

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
– ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO

Sibeli da Silva Diefenthaeler

**A FLOR E A NÁUSEA NO APOIO INSTITUCIONAL: o processo histórico
de organização do Apoio Institucional na CGGAB/DAB/MS**

Brasília

2014

Sibeli da Silva Diefenthaeler

**A FLOR E A NÁUSEA NO APOIO INSTITUCIONAL: o processo histórico
de organização do Apoio Institucional na CGGAB/DAB/MS**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Formação em Saúde Coletiva e Educação
na saúde – Especialização em Serviço, do
Programa de Pós-Graduação em
Educação da Faculdade de Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Orientadora: Adriana Almeida **Co-
orientadora:** Patrícia Barbará

Brasília

2014

"É preciso sonhar e acreditar cada vez mais no nosso sonho, confrontá-lo com a realidade e realizar cada vez mais inescrupulosamente a nossa fantasia."

Lênin, 1963

AGRADECIMENTOS

Em Brasília, compreendi o real significado da frase “*Estamos donde tenemos que estar*” e por isso agradeço a todos os encontros e reencontros que essa cidade me proporcionou.

Em especial ao encontro cósmico com **Carol e Pati**, vocês me encantaram, são as sereias da minha vida, comigo sempre estarão!

Gratidão a **Aline, Douglas, Rapha, Ísis, Olívia, Diego e Carão!** Amigos e parceiros dessa jornada e de muitas outras que virão.

Agradeço a minha **mãe** e ao meu **pai** por terem me ensinado o prazer de viajar e a nunca deixar de lutar pelos meus sonhos. A minha linda irmã, **Samantha**, grande companheira da minha vida. **Aos meus amigos** que sempre me deram suporte, mesmo com mais de dois mil quilômetros de distância, com vocês sempre aprendo e me fortaleço.

Também agradeço as meninas que tiveram a coragem de dividir suas vidas comigo em uma casa. Fomos a casa das 5 mulheres, todas fortes e belas, cada uma com sua história e personalidade. Aprendi muito com vocês, das risadas aos choros, das partilhas das contas às festas, do cuscuz ao chimarrão. Obrigada **Carol, Pati, Bel e Lora!**

Agradeço a equipe do **EducaSaúde/UFRGS** e a direção do **DAB/MS** pela coragem e vontade de realizar essa Especialização, acreditando na importância da formação em saúde coletiva, desafiando tempo, espaços e distâncias.

Também agradeço aos **trabalhadores do DAB/MS** que se dispuseram a receber os bolsistas dessa especialização, dividindo seu dia-a-dia do trabalho conosco. Em especial a equipe da **CGAB/DAB** e **CGAN**, mais particularmente, a equipe da **Academia da Saúde**, que tão bem me acolheu no tempo que passei por lá.

Um agradecimento aos **colegas da Especialização** que toparam essa jornada, em especial, aos **colegas bolsistas** que ajudaram a construir o desafio de ser/estar trabalhador em formação no DAB/MS com críticas, articulações, questionamentos e afetos. Aqui em especial agradeço **Yumi e Élide** pela amizade e pela coragem de sempre lutarem pelo coletivo dos “residentes”.

Um obrigada mais que especial a minha querida tutora **Jeane Félix**, por sua dedicação, alegria e disposição comigo. Obrigada também aos colegas que compuseram esse lindo **grupo de tutoria**, nossos encontros sempre foram deliciosos!

Obrigada **Adriana Almeida**, por abraçar oficialmente minha orientação. Um obrigada em especial a **Barbará** pela sua dedicação e compreensão para com o meu trabalho de conclusão, sei que não foi tarefa fácil me orientar tendo duas lindas flores em casa. Aproveito e agradeço a **Maria Flor e a Lia** por deixarem um tempinho livre da sua linda mãe para mim.

Por fim, só tenho a dizer **GRATIDÃO** por cada dia vivido em Brasília!

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo contribuir na compreensão sobre o Apoio Institucional na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (CGAB/DAB) no período de 2011 a 2013, analisando seu processo de trabalho e buscando avaliar elementos constitutivos da função do Apoio nessa coordenação. Trazer o Apoio para a discussão como uma estratégia potente de transformação da organização do trabalho e de fortalecimento da Atenção Básica na caminhada pela efetivação do SUS foi um dos objetivos deste trabalho, sempre relacionando com a flor e a náusea da poesia de Drummond, na perspectiva de desvelar e analisar as contradições dos desafios e das potências do Apoio. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório, a coleta de dados foi realizada a partir da técnica da narrativa. O ser/estar/fazer Apoio na CGAB, foi desvelado como algo constituído a partir da relação do apoiador com o território, e fundamentalmente de sua relação com as frentes de trabalho da coordenação. Importante ressaltar que o apoiador na CGAB não trabalha somente com a implementação da política, como também, contribui na elaboração de políticas e dos programas. Para isso, o apoiador necessita ter a disponibilidade de compreensão sobre o conceito Apoio Institucional, construindo horizontalmente a relação interfederativa. Além disso, notou-se a importância da vivência anterior na assistência e/ou na gestão na AB como elemento constituinte do apoiador nessa coordenação.

Palavras-chave: Apoio Institucional; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 Estado, <i>praxis</i> e sua importância na efetivação do direito ao acesso à saúde.....	12
3.2 A construção da política de saúde no Brasil: a construção coletiva do SUS.....	15
3.3 A Política Nacional de Atenção Básica como elemento essencial na efetivação do SUS.....	19
3.4 A compreensão do Apoio Institucional e sua importância no fortalecimento da Atenção Básica.....	22
3.5 A Coordenação Geral de Gestão de Atenção Básica do DAB/MS e o Apoio Institucional.....	26
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Desenho do estudo.....	31
4.2 Local do estudo.....	31
4.3 Coleta de dados.....	31
4.4 Aspectos éticos.....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5.1 Reflexões sobre o apoio a partir da vivência na CGAB.....	33
5.2 A história do Apoio na CGAB.....	34
5.3 A potência do Apoio Institucional na CGAB.....	35
5.4 O Apoio Institucional na Gestão Federal.....	37
5.5 A disponibilidade necessária para ser/estar/fazer Apoio Institucional.....	37
5.6 Desafios do Apoio Institucional na esfera federal.....	39
6 COMENTÁRIOS FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

*“Preso à minha classe e a algumas roupas,
Vou de branco pela rua cinzenta.
Melancolias, mercadorias espreitam-me.
Devo seguir até o enjoo?
Posso, sem armas, revoltar-me?”*

Antes de introduzir o conteúdo, preciso explicar ao leitor que este trabalho será costurado pelo poema A Flor e a Náusea de Carlos Drummond de Andrade. Ao longo de cada capítulo um trecho da poesia será inserido, como forma de associar a trajetória poética, tão bem escrita por Drummond, à construção desse trabalho no que tange o tema Apoio Institucional. Permito-me fazer essa analogia, considerando o Apoio Institucional flor e náusea, apoio como uma produção de sentido que é produzido e se reproduz pela e na náusea, criando possibilidades do surgimento da flor. Essa flor é constituída de muitos significados, o signo¹ da produção da resistência, do surgimento de novas possibilidades e do enfrentamento aos desafios. É esse misto de sentidos que busco demonstrar ao leitor, por mais que existam dificuldades a construção de alternativas ainda é possível, um discurso aparentemente utópico, mas construído a partir do movimento dialético da concretude do cotidiano do trabalho.

Esse trabalho é fruto da minha experiência com Apoio Institucional durante a minha trajetória na área da saúde, começando na Residência Integrada em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), onde vivenciei dois meses na Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia na função Apoio Institucional. Essa experiência da residência me possibilitou uma maior aproximação com a temática do Apoio Institucional, e provocou uma inquietação no sentido de aprofundar a

¹ Segundo Lucia Santaella, no seu livro *O que é a Semiótica?*, o homem só conhece o mundo porque, de alguma forma, o representa e só interpreta essa representação numa outra representação, que Peirce denomina interpretante da primeira. Daí que o signo seja uma coisa de cujo conhecimento depende do signo, isto é, aquilo que é representado pelo signo. Daí que, para nós, o signo seja um primeiro, o objeto um segundo e o interpretante um terceiro. Para conhecer e se conhecer o homem se faz signo e só interpreta esses signos traduzindo-os em outros signos. Em síntese: compreender, interpretar é traduzir um pensamento em outro pensamento num movimento ininterrupto, pois só podemos pensar um pensamento em outro pensamento. É porque o signo está numa relação a três termos que sua ação pode ser bilateral: de um lado, representa o que está fora dele, seu objeto, e de outro lado, dirige-se para alguém em cuja mente se processará sua remessa para um outro signo ou pensamento onde seu sentido se traduz. E esse sentido, para ser interpretado tem de ser traduzido em outro signo, e assim ad infinitum.

compreensão do Apoio Institucional no Sistema Único de Saúde. Além disso, a vivência de cinco meses na CGAB/DAB me afetou e me instigou a desbravar o Apoio Institucional a partir do âmbito federal. Quais ferramentas, quais funções e articulações são possíveis desenvolver nesse espaço? E como reafirmar sua importância e sua necessidade no processo de trabalho de gestão federal. Nesse sentido, identifiquei a necessidade de estudar o processo de organização do Apoio Institucional na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGAB) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).

Para associar flor, náusea, saúde, apoio institucional, acredito ser importante resgatar o processo histórico da construção do Sistema Único de Saúde.

A Reforma Sanitária começou seu processo de construção nos anos 70, constituída no bojo da ditadura militar, e teve como principal estratégia o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi construído coletivamente pelos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e movimentos sociais aprovado em 1988, na Constituição Federal Brasileira. Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas participantes. As discussões dessa conferência formalizaram as propostas da Reforma Sanitária. Dessa maneira, o Movimento da Reforma Sanitária foi capaz de produzir um projeto de política de saúde que ultrapassava seus interesses corporativos, e, de certa forma, poderia ser caracterizado como uma “intelectualidade orgânica”, no sentido definido por Gramsci, pois contribuiu para a constituição de um bloco histórico que jogou papel fundamental na transformação do SUS em política oficial do Estado Brasileiro (CAMPOS, 2006).

A implantação do SUS aconteceu em todo o território nacional, a partir da Lei nº 8.080, aprovada em setembro de 1990, e da Lei 8.142, dispendo sobre a organização do sistema referente ao controle social e transferência de financiamento. Esta reforma vem sendo implantada em todos os níveis do estado brasileiro, no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios, sendo que ainda persistem vários desafios, dentre eles, o de fortalecimento da Atenção Básica na política de saúde.

A Atenção Básica, desde então, passa por profundas transformações no Brasil, desde 1990 até 2011, tendo como marco a aprovação da portaria 2.488, em outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e fortalecendo as diretrizes e normas para organização da Atenção Básica. A nova

PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel da Atenção Básica enquanto ordenadora das Redes de Atenção e coordenadora do cuidado, avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção (BRASIL, 2011).

Recentemente uma das estratégias para elaboração e implementação das políticas e programas do SUS, que vem sendo utilizado ao longo do território brasileiro, nos três níveis de governo, é o apoio institucional.

O apoio institucional foge da concepção tradicional de supervisão e traz um novo olhar para o fazer gestão, valorizando a autonomia dos sujeitos, respeitando a singularidade e diversas realidades do território. O conceito apoio possui variáveis de compreensão, ao longo deste trabalho irei apresentar algumas delas, mas o objetivo desse trabalho não é conceituar ou trabalhar apenas com uma vertente do conceito Apoio. Este trabalho visa demonstrar o quanto o apoio institucional é uma proposta contra hegemônica por trazer elementos ao processo de trabalho da gestão que induzem a mudança da organização do trabalho (CAMPOS, 2000) por meio de relações horizontais e reflexões construídas coletivamente afirmando a Atenção Básica e contribuindo no fortalecimento do SUS.

Para isso, busquei compreender o processo de construção do apoio institucional a nível federal, no âmbito do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a partir da organização do processo de trabalho da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica.

A CGAB está inserida no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, onde ela é corresponsável pela elaboração e implementação de um conjunto de políticas e programas da Atenção Básica, com destaque para a Estratégia Saúde da Família, equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programas de Provimento e Fixação de profissionais na AB, Programa Brasil Telessaúde Redes, Equipes do Consultório na Rua, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica, entre tantos outros. E ainda, tem como premissa estabelecer a relação interfederativa com os Estados, Distrito Federal e Municípios através da estratégia do Apoio Institucional.

Esse estudo busca contribuir para a construção do entendimento sobre apoio na gestão federal, e no fortalecimento do SUS no que tange a oportunidade de ofertar ferramentas e leituras que subsidiem e qualifiquem a decisão e planejamento

no que se refere aos aspectos de processo de trabalho, gestão e democratização da política.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Contribuir na compreensão sobre o Apoio Institucional na esfera federal a partir do processo de trabalho da CGGAB/DAB, no período de 2011 a 2013.

2.2 Objetivos Específicos:

- Analisar o processo de organização do trabalho na CGGAB-DAB/MS;
- Avaliar os elementos constitutivos da função Apoio Institucional na CGGAB-DAB/MS;
- Apontar a contribuição do Apoio Institucional para a organização do processo de trabalho na CGGAB.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estado, *práxis* e sua importância na efetivação do direito ao acesso à saúde

*“Olhos sujos no relógio da torre:
Não, o tempo não chegou de completa justiça.
O tempo é ainda de fezes, maus poemas,
alucinações e espera.
O tempo pobre, o poeta pobre
fundem-se no mesmo impasse.”*

Para melhor subsidiar o estudo acredito ser interessante trazer a noção de Estado de Gramsci permeada pela teoria da *práxis*, pois assim pode-se ter uma compreensão sobre o processo de democratização que o apoio potencializa, como também uma análise ampliada do que envolve esse processo na estrutura do Estado. É na filosofia da *práxis*, que para Gramsci, a ideologia se expressa entre sujeitos sociais com níveis e maneiras diferentes (Simionatto, 2011). As transformações societárias e os processos de organização e participação social estão diretamente ligados com o movimento da sociedade, ou seja, não estão dissociadas as questões econômicas das questões políticas, muito menos das expressões da questão social. Em particular, as transformações do mundo do trabalho interferem no modo de viver das pessoas, refletem diretamente as alterações impostas pelo sistema econômico e político que estamos vivendo.

A *práxis* nos permite desvelar o cotidiano. Na política de saúde, nos faz apreender os inúmeros desafios para efetivação do Sistema Único de Saúde. Através dela, esse processo de compreensão e de busca pela efetivação do SUS torna-se ainda mais claro e possível por revelar os elementos envolvidos no mesmo, inclusive na gestão do sistema. Essa compreensão inclui o processo de transformação que esbarra na atual lógica econômica baseada no lucro e sustentada por ideais de individualidade que marginalizam os sujeitos dos processos de decisão de suas vidas.

O SUS, com seus princípios e diretrizes, rompe com essa cultura, implantada pelo atual sistema político e por consequência enfrenta grandes desafios para sua plena implantação. O SUS trata-se de uma reforma incompleta e que enfrenta o

paradoxo de pretender implantar-se uma política universalista em um contexto de ajuste econômico restrito (CAMPOS, 2006).

O mesmo processo desafiante ocorre para o apoio institucional a medida em que esse possui uma teoria que vem sendo aplicada e construída na prática cotidiana da gestão do sistema de saúde baseando-se na construção coletiva e horizontalizada do processo de trabalho. Trazer a práxis para essa construção de pensamento permite melhor analisar tal processo, pois o apoio institucional ainda precisa ser mais discutido e inserido na gestão do trabalho. A aproximação com a práxis, só potencializa a compreensão do apoio e permite uma melhor implantação do mesmo na gestão, pois novos elementos de análise são inseridos, o cotidiano é desvelado na sua concretude, envolvendo questões macro e micro sociais.

A racionalidade da práxis, enquanto consciência das possibilidades objetivas e subjetivas da ação humana, coloca-se tanto como um conduto de passagem e eixo articulador entre teoria e prática quanto como uma particularidade da práxis, porque expressa-se, determina-se como “concretização crítica” (Lukács, 1968b, p.117), tendo em vista que permite aos sujeitos adquirirem “uma consciência da limitação e do objetivo do desenvolvimento histórico, e uma consciência que vá além dele” (MARX apud GUERRA, 2002, p.191).

A práxis constitui-se numa prática com direção social definida, com clareza de finalidade. Sendo assim, pressupõe-se a relação necessária entre teoria e prática, pois a partir de seus princípios consegue-se melhor compreender a sociedade e o contexto em sua totalidade, permeado por suas contradições, para então desenvolver ações de transformação. Afinal, de nada adianta compreender se não houver ação e a busca da superação mediante a explicitação das contradições da sociedade burguesa, na qual todos nós estamos inseridos.

A partir do que já foi exposto, entende-se que o apoio institucional ao ser colocado sob a luz da práxis cria uma maior potência no que diz respeito a transformação das relações institucionais, ou seja, o apoio quando se utiliza da práxis, torna sua análise situacional mais ampla e a sua prática mais transformadora. A transformação aqui citada refere-se ao modo de criar política pública na área da saúde e da forma de implantá-la dentro do Estado. Estado esse formado, segundo Gramsci, pela sociedade civil e sociedade política, assim o Apoio também é ferramenta de mudança de lógica de funcionamento para o Estado pois interfere diretamente nessa estrutura.

Permanecemos sempre no terreno da identificação de Estado e de governo, identificação que não passa de uma representação da forma econômico-corporativa, em outras palavras, da confusão entre sociedade civil e sociedade política, pois é necessário salientar que a noção geral de Estado inclui elementos que também são comuns à noção geral de sociedade civil (neste sentido poder-se-ia dizer que o Estado = sociedade política + sociedade civil) (Gramsci, 2000, p. 244).

Ao explicitar a práxis, nos damos conta do quanto o “*tempo é ainda de fezes*”, o quanto ainda temos que fazer para transformar o que não está “*justo*”. O caminho rumo a implantação plena do SUS ainda é longo, mas as possibilidades existem, e se dar conta da necessidade de mudar é premissa fundamental nesse processo. Fundir poesia e poeta, unir trabalhador, usuário e sistema, é primordial na luta pela efetivação das diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde.

Assim, também pode-se inferir que dentro da estrutura do Estado há possibilidades de reverter a lógica até então hegemônica do poder e produzir movimentos contra hegemônicos dentro do processo de trabalho tais como a implantação do apoio institucional. Há a possibilidade de produção instituinte dentro do instituído. Para Baremlitt, instituinte é o processo mobilizado por forças produtivo-desejantes-revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências ou materialidades sociais (BAREMBLITT, 2012). Assim pode-se relacionar que a potência do Apoio é ser/estar/produzir movimentos e processos instituintes, geradores de mudanças e de novas possibilidades. Apoio enquanto instituinte, tal como uma flor que brota do asfalto, produz novos significados no cenário que desabrocha. Já o instituído, segundo Baremlitt (2012), é o resultado da ação do instituinte, tem a tendência de permanecer estático e imutável, e tornando-se assim resistente e conservador. O instituído por sua vez é fruto do movimento de mudança, mas que por vezes, pode paralisar o processo contínuo de transformação, além de não conseguir produzir cuidado, uma dos principais objetivos no campo da saúde, criando um ambiente engessado, gerando náusea e descontentamento no trabalho e na vida social.

Não há nenhuma atividade humana da qual se possa excluir qualquer intervenção intelectual- o Homo faber não pode ser separado do Homo sapiens. Além disso, fora do trabalho, todo homem desenvolve alguma atividade intelectual; ele é, em outras palavras, um filósofo, um artista, um homem com sensibilidade; ele partilha uma concepção do mundo, tem uma linha consciente de conduta moral, e portanto contribui para manter ou mudar a concepção do mundo, isto é, para estimular novas formas de pensamento. (GRAMSCI, 1957, apud Meszaros, 2008, p.49).

O homem, o sujeito inserido na sociedade, que faz parte do Estado é produtor de mudanças, pode instituir, como também possui o poder de apenas manter o instituído. Essa ideia nega a concepção instrumentalista do Estado, o fatalismo e a dicotomia entre protagonismo do sujeito e as determinações estruturais, pois reconhece a autonomia relativa da práxis, inscrita no jogo das instituições e nas lutas sociais e de grupos (PAIM, 2013). O que quero dizer, nesse atrevimento de associação dos ditos de Gramsci, Barembliitt e Drummond é que a contradição está constituinte da implantação do Apoio Institucional, bem como da luta pela efetivação do SUS. São processos que requerem continuamente análise, reflexão, e revisão das posturas que enquanto sujeitos² tomamos, ou seja, é possível mudar, desde que nos coloquemos dispostos a constante de vivenciar dialogicamente o ir e vir entre a teoria e a prática.

3.2. A construção da política de saúde no Brasil: a construção coletiva do SUS

*“Em vão me tento explicar, os muros são surdos.
Sob a pele das palavras há cifras e códigos.
O sol consola os doentes e não os renova.
As coisas. Que tristes são as coisas, consideradas sem ênfase.”*

Para que esse processo de análise e de transformação seja contínuo dentro da política de saúde é necessário conhecer a história, não permitindo que os “*muros fiquem surdos*”, que possam escutar e compreender a trajetória de sua construção. A partir da concepção de práxis, compreende-se que a questão da saúde também envolve o objeto de ação política das classes dirigentes, que controlam o Estado e seus aparelhos. Há que se observar como se apresenta o processo político em

² Ao falar em sujeito parte-se do entendimento de sujeito coletivo histórico e político. Sujeitos esses, segundo Sader (1988), que possuem um sentido coletivo, criando uma identidade e organizando práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se em lutas (SADER, 1988). Para o autor, são “novos personagens que entram em cena”, transformando esse período no marco da organização social do país, a década de setenta e oitenta. É nesse quadro que as lutas fabris são assumidas como momentos de autoafirmação de grupos operários, que veem nelas o processo de sua constituição como sujeitos políticos. Mas essa atribuição de sentido não pode ser vista como se fosse o ato soberano de um sujeito racional. Ela se racionaliza no confronto entre diversos agentes-que atribuem significados diversos aos acontecimentos- e no jogo de situações concretas, onde tais significados ganham contornos imprevistos. Assim, nasce a constituição do ser social coletivo, que luta e se articula por seus interesses, os sujeitos participam cada vez mais da tomada de decisões.

saúde contextualizado com a conjuntura, e assim buscar formas de enfrentamento necessárias para garantir o acesso a saúde. Mais que deduzir a ação estatal a partir da necessidade da acumulação, trata-se de examinar as disputas pela hegemonia (PAIM, 2013).

O grande marco instituinte na política de saúde no Brasil é a criação do Sistema Único de Saúde o qual baseia-se em um conceito ampliado sobre acesso e saúde para população brasileira construído coletivamente. A partir do SUS, compreende-se que a saúde não é um conceito abstrato pois é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida” (8 Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Segundo Coutinho, lutar por um sistema de saúde no Brasil significa buscar romper com a lógica dominante no sentido de criar alianças por uma nova hegemonia com uma ideologia construída a partir das necessidades do conjunto da população, buscando a transformação das relações sociais existentes (Escorel, 2011). Ou ainda, é produzir movimentos instituintes, permitir o desabrochar de flores, ainda que feias, em meio a náusea do sistema político econômico que vivemos.

O SUS é fruto dessa construção coletiva dos trabalhadores e da população usuária. Sua trajetória está ligada diretamente a organização social. Segundo Fleury (2011, p.48), “*Em países como los latinoamericanos donde La exclusión tiene un fuerte contenido econômico, no es posible combatir la exclusión si la distribución de la riqueza.*”. Essa luta passou a ganhar força através do Movimento da Reforma Sanitária na década de setenta.

É na década de oitenta que ocorre uma maior abertura política o que possibilita uma maior articulação entre a população, construindo alianças e consolidando os movimentos sociais e populares na luta pela garantia de direitos. A questão das políticas de saúde tomou novos rumos e os enfrentamentos político-ideológicos evidenciavam as contradições fundamentais entre o capital e o trabalho, bem como sentido da ação estatal quando a classe trabalhadora não tinham acesso suficiente aos instrumentos de organização e ação política (PAIM, 2013).

Em 1988 acontece a aprovação da Constituição, “Constituição Cidadã”, fruto de reivindicações e lutas das camadas populares, de categorias políticas e profissionais. A análise da saúde na década de oitenta tem como aspectos centrais a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais (BRAVO, 2009; TEIXEIRA, 1989).

Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília com cerca de cinco mil pessoas participantes. As discussões da VIII Conferência formalizaram as propostas da Reforma Sanitária. A partir do relatório final dessa Conferência pode-se destacar os principais elementos constitutivos da Reforma Sanitária: ampliação do conceito saúde; o reconhecimento da saúde como direitos de todos e dever do Estado, a criação do SUS; participação popular; constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2013).

Dessa maneira o Movimento da Reforma Sanitária foi capaz de produzir um projeto de política na saúde que ultrapassava seus interesses corporativos, e de certa forma poderia ser caracterizado como uma “intelectualidade orgânica” no sentido definido por Gramsci, pois contribuiu para a constituição de um Bloco Histórico que teve papel fundamental na transformação do SUS em política oficial do Estado Brasileiro (CAMPOS, 2006). Um movimento instituinte, que gerou o instituído SUS como sistema de saúde, mas que ainda enfrenta desafios na sua implantação por possuir ideais que vão contra a lógica instituída pelo sistema político e econômico, principalmente a partir da década de noventa.

Ao mesmo tempo em que a população se articula e se organiza na década de oitenta, há uma profunda crise econômica, que chega ao Brasil na década de noventa, a qual não permite concretizar no seu todo a Constituição de 1988. Essa crise econômica tem rebatimentos no sistema político, o qual institui o neoliberalismo, com uma concepção de um Estado mais ausente nas políticas públicas, influenciando diretamente a construção da política de saúde no país. Nessa direção se observa que o SUS enfrenta várias dificuldades, nada mais é do que uma reforma incompleta, pois enfrenta o paradoxo de pretender implantar uma política universalista em uma conjunta neoliberal em um contexto político alicerçado numa política econômica estrita (CAMPOS, 2006).

Dentro desse contexto, considerar as *coisas sem ênfase*, como nos diz Drummond, além de triste, pode não gerar a produção de cuidado que tanto é preconizado no SUS. Lutar pelo SUS é lutar pelo acesso universal a saúde, é

reconhecer o sujeito como sujeito de direitos, é considerar processos participativos fundamentais na construção da sociedade contemporânea. É acreditar que o sol, para além da função de iluminar, ao contrário do que o poeta nos diz, pode renovar os doentes, ou seja, pode produzir mudanças. E como nos retrata Demo sobre o processo participativo e emancipatório:

Esses constituem um fenômeno profundo e complexo, de teor tipicamente político, e que supõe, concretamente, a formação de um tipo de competência, ou seja, de saber fazer-se sujeito histórico capaz de pensar e conduzir seu destino. Assim no início está a contestação ou a consciência crítica. Tudo começa com a capacidade e a coragem de dizer não. Não à condição de massa de manobra. Não à manipulação imposta pelas elites. Não aos governos clientelistas e corruptos. Não ao Estado tutelar e clientelista e não a pobreza política e material (DEMO, 1995, 133).

Assim pode-se inferir que nesse processo de efetivação do SUS é necessário investir no processo de formação dos trabalhadores da saúde e também dos usuários, para que esses possam compreender e se instrumentalizar sobre os processos e espaços de participação e decisão. Importante desenvolver atividades de Educação Permanente, a qual é formada por um quadrilátero envolvendo, ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM, 2004). Tomar o cotidiano como lugar possível à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2004).

Aqui me atrevo a dizer que o apoio institucional, assim como a Educação Permanente são instrumentos importantes nesse processo de luta pelo SUS. E ainda reforço que a Educação Permanente faz parte do trabalho do Apoio Institucional, pois sem a análise crítica da realidade, sem a busca de novas ferramentas de gestão e de assistência e sem a produção de processos coletivos de organização não é possível ampliar o acesso a saúde. É nesse sentido que se pensa a formação do “ser profissional de saúde”. Um processo que se firma na graduação, mas que não se acaba ali, que transcorre durante toda vida profissional, dentro e fora do ambiente de trabalho, seja por meio de propostas formais de educação, das próprias relações cotidianas de trabalho, ou mesmo, da inserção do

sujeito no mundo sociocultural (CAMPOS, 2013).

Como marcos legais desse processo e nessa trajetória de avanços e desafios, em 2011 há criação do Decreto 7.058/2011, que regulamenta a lei 8080/90, grande marco para a afirmação do SUS, reafirmando o acesso universal a saúde e dispendo sobre a organização do sistema. Além disso, em 2011, também há a aprovação da nova Política de Atenção Básica, portaria 2.488/2011, reafirmando sua centralidade no SUS, e assumindo a função de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

A partir desses marcos legais, há a organização operacional do sistema. O Movimento Sanitarista preconizou o modelo tecno-assistenciais com forte orientação para os serviços de atenção básica tendo centralidade na organização do sistema de saúde. O PSF foi instituído pelo MS em 1994, sendo que a decisão governamental de implementar o Programa de Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012).

3.3 A Política Nacional de Atenção Básica como elemento essencial na efetivação do SUS

*“Vomitar esse tédio sobre a cidade.
Quarenta anos e nenhum problema
resolvido, sequer colocado.
Nenhuma carta escrita nem recebida.
Todos os homens voltam para casa.
Estão menos livres mas levam jornais
e soletram o mundo, sabendo que o perdem”*

Esse trabalho se propõe a evidenciar o apoio institucional como estratégia de reorganização da gestão da Atenção Básica no âmbito federal apresentando elementos, tanto teóricos como práticos, que venham a contribuir no fortalecimento do SUS. Dessa forma, apreender o processo de construção da Atenção Básica e desvelar o processo histórico de construção do SUS não estão desvinculados do

processo de compreensão do apoio institucional. Essa compreensão ampliada permite entender os limites e desafios que ainda estão postos na política de saúde e forjar novas alternativas na busca pelo direito ao acesso a saúde.

Acredito ser importante resgatar, ainda que brevemente, conceitos acerca da Atenção Básica por entender ela é uma das principais estratégias na efetivação do SUS e ser o terreno fértil para a organização social da população em defesa do direito universal a saúde. Além disso, a compreensão histórica é fundamental no processo de construção de novas alternativas e possibilidades na implantação das políticas públicas e na organização da sociedade. Para Gramsci:

As ideias não “nascem” espontaneamente no cérebro de um indivíduo: tiveram um centro de formação, de irradiação, de difusão, de persuasão, houve um grupo de homens ou até mesmo uma individualidade que as elaborou e apresentou na forma política de atualidade (GRAMSCI, 2000b, p.82).

Com relação a Atenção Básica, o grande marco conceitual acontece em 1978, na Conferência da Alma Ata, onde a Organização Mundial de Saúde declarou um entendimento de Atenção Básica mais ampliada. E definiu a APS como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover a saúde. APS como um primeiro nível amplo e integrado, tendo como princípios cobertura e acessibilidade universal, autocuidado e participação individual e comunitária, ação intersetorial dentre outros. (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012)

Uma das grandes referências teóricas mundiais quando se fala de Atenção Básica/Primária é Bárbara Starfield, a qual compreende que Atenção Primária em Saúde,

É aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece a atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, (...) para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p.28).

A Atenção Primária ou Atenção Básica, como muitos preferem utilizar, refere-se a política de saúde centrada no sujeito e no seu contexto social. Básica/Primária por ser não somente a entrada no sistema de saúde, mas como também a

responsável pelo cuidado integral do sujeito, considerando-o não apenas receptor de cuidado como produtor do mesmo, sujeito com direitos e com voz ativa no que se refere ao cuidado e as decisões da política de saúde.

Como nos traz a PNAB, 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, 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 (PNAB, 2011).

Um dos grandes diferenciais da Atenção Básica é compreender o sujeito integralmente, com necessidades e com vontades, para além da doença, colocando como participante do processo de cuidado, incentivando sua autonomia não só individualmente como coletivamente. Atenção Básica como o conjunto de atividades planejadas de atenção médica integral que têm como objetivo alcançar melhor nível de saúde para o indivíduo e a comunidade, aplicando a metodologia científica com a ótima utilização dos recursos disponíveis e a participação ativa das massas organizadas (LAGO, 2001). Nota-se que os mais diversos conceitos colocam a centralidade da organização do sistema pela atenção primária como também trazem a participação social como elemento basilar para efetivação do sistema de saúde.

No Brasil a Atenção Básica 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. É importante ressaltar que a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (PNAB, 2011). Para além do conceito, o qual revela a intenção da prática em saúde, é importante citar o marco regulatório da Política de Atenção Básica no Brasil, principalmente a partir da Portaria 2.488 de 2011 que regulamenta o conceito ampliado de AB como também a

sua organização tendo como uma das principais estratégias a Equipe de Saúde da Família, aqui já citada anteriormente.

Outra questão importante que a Portaria 2.488 nos traz é da responsabilidade do Ministério da Saúde em prestar apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica. É um grande avanço legal constar na portaria a responsabilidade de fazer Apoio Institucional pelo Ministério da Saúde, isso demonstra a intenção de criar espaços de organização na gestão com um novo modelo de funcionamento, mais democrático e horizontal, e nos dá aparato jurídico para lutar pela implantação do Apoio Institucional.

3.4 A compreensão do Apoio Institucional e sua importância no fortalecimento da Atenção Básica

*“Crimes da terra, como perdoá-los?
Tomei parte em muitos, outros escondi.
Alguns achei belos, foram publicados.
Crimes suaves, que ajudam a viver.
Ração diária de erro, distribuída em casa.
Os ferozes padeiros do mal.
Os ferozes leiteiros do mal.”*

Diante de todo esse contexto já apresentado nesse trabalho, entende-se que o apoio institucional é uma estratégia de transformação. Ser/estar/fazer apoio possibilita a construção de uma nova forma de fazer gestão, coletiva e participativa na tomada de decisões. Ao compreender a necessidade da busca pela efetivação plena do SUS e da importância do fortalecimento da Atenção Básica nesse processo, compreende-se a necessidade da busca por outras formas de fazer gestão na política de saúde no Brasil, dentre elas destaco o apoio institucional. Apoio Institucional é uma estratégia para além da supervisão, é uma mudança de visão sobre a organização da gestão dentro do princípio da horizontalidade e da construção coletiva do trabalho na saúde. Trabalhar dentro da lógica do Apoio Institucional é incentivar processos democráticos no processo de trabalho, é organizar o planejamento das ações a partir das necessidades dos sujeitos, e estar constantemente avaliando coletivamente a implantação das políticas de saúde.

Trabalhar a partir do conceito apoio dentro da realidade institucional, advinda de um sistema capitalista neoliberal, o qual possui uma lógica individualizada e que estimula relações verticalizadas na organização do processo de trabalho, torna-se, cada vez mais, um desafio. As relações de poder no trabalho influenciam diretamente o funcionamento do sistema social e político, o que reflete na forma de construção das agendas e pautas na saúde. Há uma relação direta das relações sociais com as decisões e direções sociais, Marx já dizia que “*o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política, intelectual em geral*” (Marx, 1988, p.24).

Como já foi refletido nesse trabalho, o SUS enfrenta várias dificuldades, nada mais é do que uma reforma incompleta, pois enfrenta o paradoxo de pretender implantar uma política universalista em uma conjuntura neoliberal em um contexto político alicerçado numa política econômica estrita (CAMPOS, 2006).

Assim pode-se inferir que o Apoio Institucional se produz no seio da contra hegemonia, por produzir sentidos diferentes (horizontalidade, construção coletiva) do que o modo vigente produz. Nesse sentido, a questão seria melhor colocada da seguinte forma, como questiona Nunes: Diante de um determinado projeto ético-estético-político que considere o apoio como possibilidade metodológica, em quais relações de saber-poder o apoio deveria necessariamente se inscrever? (NUNES, 2011).

Tendo esse questionamento em mente, acredito ser importante apreender a concepção que envolve o ser/estar/fazer Apoio, com os mais diversos conceitos que encontramos atualmente nas rodas de discussão sobre a importância do Apoio Institucional no Sistema único de Saúde.

Uma das grandes referências para o tema, o qual baliza as discussões sobre, é a Política Nacional da Humanização (PNH) que no seu caderno diz que o Apoio Institucional é uma função gerencial que

[...] reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio

institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. (BRASIL, 2008, p.52)

Apoio Institucional é baseado no encontro entre os sujeitos e na produção das relações dos mesmos de uma maneira horizontal, tendo como intencionalidade a democratização institucional a partir da cogestão. A PNH entende o apoio como uma função capaz de promover e produzir mudanças nos espaços de gestão por ter como principal objetivo a reflexão sobre o processo de trabalho visando o processos coletivos. O Conceito apoio pretende capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas sim de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se aposta somente nos recursos internos de cada equipe (CAMPOS, 2000). O apoio institucional tem a capacidade de produzir uma melhor análise institucional e a partir da mesma projetar construções coletivas de novos arranjos institucionais que visem a qualificação do processo de trabalho.

O apoio institucional foge da concepção tradicional de supervisão e traz um novo olhar para o fazer gestão, valorizando a autonomia dos sujeitos, respeitando a singularidade e diversas realidades do território. Mesmo com a possibilidade de controle e autoridade sobre o grupo - principalmente se exercer um cargo hierarquicamente superior -, o apoiador institucional pode facilitar diálogos, mediar conflitos e ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão (CAMPOS, 2000). Para Campos, o apoio institucional está diretamente vinculado ao modo de fazer cogestão. E o principal método é a roda, pois através dela os conflitos ficam visíveis e assim podem ser trabalhados. O método da Roda busca evidenciar conflitos, procura estimular a cogestão – ou seja, a contestação de diretrizes e políticas vindas de “cima”. Esse modo de operar o apoio é uma forma explícita de incentivar o trabalho conjunto, mas não necessariamente o único produtor de ações democráticas, o diálogo, a troca de informações também compõem as ferramentas do apoiador no processo de trabalho.

O método desenvolvido por Campos recomenda que o apoiador tenha “ofertas”, projetos, políticas, arranjos, valores, mas que esteja autorizado – que tenha autonomia – para modificá-los em função do contato com os atores de cada local. Trata-se de uma prática contra-hegemônica por adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (JUNIOR, 2013). O apoio

institucional é uma estratégia de reorganização da gestão pública, e para além do caráter operacional do apoio, há também, o caráter político, por envolver o contexto político-institucional, elemento essencial constituinte do Apoio.

O trabalho do apoiador envolve sempre a constituição/inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações (NUNES, 2011). A análise de conjuntura, a compreensão dos interesses institucionais e a mediação dos mesmos fazem parte do trabalho e são necessários para produzir mudanças. Além disso, Nunes (2011, p.60) afirma que “*o apoiador e o apoiado co-emergem em ato, no encontro*”. O trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa - ativar coletivos, conectar redes, e incluir conflitos – que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativando redes, de saber, de cuidado, de cogestão, e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos e rodas agonísticas, que os mantenham conectados e co-responsáveis (NUNES, 2011). Todos esses elementos que constituem o ser/estar/fazer apoio são indutores de novas possibilidades de organização do trabalho na gestão, o que influencia diretamente na reorganização da assistência, ou seja, na produção do cuidado em saúde. Potencializa assim, a implantação do SUS não só na gestão como também na assistência, permitindo o fortalecimento das políticas de Saúde, em especial, a Atenção Básica, por objetivar a autonomia do sujeito e potencializar espaços democráticos, inseridos no seu território, onde está presente a Atenção Básica.

O apoio é uma possibilidade de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas. No fundo, é a radicalização da construção de cidadania e de sociedades democráticas (CAMPOS, 2007).

O apoio não só faz análise institucional como também é potência na produção de mudança da lógica de trabalho e por consequente mudança na organização social. Para Bertussi (2010), 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 relação entre a produção e gestão do cuidado.

O apoio se revela e é desvelado no encontro, na troca de ideias, no planejar ações e no executar de programas e de políticas de saúde. Esse encontro é

permeado de conflitos, de afetos, desejos e interesses. Há momentos em que o encontro exige mais conversa, outras vezes, mais discussão, ou a tomada de decisão mais rápida, conforme a necessidade há maneiras de se produzir e se colocar nesse encontro. Uma das grandes contribuições de Bertussi no tema está justamente em trazer para o debate a discussão de como ser/estar/fazer apoio nas mais diversas situações. Em sua tese de doutorado, nos apresenta as máscaras do apoiador, como uma estratégia de melhor compreensão sobre as diversas formas do ser/estar/fazer apoio. Sendo esses, o apoiador-mágico, apoiador-palhaço, apoiador-equilibrista apoiador-contorcionista, apoiador-cuspidor e o apoiador-amestrador. Essas máscaras não são fixas, os apoiadores as utilizam conforme o território e como estão as relações institucionais (BERTUSSI, 2010).

Assim como Gastão propõe uma maneira de fazer Apoio a partir da roda produzindo co-gestão, Bertussi fala das possibilidades de ser/estar Apoio com as máscaras do apoiador. São muitos os autores que discorrem sobre o tema, ao meu ver, não há uma teoria que consiga dar conta de toda a amplitude e complexidade que envolve o apoio institucional, há uma complementaridade entre elas. Essa associação de teorias, discussões sobre ser/estar ou fazer Apoio precisam estar em constante conexão com a realidade, produzir novas ou mais complexas formas de pensar e compreender o apoio é necessário, pois a realidade está em constante movimento.

3.5 A Coordenação Geral de Gestão de Atenção Básica do DAB/MS e o Apoio Institucional

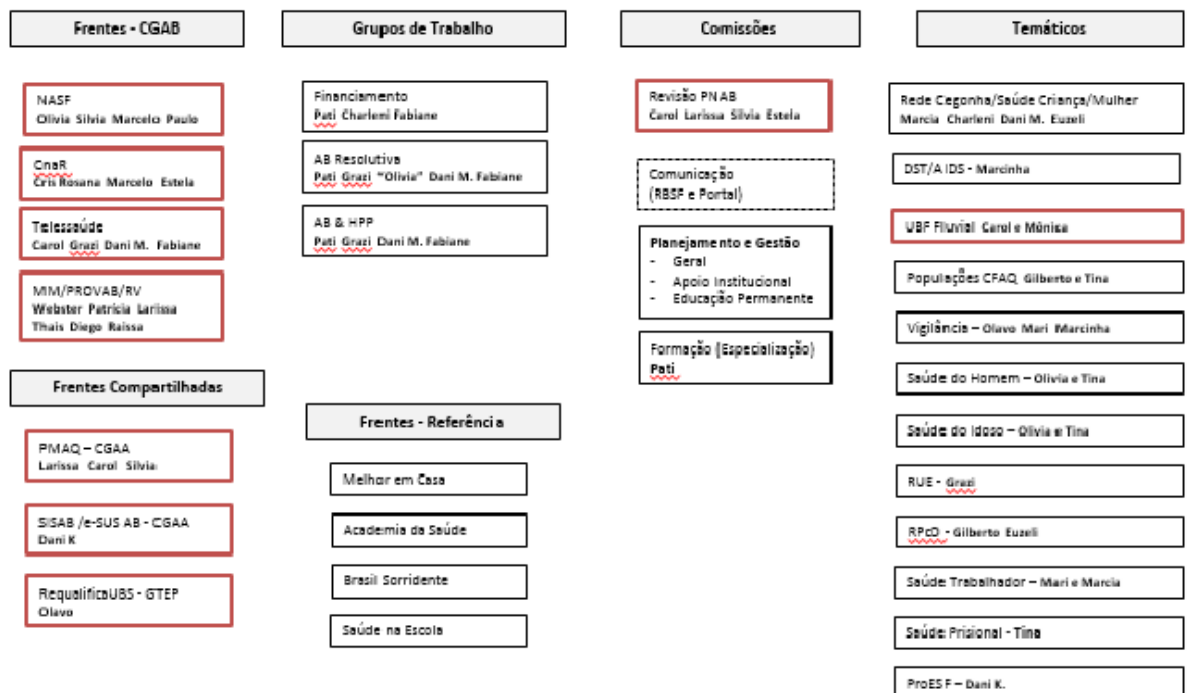
*“Pôr fogo em tudo, inclusive em mim.
Ao menino de 1918 chamavam anarquista.
Porém meu ódio é o melhor de mim.
Com ele me salvo
e dou a poucos uma esperança mínima.”*

A Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGAB) é uma das coordenações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde dentro da Secretaria de Atenção a Saúde (DAB/SAS). É a coordenação que historicamente possui uma relação interfederativa, atualmente trabalha diretamente com os estados, e por vezes com os municípios, por meio do Apoio Institucional. Importante salientar que o trabalho também envolve os trabalhadores e os usuários do SUS, pois a CGAB, para além da relação direta com estados, também trabalha com a

oferta de cursos de formação para os trabalhadores do sistema, como também na organização de encontros entre trabalhadores e usuários, tais como Conferencia e Mostras de Atenção Básica.

A relação interfederativa ocorre em outras coordenações do Departamento, mas na CGAB há a peculiaridade de estar desenvolvendo-a pelo apoio institucional.

Quadro 1: Coordenação Geral de Gestão da atenção Básica: Desenho do funcionamento do CGAB.



Fonte: DAB/MS/2014




Além do apoio, a coordenação organiza seu trabalho por temáticas da Atenção Básica, dispondo sua equipe por Frentes, Grupos de Trabalho, Comissões e Interfaces. As frentes de trabalho têm um caráter mais permanente, assim como as interfaces, o que diferencia é que as temáticas e programas que abarcam as frentes têm sua origem ou seu gerenciamento dentro da Coordenação como é o caso do Consultório na Rua. Já as interfaces, como o nome sugere, são temas que permeiam a Política de Atenção Básica, mas não são geridas diretamente pela mesma.

Uma das principais características da CGAB é a sua formação generalista, pois como o Apoio acontece diretamente aos estados, os mesmos solicitam as mais diversas pautas. Isso significa que para além das frentes e das interfaces que compõem a CGAB, os apoiadores também devem estar ao par das agendas e discussões sobre Atenção Básica em geral tais como PMAQ, e-SUS, Mais Médicos, Requalifica e outros. Não estou aqui dizendo que o apoiador da CGAB tem o conhecimento da Atenção Básica, e que busca constantemente estar atualizado sobre as políticas e programas, ou é resolutivo na busca de tais informações.

A CGAB passou recentemente por uma nova organização do apoio em que apenas os trabalhadores que estavam dispostos a fazer/estar apoio assumiram esse lugar. Além disso foi considerado a necessidade do território envolvendo questões geográficas, situação da Atenção Básica no estado e as questões políticas.





Atualmente a equipe é composta³ por trinta e quatro trabalhadores, tendo quatro do administrativo, dois que compõem a direção. Desse total, vinte e dois estão desenvolvendo a função apoio. Dos vinte e dois apoiadores, sete são descentralizados, ou seja, estão lotados no estado onde desenvolvem o apoio. Os outros quinze apoiadores são centralizados, isso significa que vão ao território mas atuam cotidianamente em Brasília e assim estão inseridos em frentes e/ou comissões de trabalho ou ainda em interfaces deste. Quatro trabalhadores estão em função mais generalista e de apoio aos outros apoiadores, atuando em frentes e comissões de trabalho.

Quadro 2: DAB - CGGAB/Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica - Apoio Institucional

		Estado	Centralizado ou Descentralizado
	E	Espírito Santo	Descentralizado
	E	Minas Gerais	Descentralizado e Centralizado
	E	Rio de Janeiro	Centralizado

³ Dados retirados do organograma da CGAB/DAB/MS.

	E	São Paulo	Descentralizado e Centralizado
		Paraná	Centralizado
		Rio Grande do Sul	Descentralizado
		Santa Catarina	Centralizado
	E	Alagoas	Centralizado
	E	Bahia	Descentralizado
	E	Ceará	Descentralizado
	E	Maranhão	Centralizado
	E	Paraíba	Descentralizado
	E	Pernambuco	Descentralizado
	E	Piauí	Centralizado
	E	Rio Grande do Norte	Centralizado
	E	Sergipe	Centralizado
		Acre	Centralizado
		Amapá	Centralizado
		Amazonas	Centralizado
		Pará	Centralizado
		Rondônia	Centralizado
		Roraima	Centralizado
		Tocantins	Centralizado
	O	Distrito Federal	

			
	O	Goiás	Centralizado
	O	Mato Grosso	Centralizado
	O	Mato Grosso do Sul	Centralizado

Fonte: CGAB/DAB/MS, 2014.

Todos os trabalhadores que estão desenvolvendo apoio possuem especialização e/ou Residência e alguns também possuem mestrado, o que demonstra a busca pela qualificação do trabalho e sua experiência anterior dentro da Política de Saúde, fundamental para o desenvolvimento deste trabalho. Com relação a experiência de trabalho anterior, na gestão todos apoiadores já tiveram experiência na gestão municipal, cinco já tiveram experiência na gestão estadual e oito na gestão federal. Em relação a experiência na assistência nove tiveram experiência no âmbito municipal, dois no âmbito federal e um no âmbito estadual.

Esses dados revelam o quanto a coordenação é composta por uma equipe que possui conhecimento, experiência e vivência nos três níveis interfederativos, assim como na gestão e também no cuidado; disposta e com uma ampla bagagem de experiência profissional que possibilita e facilita a construção e desenvolvimento de um apoio institucional singular e voltado para a construção e implantação dos programas da Atenção Básica.

4 METODOLOGIA

*“Uma flor nasceu na rua!
Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
Uma flor ainda desbotada
ilude a polícia, rompe o asfalto.
Façam completo silêncio,
paralisem os negócios,
garanto que uma flor nasceu.”*

Para estudar como vem sendo construído o processo do desenho do Apoio Institucional na CGGAB/DAB/MS, buscar-se-á compreender o processo histórico a partir de 2011, ano de implantação do Apoio Institucional na CGGAB. Além disso, faz parte da pesquisa compreender como o Apoio Institucional se constitui atualmente na CGGAB, quais sujeitos envolvidos nesse processo e como ele está inserido no processo de trabalho.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório, pois busca entender processos sociais que para além de serem quantificados necessitam ser analisados e compreendidos em sua totalidade de relações contraditórias. Na pesquisa qualitativa, os estudos descritivos buscam elucidar e explicar um fenômeno de uma determinada realidade, por meio de métodos aprofundados que descrevam as dimensões, as variações, a importância e seu significado. Os estudos exploratórios, por sua vez, procuram descrever e observar o fenômeno, explorando suas dimensões, como se manifesta e os fatores que se relaciona (MINAYO, 2008).

4.2 Local do estudo

Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

4.3 Coleta dos dados

A coleta de dados será realizada a partir da técnica da narrativa, compreendendo a mesma não como relato literal dos fatos, mas de uma forma mais ampliada. A narrativa não é uma verdade literal do ocorrido, mas a representação

que deles faz o sujeito e, dessa forma, pode ser transformadora da própria realidade (CUNHA, 1997). Além disso, Cunha aborda a importância de entender a relação dialética que se estabelece entre narrativa e experiência. Assim como a experiência produz discurso, este também produz a experiência. Há um processo dialético nesta relação que provoca mútuas influências (CUNHA, 1997). As informações coletadas nas observações serão registradas em um diário de campo, buscando documentar as vivências do pesquisador frente à situação estudada (GOLDIM, 2000). Tanto a narrativa quanto o diário de campo serão escritos a partir das reuniões de avaliação e planejamento da CGGAB sobre o Apoio Institucional e da reunião de Colegiado da CGGAB.

4.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa atenderá os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 196/1996, que estabelece as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). O diário de campo será arquivado pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo destruídos após esse período, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (2012).

Os resultados deste estudo serão apresentados à sociedade a fim de socializar a produção do conhecimento e contribuir, tanto para o trabalho dos profissionais, quanto para os processos de resistência e organização política da população na construção da efetivação do SUS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Reflexões sobre o apoio a partir da vivência na CGAB

*“Sua cor não se percebe.
Suas pétalas não se abrem.
Seu nome não está nos livros.
É feia. Mas é realmente uma flor.”*

Devido a minha história pregressa na saúde, desde quando entrei no curso de Especialização almejava estar próxima a coordenação que trabalha com apoio no DAB. A divisão dos especializandos para o tempo de vivencia nas coordenações foi por sorteio, e qual não foi minha surpresa quando retirei o papel que dizia que meus primeiros meses seriam na CGAB. CGAB, Coordenação Geral de Atenção Básica, coordenação que sempre se relacionou com os Estados e municípios e que por algum tempo, desde 2011, vem construindo essa relação por meio do Apoio Institucional. Já no período de cartografia vivenciei meu primeiro contato com o Apoio Institucional nessa coordenação, o momento era de discussão sobre a reestruturação do apoio, foi uma reunião muita intensa, permeada por conversas, falas e descontentamentos. É evidente que a discussão girou muito em torno do que se compreendia por Apoio e uma certa crise entre os trabalhadores sobre se faziam ou não Apoio. Foi aí que o desejo se concretizou na escrita pela busca da compreensão do que é ser/estar/fazer Apoio Institucional na esfera federal.

Ao refletir sobre o processo de implantação do Apoio Institucional na coordenação, entendi que parte da crise dos trabalhadores, se fazem ou não apoio, vem da dificuldade de compreensão de quais elementos constituem o apoio no âmbito federal e no seu processo de trabalho, pois muitos apoiadores possuem experiência com Apoio, mas em esfera municipal e/ou estadual e não na federal. Essa crise, ou melhor, essa náusea produzida pelo novo fazer Apoio, ou ainda pela não discussão do que é fazer apoio a partir do espaço federal, tem potência de produção de uma flor, pois permite refletir sobre o processo de trabalho, sua finalidade e intenção. A partir do que vivenciei, ouvi, senti e conversei, me atrevo a trazer, nessas linhas a seguir, um pouco do processo de organização da CGGAB, a partir da implantação do Apoio Institucional.

5.2 A história do Apoio na CGAB

A experiência anterior com apoio dos trabalhadores que foram convidados a compor a CGAB foi fundamental no início da implantação do Apoio na coordenação, pois essas pessoas ao chegarem na CGAB encontraram um ambiente bem diferente e com sua experiência pregressa contribuem na reestruturação da coordenação.

Uma grande parte do trabalho destinava-se a formulação dos Cadernos de Atenção Básica e análises de propostas de projetos de implantação de programas. Atualmente existe um coordenação específica para avaliar e elaborar os pareceres com relação as propostas de implantação de ESF, como também o programa Requalifica UBS. O objeto central da CGAB passou a ser a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e em 2011 surge o convite para assumir o desafio de implantar o apoio na CGAB. Até a implantação do apoio, os trabalhadores da CGAB eram considerados referências para os estados. Essa reorganização das pautas e das agendas na coordenação causou um sentimento de esvaziamento nas pautas desta, gerando uma crise em alguns trabalhadores.

Nem todos trabalhadores aceitaram a condição de possíveis mudanças do período e muitos trocaram de coordenação e ou departamento, por não se sensibilizarem com tal proposta. A reorganização não foi verticalizada, foi um processo que envolveu muito amadurecimento dos trabalhadores desta equipe.

Muitos trabalhadores foram convidados a compor a equipe da CGAB, devido a suas experiências prévias de apoio, principalmente no fazer/ser apoio do Estado junto aos municípios. Muitos trabalhadores avaliam que houve um salto positivo na construção do vínculo e da relação com os gestores estaduais e municipais.

Buscando quadros com experiências prévias e também outras vivências de dentro da própria instituição é importante ressaltar que o DAB não foi o primeiro local a implantar o apoio no MS, antes houve a experiência na Política de Humanização do SUS e o Apoio Integrado. A partir dessas experiências vivenciadas no MS e com a chegada de uma nova direção do Departamento de Atenção Básica, se reconfigurou o modo de fazer gestão com os estados e municípios, reorganizando o processo de trabalho da CGAB. A relação com os estados passou por uma mudança de formatação, com o tempo, o apoio passa a ter forma, território e interlocutores. Segundo os trabalhadores, o momento de maior materialização do apoio foi em meados de setembro e outubro de 2011 com as oficinas do primeiro ciclo do PMAQ

(Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). O PMAQ foi um canal com os territórios e gestores, disparou demanda e possibilitou produzir relações no apoio, pois havia um objeto de trabalho definido, a implantação de um novo programa, o qual sintetizava a PNAB.

Ao mesmo tempo, gerou alguns questionamentos por parte dos trabalhadores com relação a que apoio estavam fazendo por não utilizaram todos elementos que antes usavam no apoio estadual as regionais de saúde ou ainda no apoio municipal com as equipes. Foi a partir desse momento também que relacionei o poema de Drummond, a flor e a náusea com o apoio institucional. O apoio compreendido dentro da perspectiva de uma nova maneira de fazer gestão, que é construído em instituições de saúde, que enfrenta dificuldades por estar já acostumado com a gestão verticalizada, com imposição de regras do trabalho e processos de trabalhos engessados, mas que tenta nesse nauseante cotidiano, romper, transformar. Nessa náusea brota o apoio enquanto uma flor ainda que feia, por enfrentar vários questionamentos, por não ser um conceito compreendido por todos, por enfrentar questionamento de sua efetividade, mas que produz novos horizontes por trazer consigo uma nova visão de gestão e de construção coletiva. Permite mesmo com toda náusea de questionamentos e desafios florescer em espaços institucionais e proporcionar reflexões que possam possibilitar ações de transformação no modo de fazer o trabalho numa perspectiva mais coletiva.

5.3 A potência do Apoio Institucional na CGAB

Ainda se faz necessário avançar no processo de educação permanente na equipe demonstrando a potência da estratégia. Aí está uma das tantas potências que o Apoio Institucional possui, que é possibilidade de construir uma formação para e com o trabalhador que implique os sujeitos com a construção da realidade, para além dos muros científicos, a partir da concretude do dia-a-dia, além disso, pensar uma formação que não se restrinja ao arcabouço técnico-científico que configura os diversos núcleos profissionais, pois o trabalho em saúde se dá essencialmente por meio da relação e no encontro entre pessoas (GASTÃO, 2013).

Ao mesmo tempo que se queria fazer diferente, eu vejo que houve essa inabilidade mesmo, de fazer a oferta até de educação permanente aos trabalhadores que já estavam no CGGAB. Em uma conversa ouvi a seguinte frase “tu enquanto

apoiador está enquanto interlocutora de uma gestão, no caso dura, como é o Ministério da Saúde, com todos os problemas, e mesmo assim, é preciso dialogar com os problemas da saúde e fazer proposições.” Ou seja, existe a necessidade da constante reflexão e busca por conhecimento e novas ferramentas para o trabalho, e assim a educação permanente seria fundamental nesse processo e o apoio um disparador desse processo. Ao falar em educação Meszaros (2008), reflete sobre o papel da mesma, considerando-a soberana, tanto para a elaboração de estratégias apropriadas e adequadas para mudar as condições objetivas de reprodução, como para a auto mudança consciente dos indivíduos chamados a concretizar a criação de uma ordem social metabólica radicalmente diferente.

Outro ponto importante da organização do trabalho na CGAB é a divisão do trabalho entre frente e o apoio. Como mencionei anteriormente os trabalhadores nessa coordenação, assumem atualmente o apoio a um estado e trabalham em uma ou mais frentes, variando conforme a demanda e/ou necessidade. O trabalho da frente está relacionado a formular, monitorar e prestar assessoria sobre o programa. Para ficar mais claro, cito um exemplo, da Frente Gestão do Trabalho, da qual por um tempo fiz parte, envolvia pensar sobre a remuneração por desempenho e a implantação e acompanhamento do Programa Mais Médicos e Programa de Valorização do Trabalhador da Atenção Básica (PROVAB) no território brasileiro. Existe uma potência muito grande quando há a dobra apoio/frente, pois o trabalhador que formula ao fazer apoio, conhece o território, se aproxima da realidade e possui elementos de análise da mesma para agregar no processo de formulação e de monitoramento dentro das frentes de trabalho. O apoiador tem uma articulação com os territórios que produz maior efetividade na formulação e na implantação dos programas e políticas, no caso, na Atenção Básica.

Ainda sobre potências, o apoio por se efetivar no encontro com o outro e por trabalhar com a autonomia dos sujeitos, tem como consequência o empoderamento, permite empoderar os atores locais com relação a gestão da Atenção Básica. A potência se concretiza no estar junto, desfazer a figura do Ministério da Saúde, historicamente distante e fria, e construir no território propostas de efetivação da política de Atenção Básica. É uma reconfiguração da relação interfederativa, uma outra forma de se relacionar com estados e municípios.

5.4 O Apoio Institucional na Gestão Federal

Ainda sobre o questionamento do fazer ou não apoio na CGAB, outro elemento que deve-se analisar é o grande fetiche em torno do Apoio Institucional. Como são muitas linhas teóricas que discutem o tema, criou-se o mito de que só se faz apoio como está nos livros, e se não for aquilo, não é apoio institucional. É claro que os livros nos embasam, mas para além do conhecimento teórico o apoio envolve uma escolha institucional de estar/fazer junto. Esse é um dos grandes diferenciais da gestão do DAB a partir de 2011, pois o apoio contribui de uma forma expressiva na construção de políticas e programas mais condizentes com a realidade. Apoio é uma opção de gestão, é uma escolha não se faz sem ter pessoas, de optar por uma forma de fazer a gestão, em conjunto com os trabalhadores, assistência e gestão.

O desafio é a compreensão por parte dos trabalhadores que estão aqui, mas já estiveram lá, de um outro apoio institucional, do agregar a literatura sobre o tema com o desafio de construir outra forma de fazer. E também nessa caminhada de formular o que é ser/estar apoio no Ministério da Saúde e como materializar esse fazer na esfera federal. Analisar qual o território de atuação, seus atores no governo federal e pensar no como se relacionar de uma forma diferente com os estados e municípios, não autoritária e nem verticalizada. Isso precisa ser constantemente construído.

5.5 A disponibilidade necessária para ser/estar/fazer Apoio Institucional

Outra questão importante de trazer para a conversa sobre Apoio na CGAB é o perfil, ou melhor, o *ter a disponibilidade para*, termo construído a partir de uma oficina de apoio no MS. Existe toda uma concepção do que é ser/estar Apoio e a partir dessa concepção se pensa o fazer. Se o trabalhador não compreende essa forma de relação dentro da gestão, esse não consegue exercer o apoio institucional. Não estou dizendo que não é possível, mas que é preciso um intenso processo de educação permanente para conseguir aplicar os elementos do apoio, os quais envolvem o diálogo, a construção coletiva, além de um constante planejamento das ações em saúde.

Em uma roda de conversa sobre Apoio muitos trabalhadores trouxeram que acreditavam na existência de um perfil para o Apoio, e um dos principais elementos que indicaram ser fundamental é a experiência na assistência. Ser um trabalhador que vivenciou a concretude do sistema para então poder ofertar possibilidades no trabalho enquanto apoiador. Ter subsídios para operar a oferta, um exemplo seria, não só conhecer o PMAQ e os seus padrões de qualidade, mas ter vivenciado o cotidiano do trabalho em uma unidade, ter vivenciado o cuidado no espaço público. Outro elemento que os trabalhadores levantaram e acredito ser interessante sobre o que constitui o apoiador é o querer ser/estar/ fazer apoio. Acreditar na potência do apoio e “banciar” tal proposta, ter o convencimento que o Apoio produz cuidado a partir da democratização institucional e possuir o desejo de vivenciá-lo na prática.

Outra questão que faz parte dessa disponibilidade, e também envolve a educação permanente, no processo de vivenciar o apoio institucional é a necessidade de um amplo conhecimento sobre as políticas e programas de saúde. Não que o apoiador tenha que ter conhecimento de tudo, mas que vai estar sempre em busca de novos conhecimentos e informações sobre a política de saúde. O que muitos na CGAB chamam de perfil generalista, ou seja, ser apoiador envolve saber de forma geral sobre as portarias e ações em saúde. Onde encontrar as respostas das questões que surgem quando está com o gestor e onde procurar os recursos necessários para o trabalho, o apoiador não é um trabalhador especialista em um programa, mas sim um conhecedor da PNAB na sua totalidade. Isso também possibilita criar o vínculo com o gestor, a partir do momento que é disponibilizado algo concreto, como também a busca para as indagações do mesmo. É um processo de construção dessa relação, o gestor demanda, mas é necessário também chegar com alguma oferta e compreendê-la, até para não perder legitimidade.

Afinal o apoio precisa ter objeto, por mais que o saber não seja completamente construído, não dá para não ter objeto, chegar aqui e ser apoiador do nada. A chegada nos lugares, no diálogo com outros é com oferta, com conteúdo, representando uma instituição, demonstrando disponibilidade para buscar informações do que desconhece. “O nosso objeto aqui é a gestão da Atenção Básica”, como disse um dos trabalhadores da CGAB em uma reunião de equipe, os programas e ações, no âmbito nacional com os apoiados, os estados e municípios, gestores diretamente.

5.6 Desafios do Apoio Institucional na esfera federal

Outra questão que muito discuti com os trabalhadores da CGAB é considerar que a concretização do ser/estar/ fazer apoio no nível federal é a mais desafiadora. Porque o lugar, Ministério da Saúde, uma instituição onde ainda as relações são verticalizadas e historicamente construídas dessa forma. São muitas as demandas e a expectativa de operacionalização sobre o Ministério é muito grande, o que fortalece que exista essa lógica verticalizada, normatizadora e de controle ainda muito forte.

Implantar o apoio, com todo seu ideal, no espaço ministerial, com toda carga histórica de uma instituição verticalizadora, não é tarefa fácil, e gera conflitos. É importante reforçar a não negação desse conflito, mas buscar formas de lidar com tais situações, compreender e saber que o conflito faz parte desse processo institucional. Talvez falte mais reflexão sobre esse processo entre os trabalhadores, a crise que muitos vivem sobre fazer apoio, pode ser melhor apreendida a partir dessa reflexão e análise de conjuntura.

O fato é que diante de toda essa estrutura ministerial, há muitas dificuldades de se produzir novas formas de relações, a tensão e conflito faz parte desse contexto. A cobrança pelo cumprimento de metas estabelecidas é grande e faz parte do trabalho, e nem sempre o tempo da instituição é o mesmo tempo do processo relacional do apoio, o que gera questionamentos constantes sobre sua efetividade. A tensão oriunda desse processo não deve ser vista apenas como negativa, ao contrário, a tensão gerada por esse conflito de interesses é produtiva, por gerar resultados que não necessariamente produzem implantação de programas do Departamento, mas resultam na implicação dos gestores na discussão da Atenção Básica. “O fim de tudo não é o apoio, o fim de tudo é o objeto e o objeto não pode ser meramente descrito como resultado implantado, é a relação, nessa relação o processo vale mais do que o resultado.” Essa fala, ao meu ver, sintetiza o objetivo do apoio institucional na CGAB, demonstra a clareza de entendimento sobre o processo de trabalho, considerando os avanços e desafios de se fazer apoio na esfera federal.

Então trazer o apoio para esse espaço, colocar ele como uma forma diferenciada de fazer gestão e manter esse posicionamento desde 2011 é estar

permanentemente sendo questionado e cotidianamente vivenciar o desafio de implantar e fortalecer o apoio.

O ritmo da gestão é muito intenso, muitas vezes a forma que o apoio trabalha é muitas vezes vista de uma forma pejorativa atrelada a essa forma de resultados. Como construir informações, indicadores que averiguem uma certa eficácia do apoio, que o apoio dá certo, isso já foi pautado em todo o ministério.

Há também um desafio grande de organização do trabalho na divisão de tempo e dedicação entre frente e apoio muito discutida na coordenação. O trabalhador enquanto gestor de frente é muito mais pautado pela instituição, no sentido do tempo institucional, elaboração de portarias e criação de sistemas de monitoramento. Muitas vezes, a governabilidade sobre esses tempos foge da decisão do trabalhador, 'a norma vem lá de cima', e tem que ser feita, se não haverá perda de recursos e impactos nas questões políticas e institucionais. A questão do tempo para o formulador é muito mais cruel, os atravessamentos acontecem e mediar eles nem sempre é tarefa fácil, além dessa mediação há também a divisão do tempo com o ser/estar/fazer apoio com o estado, o que envolve disposição para viagem, planejar agenda, tempo para articulação.

Esse é um dos pontos que levanta o questionamento do como fazer apoio na gestão federal. Como trabalhar as prioridades do território e da instituição, que nem sempre são as mesmas. Quando saber definir a prioridade entre demanda da frente e demanda do apoio, sendo que um está atrelado ao outro. São questionamentos presentes no cotidiano do trabalho que precisam ser pautados em equipe buscando uma reflexão sobre a organização do trabalho, construir um planejamento coletivamente das ações prioritárias focado no fortalecimento da Atenção Básica e tendo como base as potências existentes no trabalho das frentes e do apoio.

E o apoio sempre será questionado, a todo tempo. Como encontrar formas de demonstrar a importância, relevância do apoio na produção de alguns resultados e que coincidam com algumas expectativas da gestão maior, do gestor direto. Encontrar essas formas de traduzir o apoio diferente, ou mais objetivo e menos subjetivo é outro grande desafio.

Aqui a náusea se faz presente intensamente, essa tensão e esses conflitos são nauseantes e produzem angústias e questionamentos nos trabalhadores, dúvidas do como fazer e se é possível, mas como isso é um processo de construção a náusea também produz flores, quando o trabalhador consegue avaliar que o

gestor estadual compreende melhor a política de Atenção Básica ou ainda quando há o aumento da cobertura de ESF. Não estou querendo colocar a total responsabilidade da implantação e fortalecimento da AB nas mãos dos apoiadores, mas sim dizer que o Apoio Institucional contribui nessa caminhada.

Não se pode mensurar um bom apoiador pela implantação de mais unidades no território que atua, até porque a análise de conjuntura se faz presente avaliando questões políticas nesse processo. Mas o maior envolvimento, maior implicação dos gestores municipais e/ou estaduais no processo para que eles mesmos definam a forma de implantar e implementar os programas no Estado, refletem a efetividade do apoio.

O desenho atual do apoio na coordenação é um apoiador para cada estado. A atual coordenação acredita que essa organização produz mais vínculo, permite uma relação com mais intensidade no território, e torna mais possível conciliar demandas providas do território com as da instituição federal. Um desenho que ainda está em fase de experimentação, mas que contou com amplo apoio dos trabalhadores.

O processo de organização do trabalho da CGAB está diretamente estruturado a partir da relação interfederativa instituída. Desde 2011 acontece através do apoio institucional. O ser/estar/fazer Apoio na CGAB é constituído a partir da relação do apoiador com o território, e fundamentalmente de sua relação com as frentes de trabalho da coordenação. A partir desse exercício de incentivar implantação no território, o apoiador na CGAB não trabalha somente com a implementação da política, como também, contribui na produção e construção da política e dos programas, por meio de elaboração de notas técnicas e diretrizes. Para isso, o apoiador necessita ter a disponibilidade de compreensão sobre o conceito apoio institucional, buscando construir horizontalmente a relação da gestão federal com os estados e municípios. Além disso, é importante ter a vivência na assistência e/ou na gestão da política, pois essa experiência propicia mais possibilidades de entendimento e articulação com os gestores.

6 COMENTÁRIOS FINAIS

*“Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde
e lentamente passo a mão nessa forma insegura.
Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se.
Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico.
É feia. Mas é uma flor. Fudou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.”*

Trazer o apoio institucional para a discussão como uma estratégia potente de transformação da organização do trabalho e de fortalecimento da Atenção Básica na caminhada pela efetivação do SUS foi o objetivo desse trabalho. Mas para além disso, acredito ser importante revelar que a intenção maior é demonstrar que existem brechas dentro do sistema para buscar novas formas de construção social. Acredito que o apoio institucional é uma das tantas possibilidades de construção coletiva para transformação do cotidiano nauseante que ainda vivemos. A partir da reflexão pautada pela luz da práxis é possível apreender a realidade, e então tomar consciência do processo histórico da sociedade bem como das instituições nas quais estamos inseridos, permeada pelas contradições da sociedade capitalista que vivemos. Enxergar e sentir a náusea é fundamental no processo para projetar e então forjar novos arranjos e construir outras relações sociais, projetar flores, ainda que feias.

A compreensão crítica de si mesmo é obtida, portanto, através de uma luta de 'hegemonias' políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo, finalmente uma elaboração superior da própria concepção do real. A consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica (isto é, consciência política) é a primeira fase de uma ulterior e progressiva autoconsciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam. Portanto, também a unidade de teoria e prática não é um dado de fato mecânico, mas um devir histórico (...) É por isso que se deve chamar a atenção para o fato de que o desenvolvimento político do conceito de hegemonia representa, para além do progresso político-prático, um grande progresso filosófico, já que supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma ética adequada a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos (GRAMSCI, 1999, p.103-104).

Após a vivência na CGAB cheguei ao entendimento que o apoio na esfera federal está em defesa de algo, e essa coisa que ele defende é o que ele tem de oferta. Esse algo, essa coisa, por vezes tensa e conflitante, causadora de náuseas, é o fortalecimento da Atenção Básica, por meio de programas e políticas do MS. A náusea se traduz na difícil atividade de produzir vínculo, de implantar programas, de

construir agendas, mas que produz a flor. Flor ainda que feia, por não estar completa, por possui falhas, é uma flor, cria e recria novas formas de relações, produz cuidado e fortalece os sujeitos na sua autonomia, flor essa chamada de Atenção Básica. Ao mesmo tempo que esse apoiador tem ofertas ele tem a abertura, a disponibilidade de escutar o outro no seu território, com suas vivências e assim retornar para a instituição nauseante e formular de forma contextualizada novas possibilidades, novas flores.

É um grande desafio organizar o trabalho de uma coordenação a partir do apoio institucional em uma instituição historicamente verticalizada em suas relações, o apoio será constantemente questionado e deve sempre o ser. Pois assim incita a permanente reflexão sobre o processo de trabalho e como induzir políticas e programas que garantam a produção de cuidado no encontro entre os sujeitos dentro do Sistema Único de Saúde.

Esse trabalho não conseguiu trazer todos os elementos que compõem o processo de organização da CGAB, nem toda a potência do apoio institucional, no entanto creio que esse trabalho pode incentivar outros a pensar sobre o tema e indagar-se mais sobre novas formas de fazer gestão.

Nas palavras de Sartre tento demonstrar o quanto acredito ser importante a constante análise de conjuntura, a compreensão da náusea e da flor.

Não posso dizer que me sinta aliviado nem contente; ao contrário, me sinto esmagado. Só que meu objetivo foi atingido: sei o que desejava saber; compreendi tudo que me aconteceu a partir de janeiro. A náusea não me abandonou e não creio que me abandone tão cedo; mas já não estou submetido a ela, já não se trata de uma doença, nem de um acesso passageiro; a Náusea sou eu. (A NAUSEA, SARTRE, 1932, p.169).

Todos temos a potência e a possibilidade de transformar o cotidiano ao qual estamos vivenciado, todos somos náusea e flor, ao mesmo tempo e constantemente. Instituídos e instituintes dos processos e das relações sociais que construímos e/ou somos inseridos.

Por isso reforço que o ainda que feia, o apoio institucional, rompe o asfalto, o tédio, o ódio e o nojo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à saúde da Família. *In: Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. pp.783-787.

BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 6. ed. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

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

BRASIL, **Lei nº 8080 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. (Lei que se refere à organização enquanto atribuições e competências das várias instâncias no Sistema Único de Saúde). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, vol. 128, n.182, p.18.055-18.055, 20 set. 1990. Seção I, pt. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no SUS. **Serviço Social e Sociedade**, n.88, p.75-98, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n109/a08n109.pdf>>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde: um modo singular de construir política pública. **Serviço Social e Sociedade**, n.87, p.132-45, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. São Paulo, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e formação Paideia e co-gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº196/96, versão 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

CUNHA, Maria Isabel da. Conta-me agora!: As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Revista da Faculdade de Educação**, v.23, n.1-2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551997000100010>

DEMO, Pedro. Cidadania tutelada e cidadania assistida. Campinas: Autores associados, 1995.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Desafios de la participacion social por la igualdad e inequidades de la participacion in participacion, democracia y salud**. 1 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011, p. 289-312.

FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaurade Vasconcelos Costa (Org.). **Participacion, democracia y salud**. 1 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: DACASA, 2000. 180 p.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.v.1.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b.v.3.

GUERRA. Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

JUNIOR, Aylton Paulus. Políticas públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para Saúde**, v.8, n.1, p.13-19, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf>

JUNIOR, Nilton Pereira. **O Apoio Institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão**. Dissertação de mestrado. Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, 2013.

LAGO, E.R.L; CRUZ, R.R.. Atencion Primaria de Salud y medicina general integral. *In: SINTES, R.A.. Temas de medicina general integral*, vol.I, Salud y medicina. Havana: Editorial Ciencias Médicas, 2001. pp.7-28

MARX, Karl. **O capital**. 12.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

MESZAROS, István. **A educação para além do capital**. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MOTA, Ana Elizabete. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NUNES, Gustavo. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese de Doutorado – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**; contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTAELLA, Lucia. **O que é semiótica?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

SARTRE, Jean Paul. **A Náusea**. – [ed. Especial].-Rio de Janeiro: Nova Fronteira,2011.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria incidência no Brasil, influência no serviço social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.