trabalho, criação com repetição, espaço de exercício da vontade com constrangimento, trabalho para si e trabalho demandado do outro, rubricados em sujeitos e coletivos com suas dimensões sócio históricas¹².

A tradição do modelo taylorista na construção de padrões e normas que regulam o trabalho em um determinado processo específico tende a esvaziar a capacidade de criação, imaginação e de decisão dos trabalhadores durante o trabalho. “Esforça-se para condicionar a rede produtiva a protocolos, que definiriam as condutas e comportamentos apropriados; essa é a meta buscada pela racionalidade gerencial contemporânea”¹³.

Torna-se necessária, portanto, uma nova gestão do trabalho nas organizações. No caso do campo da Saúde, a necessidade de reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado pode ampliar a capacidade de produção de saúde ao mesmo tempo permitindo a realização dos trabalhadores¹².

Campos¹³ afirma que a construção de outra racionalidade gerencial em saúde depende da reconstrução crítica em diferentes planos (da política, da sociabilidade, da gestão e da epidemiologia). Seria a proposta de um novo paradigma capaz de reconhecer e conviver com autonomia dos trabalhadores, porém que também consiga desenvolver formas de controle sobre o trabalho considerando a perspectiva dos usuários e os saberes estruturados sobre saúde. Outrossim a PNH procura induzir nas políticas públicas do País esse outro modo de pensar gestão e trabalho em saúde, um modo de fazer visando a ampliação da democracia institucional.

Parece-me que a incorporação destes novos conceitos depende de reformas organizacionais e também do processo de trabalho voltadas para ampliar a democracia institucional. É nesse sentido que venho sugerindo a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional; ou seja, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários¹³.

Se a democracia institucional procura a diminuição privilégios e distinções de classes, na cogestão investe-se na inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). De tal modo, a confluência destes dois elementos é um exercício conjunto ampliado de sujeitos que compõem a organização, onde os processos de trabalho são compartilhados, tem funções específicas e corresponsáveis. Entre algumas destas funções podemos citar: a própria análise da instituição, a produção de analisadores sociais, a formulação de projetos, a constituição de espaços de tomada de decisões, concomitantemente a um espaço pedagógico, entre outros¹².

4. Por Um Método De Trabalho De Apoio Institucional

A PNH refere-se ao Apoio Institucional como uma reformulação do modo tradicional de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, isto é, uma função gerencial com o principal objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações². E, nesse sentido, a função apoio trata-se da possibilidade de instaurar mudanças onde o processo de trabalho coletivo se organiza para produzir saúde e ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos para qualificar as intervenções. Para tanto, tem algumas funções enumeradas:

- 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos;
- 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais;
- 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das

ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS².

A experiência da construção metodológica do apoiador institucional não é inaugurada pela PNH. No final da década de 1990, alguns teóricos^{14, 15} já estavam delineando algumas concepções sobre a postura metodológica do apoio. A PNH introduz e induz o método do apoio institucional como uma maneira de produzir efeitos que pudessem interferir com a produção de bens e serviços para pessoas externas à organização e na produção social e subjetiva dos trabalhadores e usuários.

A ampliação de uma democracia nas organizações de saúde impõe um compartilhamento do processo decisório e de responsabilidades sem renúncia de interesses e desejos, esse sistema de cogestão propõe-se a uma desfragmentação das organizações e processos de trabalho¹². Entretanto, mesmo que esses sejam desejos e interesses da PNH, sabe-se das dificuldades e encontros para romper com as verticalidades de poderes nas organizações.

A qualificação da gestão e da atenção atravessa um cenário político, técnico e administrativo complexo. É permeado por distintas disputas entre interesses, sujeitos e projetos, ao mesmo tempo em que defende a autonomia, o protagonismo e a participação social. Nesta conjuntura, os entes federados (União, Estados e Municípios) buscam uma atuação conjunta das políticas públicas de saúde para ampliar sua capilaridade de atuação territorial, ao mesmo tempo, adotar e articular ações coordenadas efetivas. O resultado são acordos intergovernamentais para a aplicação de programas e financiamentos conjuntos¹⁶. Necessariamente, quando são vislumbrados novos arranjos organizativos têm-se mudanças nas tomadas de decisões das esferas de governo apontando um desafio em superar relações de disputa de poderes.

Na perspectiva de gestão compartilhada do SUS, a regionalização serve de eixo estruturante e orientador nos processos de descentralização, planejamento e pactuações, através da construção de Colegiados de Gestão. Essa diretriz exige o desenvolvimento de ações e serviços de forma compartilhada, permitindo as trocas entre os níveis de governos em suas tarefas e objetivos. Nesse sentido, a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas regiões de saúde tem o intuito de privilegiar práticas de atenção e gestão equitativas e integrais. Por isso, a justificativa do Ministério da Saúde fomentar a estratégia do "Apoio Integrado" no processo de cooperação a Estados e Municípios, como o intuito de potencializar ações que promovam o acolhimento com ampliação do acesso e da qualidade do SUS. O Apoio Integrado tem como principal objetivo fortalecer a gestão do SUS, levando em consideração as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto nº 7.508¹⁷. Este Decreto regulamenta a supracitada lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Analisando esses "interesses" do "Apoio" pelo Ministério da Saúde, podem-se notar as forças macropolíticas do desenho organizativo na saúde em decorrência dos distintos efeitos considerados pelo Decreto. Estas forças tensionam mudanças e normalizações, desde as sancionadas como as Regiões e Mapas de Saúde, Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (COAP), Portas de Entrada, Comissões Intergestores e outros, até aquelas sancionadas nas forças micropolíticas do trabalho em saúde. Desse modo, tem-se um arranjo com "status" de apoio estável, em certa medida, pela sua institucionalidade. Ainda que possamos dizer que exista uma experimentação e uma tentativa de dialogar-capturar o que de apoio institucional pode ser proposto, inclusive na

mudança de perspectiva da centralidade institucional para regionalização das ações, podemos indagar: como propor a capilaridade num arranjo institucional sem por em questão a complexa noção de produção e função de apoio? Como incluir sujeitos e conflitos?

Para que um “grupo apoiado” amplie cada vez mais sua capacidade de análise é preciso que o grupo tenha a oportunidade de entrar em contato consigo mesmo e com forças externas que tragam novas perspectivas (o que, em si, já constitui oferta do apoio) de análise/compreensão dos seus problemas, conflitos, situações¹⁸.

Expressa na inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios e nas alterações das tarefas da gestão, a cogestão pode incorporar a função de análise institucional de contextos e políticas, isto é, o exercício crítico-criativo e função pedagógica da formulação de outras possibilidades. Se não deixamos operar esse recurso metodológico – o apoio – como poderemos apoiar se não soubermos reconhecer e aproveitar aquilo que se escuta e se vê?

O desafio subjacente à função-apoio pode se tornar diretamente proporcional aos estratos de sua inserção. Têm-se camadas institucionais com diferentes sulcos, disposições e variações de competências relacionais, organizadas em níveis estruturais de poderes. Contratos, câmaras, colegiados, uma complexidade proporcional ao passo a passo do dia a dia coletivo.

A questão do regime contratual da relação de apoio, implica em um processo de contratação, em um “contratando” que existe na duração da relação de apoio e persiste em suas próprias modificações. Desde o primeiro contato, primeiras formalizações, até movimentos derivados de intervenções em si, a contratação se colocará como exercício constante, permitindo maiores ou menores amplitude, consistência e intensidade da relação de apoio na organização e nos coletivos¹⁸.

Torna-se relevante, além disso, trazer na “caixa de ferramentas” alguns alicerces conceituais do campo da saúde coletiva, da análise institucional, entre outros, para ajudar no processo de contratualização do apoio institucional. O Apoio apresenta a proposta de:

discutir e explicitar a base conceitual, ética e política do apoio muitas vezes surpreende a todos os envolvidos, pois cria condições para pensar melhor sobre o assunto e evitar que se comece um trabalho produzindo desconfiança e insegurança na organização¹⁹.

Na análise do Oliveira¹⁹, a partir de sua experiência de apoio em saúde, o apoio tem o sentido de fomentar a discussão do histórico, das metodologias e operar a análise

do próprio grupo gestor da organização. Entretanto, ofertar o apoio como uma resposta a estas questões seria um equívoco.

O método de apoio constrói-se com centralidade mediante a reflexão sobre a prática: falar sobre dificuldades da prática, em geral, tende a produzir uma abertura da resistência dos sujeitos e a busca de outras disciplinas, valores e possibilidades subjetivas¹³.

A abertura a escuta e a análise das práticas permite a produção de novos modos de operar. Para movimentar estas funções necessitamos de um corpo que mobilize a instituição, a organização, o equipamento e que permita operar-se, por sua vez, na presença dos agentes mobilizadores.

Os agentes são "seres humanos", são os suportes e os protagonistas de toda essa parafernália. E os agentes protagonizam práticas. Práticas que podem ser verbais, não-verbais, discursivas ou não, práticas teóricas, práticas técnicas, práticas cotidianas ou inespecíficas. Mas é nas ações que toda essa parafernália acaba por operar transformações na realidade⁹.

Portanto, agentes de movimentos, agentes de apoio. Para inspirar, tomamos emprestado o conceito espinosiano de "conatus" como "*potentia agendi*", ou potência de agir:

(...) os indivíduos se definem pela variação incessante de suas proporções internas de movimento e repouso, ou variação de sua força interna para a conservação, de sorte que o esforço de autoconservação visa manter a proporção interna no embate com as forças externas, pois são elas que podem destruí-lo, como também são elas que o auxiliam a regenerar-se e ampliar-se²⁰.

Essa variação ininterrupta de movimentos e repousos expõe um sujeito num movimento transversal carregado pelas forças do contato entre margens. Uma experimentação igual ao quociente da resultante das forças perpendiculares à superfície de aplicação e área de superfície. Os agentes especulam o comportamento dos planos e corpos em um meio, um meio de fluídos, como líquidos na busca de um equilíbrio estático e inalcançável.

Os objetivos para o apoio podem ter diferentes arranjos e texturas, geralmente com alguns pontos comuns: a) acionar atores para ampliar a discussão e a possibilidade de tomadas de decisão, b) estimular o compartilhamento e as trocas, c) fomentar a criação de espaços coletivos, d) construir um projeto comum de trabalho, e) desenvolver oficinas e encontros em conjunto, f) se deixar analisar, isto é, abertura para o reposicionamento do olhar (olhar para o outro e olhar de novo), g) analisar o fator participante, ou seja, os efeitos de sua participação, h) avaliar o momento de encerramento do apoio, i) permitir a interferências da dimensão política, j) tolerar os conflitos e tensões das reuniões, l) organizar processos pedagógicos permanentes para

gestão e trabalho em saúde, m) atuar na interface com diferentes entes federados, n) incluir atores nos processos produtivos e tomadas de decisões.

Algumas perguntas que podem contribuir e permear o processo de análise dos objetivos do apoio: a) Quais são as prioridades do coletivo, b) Quais são suas agendas e ações, c) Como desenham seus fluxos, d) Se não há consenso, como garantem a constituição de uma grupalidade, e) Quais são as alternativas para comunicação, f) São estabelecidas comunicações virtuais, g) Quais são as estratégias utilizadas no processo de trabalho, h) Quais são seus efeitos, i) Quais são os espaços de compartilhamentos, j) Quem tem acesso a informações, l) Quais são as formalidades e informalidades institucionais, m) Onde aparece o não dito, n) Qual é análise de implicação do apoiador, o) Quais são as demandas, p) Quais são os analisadores naturais e os artificiais.

De tal modo, poderíamos arriscar considerar que o debate sobre estas e outras perguntas possíveis, além de construir um caminho para o desenvolvimento do apoio, pode formar a compatibilidade coletiva com a produção de um produto comum de interação, comunicação, afetos e relações entre sujeitos. Trata-se de um exercício indagatório e investigativo sobre os direcionamentos coletivos, os impasses, os ruídos, as crises, os conflitos, os agenciamentos, os acontecimentos, todas as montagens e invenções criativas alcançadas.

5.Considerações Finais

Fleury¹¹ considera que estamos num ponto de transformação importante da operação da noção de cidadania e o próprio projeto de democracia, onde se rompe com a divisão tradicional entre as esferas privadas e públicas, reinserindo a tensão permanente entre a liberdade e a igualdade.

Estamos, portanto, diante de nossa escolha trágica: ou institucionalizamos, via políticas sociais, a segmentação e a exclusão, ou construímos um projeto de democracia, no qual a gestão pública social seja um dos principais mecanismos promotores da inserção dos cidadãos em uma nova comunidade política, que se expressa em novos formatos para a relação Estado/sociedade¹¹.

Ao invés de termos optado entre uma escolha e outra, talvez estejamos vivendo na atualidade uma correção inlocalizável desses dois apontamentos direcionais assinalados pela autora. Ora uma coabitação institucional via políticas sociais (Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Plano Brasil sem Miséria, entre outros) em reciprocidade com *projetos* de democracia, pois não estamos em diálogo com um *único projeto*, mesmo da máquina do Estado que impõe velocidades e arranjos governamentais pautados em planos de ações e metas temporais.

A política pública não deixa de produzir reposicionamentos e modos de constituir redes nas produções de saúde. Às vezes, a existência de conflitos e de contrapontos em coabitação de espaços institucionais da saúde variam as intensidades e as qualidades de recursos e investimentos (orçamentários, metodológicos, técnicos, administrativos, logísticos, etc.). Nesse convívio, a PNH tenta estabelecer novas formas de comunicação a partir de tecnologias relacionais dando vazão a produção dos sujeitos envolvidos na composição dos caminhos para a transformação da realidade. E, para tanto, a trabalho

do apoio na PNH trata-se de uma maneira de especular a criação de menores distâncias entre os nós, ambicionando o vazio e o buraco entre eles sem abissais extensões e separações.

Existiria comunicação e acesso sem incompatibilidades? Não há incompatibilidades sem divergências? E, sem diferença não há luta por igualdade e vice-versa? Co-, com ou con-, prefixo "com": coabitar, compressão e conviver. "O prefixo 'co', nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos"¹². Compor e combater são estratégias para encarar o desafio de produzir saúde.

Enfim, são muitas as possibilidades e portas de entrada para o apoio, desde a abertura de espaços para encontros e alinhamentos até ativação de redes e a democratização institucional. Os caminhos constituem-se como opções metodológicas e os objetivos para o apoio não são prescritivos ou determinantes. O grande desafio é lidar com o inacabado. Às vezes, o inacabamento – noção de inacabável, de interminável – traduz e relembra a concepção de que os movimentos e mudanças não dependem unicamente um ator como, por exemplo, o apoiador institucional. Os territórios inacabados são produções coletivas, dependem das interconexões entre equipamentos (unidades de saúde) e os atores nelas envolvidos e desses encontros residem o potencial para produzir uma nova institucionalidade para a saúde. O território inacabado reproduz redes, conseqüentemente, os nós estão em permanente reprodução.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 64/2010, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 32. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a. 544 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 4ª ed., 2008.
3. Bosi MLM, Mercado FJM. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.
4. Houaiss A. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009.
5. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. (Orgs.). **Pistas do método cartográfico**. Porto Alegre: Sulina, 2010.
6. Azevedo BMS, Carvalho SR. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S. **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, p. 204-219, 2009.
7. Bobbio N. **O futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.
8. Santos BS (org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
9. Barembliitt G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
10. Paulon SM. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. **Revista Mnemosine**, Vol.5, nº 2, p. 189-226, 2009.

11. Fleury S. A questão democrática na saúde. In: Fleury S (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed. 1ª reimpr. 2010.
13. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n.5, p. 2337-2344, 2010.
14. Campos GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos** – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
15. Pasche D, Passos E. Inclusão como método de apoio para produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 34, p. 423-432, 2010.
16. Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção No SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
17. Brasil. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508** de 28 de julho de 2011.
18. Oliveira GN. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização /SUS. **Orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização**: Material de apoio para egressos de cursos ofertados pela PNH. PNUD - Projeto BRA 05/045. Quarto produto referente ao contrato PNUD/BRA/05/045 nº N°2010/000808. 2010.
19. Oliveira GN. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado) Orientador: Sergio Resende Carvalho. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2011. 175f.
20. Chauí M. **Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

Artigo Recebido:

Aprovado para publicação:

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

ESTOU COMO DOCENTE NA UNIVALI (NÃO SEI SE ISSO FAZ DIFERENÇA)

MEU ENDEREÇO:

PRAÇA SANTOS DUMONT, Nº 160/301. TRINDADE. FLORIANOPOLIS-SC

CEP 88036-680 FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL

E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com
