

O APOIO NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SANTA CATARINA: A POTÊNCIA DOS “APOIADORES EM REDE”

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior¹

RESUMO

O presente artigo apresenta a experiência do fortalecimento da rede de apoiadores da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina na perspectiva da construção de espaços de cogestão. Objetiva-se materializar uma produção sobre as ações e estratégias relacionadas à construção da noção de apoio (apoio institucional e apoio integrado) e de redes de atenção à saúde no âmbito das políticas públicas de saúde em Santa Catarina. O percurso metodológico consiste na busca de algumas pistas para encontrar os modos de interferência e de contágio da função apoio na construção de projetos de reorganização dos processos de trabalho e ativação de redes. Realiza-se uma contextualização do Sistema Único de Saúde a partir de suas diretrizes e princípios e em seguida a constituição da Política Nacional de Humanização no Brasil. Para o debate, expõem-se dois conceitos fundamentais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde: rede e apoio. No desenvolvimento, apresenta-se uma breve retrospectiva do cenário da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina, contextualizando a constituição, a formação, a organização e as mudanças da Humanização no Estado. E, conclui-se, indicando o valor e a potência da função “apoiadores em rede” para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Humanização da assistência. Política de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista ético-político-social do povo brasileiro. Considera-se como fruto da confluência da participação popular nas decisões públicas, da reflexão de intelectuais sobre o modelo de atenção em saúde e da abertura política do País à democracia, oportunizando-se mudanças de paradigmas na saúde. Rompe-se um modelo de assistência pautado na garantia de acesso a poucos – trabalhadores formais que contribuíam para a previdência social – criando-se um sistema universal.

Esta trajetória foi marcada pela promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, explícitos nos art. 196 a 200, e pelas Leis n°.8.080 e n°.8.142, respectivamente assinadas em 1990, e consolida a saúde como direito de todos e dever do

¹ Psicólogo, Residência Integrada em Saúde (GHC/POA), Mestre em Educação (UFSC) e Doutorando no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Consultor da Política Nacional de Humanização (PNH). E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Estado, cujo fundamento é o acesso universal. Paulatinamente, as diretrizes e os princípios norteadores do SUS foram se evidenciando.

Exemplificativamente, o art. 198 da Constituição Federal dispõe que as ações e serviços de saúde passam a constituir uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e participação popular. A seu turno a Lei Federal nº 8.080/90, em seu art. 7º trata dos princípios balizadores: universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência; a equidade na assistência à saúde; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; o direito à informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde, entre outros.

Há mais de duas décadas os desafios no fortalecimento do SUS são postos em análise e discussão, identificando as diferentes formas de seu desenvolvimento. As práticas e as necessidades no âmbito da saúde colocam em constante questionamento os caminhos e as decisões tomadas durante a organização dos arranjos constituídos nas diferentes esferas de governo e, sobretudo, quando se atenta para os efeitos e interferência entre gestão, atenção e usuários.

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) realizou uma aposta na constituição de uma política pública de saúde para o enfrentamento e superação dos modos burocratizados e tradicionais de gestão e cuidado em saúde ao propondo uma política inclusiva e resolutiva, através da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH considera que existem construções e experimentações desenvolvidas na política pública de saúde em muitos planos, âmbitos e lugares que permitem afirmar que se avançou tanto na construção de novos modos de gerir, como na constituição de novos modos de cuidar, em conformidade com a base discursiva do SUS (PASCHE, 2009, p. 704).

Com efeito, a partir da concepção das experiências do “SUS que dá certo” elaboram-se os princípios, as diretrizes, os dispositivos (instrumentos de ação) e o método da tríplice inclusão da PNH (BRASIL, 2008). Nesse sentido, a perspectiva da PNH é buscar a inclusão de pessoas, grupos e coletivos para qualificar a atenção e gestão do SUS, tornando-lhes coautores no processo de produção de saúde.

Atualmente a PNH está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do MS. Entretanto, já se constitui como área técnica de outros espaços como, por exemplo, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES). Além desse arranjo institucional, conta com a Rede HumanizaSUS, consistente numa rede social de pessoas Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 107-119, jul./set. 2013.

interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS com o objetivo de criar uma rede de colaboração, que permita o encontro, a troca, a afetação recíproca, o conhecimento, a expressão livre, a escuta sensível, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte de conversa e, principalmente, a participação de todos.

A fim de ampliar o debate relacionado à PNH, tem-se como objetivo materializar uma produção sobre as ações e estratégias relacionadas à construção da noção de apoio (apoio institucional e apoio integrado) e de redes de atenção à saúde no campo das políticas públicas de saúde em Santa Catarina.

2 APOIO INSTITUCIONAL E REDES EM SAÚDE

A PNH oferta, desde sua concepção, um modo de operar singular, pautado no apoio institucional. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações, na articulação e composição de conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão (BRASIL, 2008). O conceito de apoio é um método de operar/agir, isto é, uma postura metodológica e analítica. Apoio não se refere apenas a comandar objetos sem experiências ou interesses, mas, ao contrário, procura articular objetos institucionais aos saberes e interesses dos usuários e trabalhadores (CAMPOS, 2003).

O termo *Apoio* indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe 'objeto' da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo (CAMPOS, 2003, p. 87).

O apoio institucional constitui-se como ferramenta, função e metodologia de trabalho que tem como principal objetivo promover a democracia institucional. O apoiador configura-se a partir desse paradigma ético-político como aquele que deverá “organizar as organizações” para produção de saúde e de subjetividade, pois conforme afirma Campos (2003), as instituições de saúde também produzem sujeitos. Poder-se-ia, ainda, afirmar que o apoiador é o agente mediador para movimentos desterritorializantes em instituições de saúde.

O método “apoio institucional” promove espaços coletivos para diminuir a assimetria de poderes entre trabalhadores e gestores, bem como entre trabalhadores e usuários. Ampliando-se a capacidade de envolvimento tem-se a necessária constituição de redes de Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 107-119, jul./set. 2013.

saúde, isto é, uma estratégia para qualificar a atenção e gestão do SUS. A rede de atenção à saúde é um conjunto de serviços e equipamentos de saúde dispostos em determinado espaço geográfico. Entretanto, a complexidade de uma construção de redes extrapola a concepção de ofertas de serviços em uma unidade territorial, pois exige a implementação de tecnologias na qualificação dos encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes (BRASIL, 2009b).

O MS atento às necessidades de superar as dificuldades existentes na fragmentação das ações e serviços de saúde, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 busca qualificar a gestão do cuidado propondo algumas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A partir do reconhecimento da existência de um modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centralizado no cuidado médico e a partir da oferta, propõe-se a análise de um cenário caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades em saúde. Aí residem os desafios para a sustentabilidade dos enfrentamentos futuros no SUS que ganham dimensionalidade na política de governo.

O atual cenário é marcado por incentivo do MS para o trabalho em Rede a partir do Apoio. Esses novos formatos de relação interfederativa tentam conjugar com as diferentes concepções teóricas e práticas, ao mesmo tempo em que constituem outros modelos organizativos. Assim, entende-se como necessária a apresentação e análise das interlocuções da PNH com a noção de apoio e de rede em sua inserção no SUS, pois mesmo na tentativa de construção cada vez mais coletiva e ampliada, há divergências e direcionamentos que podem ser identificados nos arranjos organizativos. No contexto macropolítico de formulação de política pública a concepção de “rede” ganha importância para a concepção do cuidado em saúde.

A rede é utilizada para indicar a necessidade de conexões, mas as redes também tendem à produção de suas próprias normas e ao isolamento. Esse é um forte argumento para o desenvolvimento de redes a partir de inovações nas formas de gestão territorial do SUS. (RIGHI, 2010, p. 63).

De acordo com Righi (2010), o conceito de redes de saúde ou, ampliando sua abrangência, de redes de produção de saúde, tenta mediar a tensa coprodução de redes assistenciais (com suas normas operacionais) e os territórios.

Dessa forma, a assimilação do conceito de rede representaria uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado em processos mais flexíveis. É, portanto, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo. (RIGUI, 2010, p. 65).

Concomitantemente, o MS a partir do Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei Federal nº 8.080, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa tem proposto um tipo de trabalho em rede. Considera, as mencionadas Redes de Atenção à Saúde (RAS), como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011). E, além disso, utiliza-se do método do apoio, intitulado como “Apoio Integrado”, para potencializar as relações interfederativas.

O aludido Decreto, em seu art. 7º, considera que as Redes estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde que para ser instituída, conforme o art. 5º diz que a Região de Saúde deve conter no mínimo ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde.

Destacam-se quatro grandes frentes: Rede Cegonha, relacionada à atenção à saúde da mulher e da criança; Rede de Atenção Psicossocial para o enfrentamento do uso abusivo e dependência de crack e outras drogas; Rede de Atenção a Urgência e Emergência; e, Redes de cuidados à Pessoa com Deficiência. De tal modo, a organização e articulação dessas e outras redes de ações programáticas estratégicas do MS necessitam de uma cooperação técnica para sua operacionalidade.

Esse modo de organização do SUS repercute de tal forma que o objetivo deste trabalho é ampliar a capacidade de análise sobre a noção de apoio e de rede, propondo algumas pistas e interferências da configuração e estruturação do modo de operar da PNH no Estado de Santa Catarina.

A partir do trabalho *in loco* do consultor/apoiador institucional da PNH durante anos de 2012 e 2013, através de encontros/rodas de conversa/reuniões formais e informais com atores (in)diretamente envolvidos com o processo constitutivo da PNH em Santa Catarina tais como, ex-coordenadoras da Divisão de Humanização do Estado de Santa Catarina, Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 107-119, jul./set. 2013.

trabalhadores de saúde, gestores municipais, outros consultores e apoiadores PNH do estado, tem-se um percurso metodológico como uma aproximação de abordagem cartográfica. Apoia-se em alguns pesquisadores que investigam processos nas áreas de saúde, educação, clínica, grupos e instituições e experimentam um método processual, destacando a importância de “ir a campo”, experimentar dispositivos, habitar um território, deslocar pontos de vista e praticar a escrita, levando em conta a produção coletiva do conhecimento (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). Portanto, essa escrita trata-se de uma produção de lugar e tempo de espaços coletivizados, parcial e inacabada.

3 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SANTA CATARINA

O processo de construção da PNH no Estado de Santa Catarina, assim como no restante do País, teve início com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), desenvolvido pelo MS entre os anos 2000 e 2002.

O PNHAH adotava como princípio fundamental a multiplicação de ações que visavam consolidar serviços mais humanizados no âmbito hospitalar. A inserção da PNHAH no Estado propiciou a criação de Grupos de Trabalhos em Humanização (GTH) nos principais hospitais estaduais. Neste período, a Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais (SUH) ocupava o lugar representacional na estrutura organizativa no Estado. Em 2003, após a transformação da dimensão de “programa” para uma concepção de “política”, as discussões estavam restritas a alguns grupos de trabalhos hospitalares, ainda na constituição de uma articulação em rede.

Deve-se considerar que o Estado de Santa Catarina, apesar de ter na cidade de Florianópolis sua capital, possui em outras três cidades (Joinville, Criciúma e Blumenau) centros de poder político e administrativo.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) arranja-se a partir de nove macrorregiões de saúde. Além disso, há 14 (quatorze) hospitais sob a gestão direta da SES, concentrados predominantemente na macrorregião metropolitana de Florianópolis. O apoio no Estado de Santa Catarina iniciou-se através da inserção de um consultor regionalizado (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) do MS ainda sobre a rubrica do PNHAH.

Foi somente em março de 2005 que a PNH foi oficialmente lançada em Santa Catarina, em um grande evento, organizado para receber os novos gestores municipais. Nesta ocasião, foram apresentados os princípios e

diretrizes da PNH e, principalmente, sua forma de operar, convocando gestores, trabalhadores e usuários para discutir uma transformação nos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde. (RIBEIRO, 2006, p. 3).

O evento citado trata-se do I Seminário de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde da Região Sul (HumanizaSUL), uma iniciativa do MS que ocorreu na capital catarinense. Na ocasião, houve participação de aproximadamente 350 pessoas envolvidas com as práticas de humanização tais como: gestores e trabalhadores da saúde, representantes de comitês, integrantes de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) do QualiSUS, instituições de formação e de pesquisa; e, o Conselho de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (COSEMS). Tal evento foi um marco político significativo na trajetória de consolidação da política no Estado e impulsionou uma série de articulações locais.

Considerando-se a necessidade de capilarização da PNH nos territórios estaduais, em 2006, a PNH realizou, no âmbito nacional, o curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, através de uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH, Universidade Federal Fluminense (UFF) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/ENSP/EAD). A finalidade era ampliar o coletivo da PNH, multiplicando seus atores, por meio da constituição de um grupo de 14 formadores com a função de acompanhar o processo de formação-intervenção de 120 apoiadores institucionais.

A seleção dos participantes ocorreu de acordo com a vinculação desses profissionais com o SUS; a trajetória em processos de humanização do SUS; a experiência em apoio institucional e o conhecimento da região em que atuavam os profissionais de saúde (HECKERT; NEVES, 2007). A partir da constituição da proposta formativo-interventiva, agenciamentos e planos de forças, tornou-se possível a ampliação do número de consultores do MS no território de Santa Catarina, ingressando duas consultoras.

No mesmo ano, diversas oficinas e seminários também foram realizados no Estado de Santa Catarina. Hospitais públicos, “contaminados” com a difusão dos GTHs, começam a problematizar de que modo consolidar suas ações no âmbito institucional. E, além da inserção na esfera hospitalar, foram concretizados seminários de humanização para diferentes níveis de complexidade em saúde em diferentes regiões, tais como: Médio Vale do Itajaí, Timbó e Lages.

Do ano de 2007 até 2009, através da experiência do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização e Gestão e da Atenção à Saúde em Santa Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 107-119, jul./set. 2013.

Catarina, houve importante movimentação para o fortalecimento e contágio da PNH no Estado.

O curso foi o resultado da parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESP/SC), o Departamento de Educação Permanente em Saúde do Estado de Santa Catarina (DEPS) e o MS. Na oportunidade, propôs-se como metodologia de trabalho com os apoiadores a criação de Unidades de Produção (UP), uma referência à proposta de desfragmentação das organizações e dos processos de trabalho (BRASIL, 2009a). Na ocasião, teve-se a representatividade institucional da PNH no Estado através da Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), surgindo a “Divisão de Humanização”.

No final do processo de dois anos de trabalho, divididos em 10 meses de curso para os apoiadores e, posteriormente, análise e sistematização do que havia sido produzido, foram formados 57 apoiadores distribuídos em 29 municípios. Então, produziu-se a construção e execução dos Planos de Intervenção (PI) de cada um dos formados. Esse acontecimento ocasionou um “aquecimento da rede”, pois propiciou a ampliação de espaços coletivos distribuídos em serviços e municípios distintos.

Em 2011, houve uma iniciativa de algumas instituições² em construir um estudo, ainda em andamento, para tratar da avaliação dos processos de formação em humanização no SUS nos territórios onde já havia sido realizada a constituição de cursos de formação de apoiadores, podendo interseccionar suas experiências para ampliar a discussão. Essa investigação poderá trazer uma contribuição detalhada sobre os efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde no SUS.

As estratégias metodológicas para a inserção do apoiador, num processo de movimento de coletivos, propõe a oferta de tecnologias para submeter a instituição à análise, buscando novos modos de agir e produzir das organizações, levando em consideração os pressupostos da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos. E, de tal modo, a PNH aposta na proposta da indissocialidade entre intervenção e formação para discutir os processos de trabalho, as vivências no cotidiano dos serviços (PAVAN et al, 2010).

Tem-se, portanto, a constituição de uma demanda de produção, um interesse no suporte (conceitos, ferramentas, projetos, etc.) para trabalhadores, gestores e usuários, ainda

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Assis/SP e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

que o campo de intervenção (perímetro que delimita o espaço dentro do qual se planejou e executou estratégias) opere-se numa esfera específica para a transformação das propostas de intervenção. Desse modo, a formação-intervenção cria um arranjo que propicia a oferta na inclusão de outros atores relacionados à PNH.

Nesse sentido, considerando-se uma variabilidade de intensidades, o propósito do encontro entre diferentes atores envolvidos com a saúde (usuários, trabalhadores e gestores) é ampliar democraticamente as organizações de saúde – um trabalho como espaço de produção de sujeitos mais autônomos e corresponsáveis – a cogestão (BRASIL, 2009a).

Cotejando-se tal consideração com uma nova forma de disposição das organizações com exercício de cogoverno, onde o partilhamento dos processos decisórios e de responsabilidades apresentam-se com os distintos interesses e desejos para a oportunidade de consensos, ainda que provisórios, oportuniza a aproximação entre política e clínica, entre gestão da saúde e produção de saúde.

4 APOIO DE REDE EM REDE: QUAIS ABERTURAS?

Conforme Vasconcelos e Morschel (2009), a potência do apoio institucional encontra-se em sua posição “entre” instituições, estabelecimentos, serviços, atenção e gestão, trabalhadores e usuários, e na proposição de aberturas de sentidos instituintes através de práticas inéditas na construção de redes discursivas e não discursivas.

Compondo com o que propõe a PNH, entendemos que o apoio institucional abre a possibilidade de funcionar como articulador, como conector, produzindo novos territórios, borrando, embaralhando lugares previamente constituídos como aqueles convencionalmente denominados, identificados, dicotomizados como lugares de gestão e de atenção, de trabalhadores de saúde e de usuários (VASCONCELOS; MORSCHER, 2009, p. 734).

Campos (2003) considera quatro lugares institucionais para a realização do apoio: o lugar do poder institucional; o lugar do suposto saber; o lugar de suposto saber ao mesmo tempo de poder institucional; e, o lugar da paridade no coletivo. Nesse sentido, um dirigente de uma organização apoiando seus dirigidos, estabelece-se um lugar do poder institucional. Caso um apoiador seja demandado em função de seu conhecimento, parte-se de um lugar de suposto saber. Se um profissional clínico apóia seus usuários, o lugar constitutivo é o de

poder e saber. E, em cogestão, se um membro apóia outro, configura-se um lugar de paridade ou horizontalidade no coletivo.

Nessa perspectiva, as relações de saber-poder que se exercem numa organização podem surgir em diferentes situações e impõe um questionamento: de onde se pode realizar o apoio, pergunta Campos (2003). Sem respostas óbvias, a experimentação de implementação do apoio como metodologia no modelo de atenção/gestão tem ocorrido no Brasil e demonstrado suas vantagens e desvantagens.

Oliveira (2011) afirma que alguns municípios brasileiros criaram cargos de apoiadores institucionais com funções mais ou menos definidas e atribuições de gestão formal. Mantém-se uma relação hierarquizada sobre os serviços de saúde, seus gerentes e equipes ao mesmo tempo em se dispõe de uma chefia direta. O apoiador passa a ter duplo papel de gestor: de um lado acumulando a atribuição formal de gerência (define “apoiados” como subordinados) e, de outro, a relação apoiador-apoiado. E, tais experiências têm indicado ao apoiador a constituição de uma relação com seus apoiados como um mediador formal.

A experiência de apoio no âmbito da atenção primária em saúde no Município de João Pessoa, no Estado da Paraíba, por exemplo, delineia a absorção de um arranjo de gestão através do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) para subsidiar um apoio institucional (GARCIA JÚNIOR; NASCIMENTO, 2012). Isto é, a gestão pública em saúde apresenta configurações que subsidiam algumas contratualizações do apoio a partir do lugar saber-poder. Se estes arranjos não se delineiam nas organizações levando em consideração o sistema de cogestão corre-se o risco de não alcançar o lugar de paridade coletiva. De tal modo, a gestão dos espaços coletivos poderia demandar um agente externo capaz de prestar apoio a uma grupalidade, contratualizando seu suporte e manejos.

Destarte, em se tratando da configuração das redes de atenção à saúde, a sutileza encontra-se na equalização das frentes de trabalho em sua diversidade de arranjos organizativos e densidades tecnológicas. Com efeito, trabalho do aqui intitulado ‘apoiador de rede’ demanda uma articulação sobre dimensões de saberes-poderes que empreendidos no campo de ação poderão exigir uma atenção percuciente. Ademais, a indissociabilidade entre saber-poder, o lugar interinstitucional pode sinalizar uma imensurabilidade e uma intangibilidade.

5 CONCLUSÕES

O apoio na PNH versa sobre um compromisso ético-político pela garantia de espaços de cogestão, ainda que os espaços nem sempre privilegiem decisões e responsabilidades compartilhadas.

O exercício de aproximação com outros. Outros diferentes: outras políticas, outros setores, outros departamentos, outras estruturas organizacionais e outras redes na gestão pública. Esse exercício permite a possibilidade de estabelecer trocas de saberes ampliando a capacidade de democratização institucional e cidadã.

A partir da abertura desta perspectiva, a PNH no cenário do apoio em Santa Catarina, busca uma atuação privilegiando a lateralidade transcendendo a parceira da construção das ações e ofertando a possibilidade de discussões das dificuldades encontradas na própria composição do espaço colegiado. Parte-se da participação de micropolíticas para consolidar-se e ampliar vínculos capazes de capilarizarem os princípios da PNH.

Assim, ocupar espaços de conflitos é correr riscos mantendo-se atento aos seus efeitos. O desafio do exercício da função ‘apoio’ coloca em questionamento o próprio ‘fazer’ e ‘operar’ daquele que também é trabalhador-gestor-usuário. É necessário que o apoio tenha acesso a coletivos que possam tirá-lo de uma posição solitária e colocá-lo em contato com o sentimento de pertença a um grupo solidário. Integrar um grupo e uma coletividade solidária tem importante função de suporte que protege o apoiador do adoecimento, ao mesmo tempo em que se configura em espaço de formação permanente, sem o qual, a função apoio corre o risco de esgotamento. É também nesse espaço que os apoiadores poderão construir/pensar formas de atuação, a partir das análises de suas (sobre)implicações, sem perder de vista a noção de que saúde é um campo de forças, de saberes e poderes reconhecendo o valor e potência de um “apoiador em rede” ao invés de “apoiador de rede”.

O apoio associado à insígnia do MS propicia a institucionalidade de um devir-imagem atual e virtual. Trata-se do aspecto imagético relacionado à figura do apoiador. Um lugar-imagem estilhaçado pelas diferentes representações/concepções ocupadas pela instituição “o” MS.

A semântica recai para além da “sopa de letrinhas” dos departamentos e secretarias de saúde. De certo modo, a institucionalidade de uma função, neste caso função-apoio pode reservar um movimento de burocratização e engessamento ao mesmo tempo em que pode dar condições para a criação de lugares, instâncias e coletivos na formação de aberturas possíveis. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 107-119, jul./set. 2013.

A PNH, sobretudo, reúne ao longo de sua constituição histórica nestes 10 anos de existência a experiência do trabalho com o apoio relacionado à regionalização de seus apoiadores-consultores. O apoio como experiência e exercício de acompanhamento de um território vivo. Ainda que o desenho do processo de trabalho do apoio se defina geograficamente dentro de um estado da União sua concepção segue uma distribuição micropolítica. Os espaços de composição constituem-se na medida em que as relações com os atores de uma determinada esfera como, gestores municipais, serviços de saúde e outros, se aproximam e dialogam. Essa dinâmica pode ocorrer pela escuta das demandas e dificuldades em saúde e a transformação desta em oferta de trabalho. Por isso, as noções de apoio e rede são relevantes para a busca de uma transversalização das relações e comunicações entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde. E, para tanto, as estratégias para o fortalecimento do apoio de rede em rede podem estar relacionadas à ativação de coletivos e atores capazes de opinarem, discutirem, refletirem as diferentes possibilidades de tomadas de decisão, dos limites, dos consensos possíveis e, assim, estabelecerem espaços comuns para encontros e alinhamentos comuns.

REFERÊNCIAS

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 85-102.

GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; NASCIMENTO, P. T. A. do. O dispositivo apoio matricial na atenção primária em saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa/PB. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MOTTA, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 145-60.

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 107-119, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, G. N. de. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

PASCHE, D. F. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Revista Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 701-708, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAVAN, C. et al. Documento orientador da política de formação da PNH. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 73-93.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**: atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 59-74.

RIBEIRO, E. E. M. **Parecer técnico sobre o mapeamento e resultados do processo de descentralização da implementação da PNH em Santa Catarina**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

VASCONCELOS, M. de F. F. de; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na saúde coletiva. **Revista Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 13, supl.1, p.729-38, 2009.

Submetido em: 21/04/2013

Aceito para publicação em: 30/09/2013