



**JULIANA AZEVEDO FERNANDES**

## **APOIO INSTITUCIONAL E COGESTÃO**

Uma reflexão sobre o trabalho dos Apoiadores do  
SUS Campinas

**CAMPINAS**

**2014**





**Universidade Estadual de Campinas**  
**Faculdade de Ciências Médicas**

**JULIANA AZEVEDO FERNANDES**

**APOIO INSTITUCIONAL E COGESTÃO**

Uma reflexão sobre o trabalho dos Apoiadores do SUS Campinas

**Orientadora: Profa. Dra. Mariana Dorsa Figueiredo**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, área de concentração em Política, Gestão e Planejamento.

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna **JULIANA AZEVEDO FERNANDES** e orientada pela **PROFA. DRA. MARIANA DORSA FIGUEIREDO**

---

Assinatura da Orientadora

**CAMPINAS**

**2014**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

AL64s      Fernandes, Juliana Azevedo, 1982-  
Apoio institucional e cogestão : uma reflexão sobre o  
trabalho dos Apoiadores do SUS Campinas / Juliana  
Azevedo Fernandes. -- Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Mariana Dorsa Figueiredo.  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Políticas, planejamento e administração em  
saúde. 2. Método Paidéia. 3. Prática profissional. 4.  
Gestão em saúde. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). I.  
Figueiredo, Mariana Dorsa, 1977-. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Institutional support and co-management : a reflection on the work of Institutional Supporters of SUS Campinas

**Palavras-chave em inglês:**

Health policy, planning and management

Paideia method

Professional practice

Health management

Unified Health System (SUS)

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Mariana Dorsa Figueiredo [Orientador]

Liane Beatriz Righ

Gustavo Tenório Cunha

**Data de defesa:** 13-02-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

## BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

JULIANA AZEVEDO FERNANDES

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIANA DORSA FIGUEIREDO

### MEMBROS:

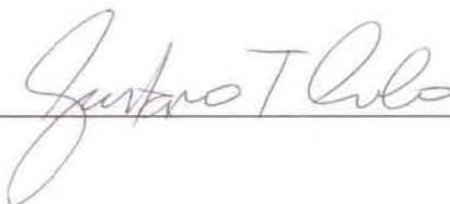
1. PROF(A). DR(A). MARIANA DORSA FIGUEIREDO



2. PROF(A). DR(A). LIANE BEATRIZ RIGHI



3. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 13 de fevereiro de 2014

Para Teresa e Vitor  
(e a vida que leva e traz, faz e refaz)

## AGRADECIMENTOS

---

A Mariana, pela orientação dedicada e generosa presente em todo processo.

Ao Gastão e aos colegas do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia com quem aprendo sempre e tanto.

Aos professores e colegas da pós-graduação do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, que inspiram e afirmam as boas práticas em Saúde.

Aos professores Liane Righi e Gustavo Tenório pela leitura atenta e valiosas contribuições no exame de qualificação.

A todos os envolvidos na empreitada do curso “Apoio com Ênfase na Atenção Básica” da Unicamp em parceria com o DAB/MS, experiência das mais ricas que pude participar e aprender com a diversidade do SUS em todo país.

Aos Apoiadores do SUS Campinas pela imensa colaboração sem a qual não teria sido possível realizar este estudo.

Aos amigos queridos e familiares pelo carinho e colaboração também neste meu investimento.

A minha Teresa, cheia de sol, que me impulsiona a ser mais e melhor para o mundo.

*“Se os frutos produzidos pela terra  
Ainda não são  
Tão doces e polpudos quanto as peras  
Da tua ilusão  
Amarra o teu arado a uma estrela  
E os tempos darão  
Safras e safras de sonhos  
Quilos e quilos de amor  
Noutros planetas risonhos  
Outras espécies de dor”*

*(Gilberto Gil)*

*“E o fim de todas as nossas explorações será chegar ao lugar de onde saímos e  
conhecê-lo então pela primeira vez”.*

*(T.S. Eliot)*

Este estudo buscou compreender as práticas de Apoio Institucional e Cogestão desenvolvidas no Sistema Único de Saúde de Campinas/SP pelos Apoiadores Institucionais dos Distritos Sanitários do município, caracterizando o contexto institucional e identificando o perfil dos mesmos e um conjunto de aspectos relacionados à sua prática de trabalho cotidiana. O Apoio Institucional é a aplicação metodológica do Método Paideia, que aposta no modelo de cogestão para interferir nos processos de gestão, compreendendo que os sujeitos envolvidos no trabalho, embora com diferentes graus de saber e de poder, são capazes de articular seus projetos e interesses aos compromissos requeridos pelas instituições. Foram aplicados questionários com perguntas abertas e fechadas a todos os Apoiadores do município que consentiram em participar da pesquisa e, num segundo momento, foram realizados grupos focais com aqueles que preencheram os critérios de inclusão. Os dados quantitativos foram compilados com o Programa Microsoft Excel e utilizamos da construção de uma narrativa para compor o discurso dos Apoiadores nos grupos focais, posteriormente validada em um grupo de devolutiva que pretendeu ainda produzir novas reflexões junto ao grupo. A análise de dados foi realizada a partir da abordagem hermenêutica formulada por Gadamer e do referencial interpretativo da narrativa proposto por Ricoeur. Observou-se que, no contexto de grave crise instalada na cidade, os Apoiadores Institucionais têm encontrado dificuldade para atuar de acordo com o que eles próprios entendem que deveria ser o trabalho de Apoio e também daquilo que foi proposto pelo Método Paideia. Consideramos relevante dar continuidade ao estudo, explorando a temática sob a ótica dos serviços que são apoiados, dos gestores do nível central e dos usuários do SUS Campinas.

**Palavras-chave:** Políticas, planejamento e administração em saúde; Gestão em saúde; Método Paideia, Prática Profissional; Sistema Único de Saúde.

This study aimed to understand the Institutional Support and co-management practices on Unified Health System (SUS) in the city of Campinas-SP developed by Institutional Supporters of the municipality's sanitary districts, characterizing the institutional context and identifying the profile of them and a set of aspects related to their daily work practices. The Institutional Support is the methodological application of the Paideia Method, which bets on co-management model to intervene in management processes, comprehending that the subjects involved in the work are able to articulate their projects and interests with the commitments required by the institutions, although with different degrees of knowledge and power. We applied questionnaires with open and closed questions to all Institutional Supporters of the city that consented to participate in this research, and in a second moment, focus groups were conducted with those who met the inclusion criteria. Quantitative data were compiled with Microsoft Excel Program and we used the construction of a narrative to compose the Institutional Supporters' speech on focus groups, subsequently validated in a feedback group that also pretended to produce new reflections within the group. The data analysis was conducted from a hermeneutic approach formulated by Gadamer and from the interpretive referential of the narrative proposed by Ricoeur. It was observed that, on the context of a serious crisis installed in the city, the Institutional Supporters have found difficult to act according to what they themselves understand that should be the Institutional Supporters' work and also according to what is proposed by the Paideia Method. We considered relevant the continuity of the study exploring the thematic from the perspective of the services that are supported, the managers at the central level, and the users of Unified Health System (SUS) of Campinas, Brazil.

**Keywords:** Policies; planning and health administration; Health Management; Paideia Method; professional practice; Unified Health System (SUS).

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

|                |                                               |
|----------------|-----------------------------------------------|
| <b>CETS</b>    | Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde |
| <b>DRS</b>     | Diretoria Regional de Saúde                   |
| <b>ESF</b>     | Estratégia de Saúde da Família                |
| <b>FCM</b>     | Faculdade de Ciências Médicas                 |
| <b>IPEA</b>    | Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas   |
| <b>NASF</b>    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família            |
| <b>PACS</b>    | Programa de Agentes Comunitários de Saúde     |
| <b>PDT</b>     | Partido Democrático Trabalhista               |
| <b>PT</b>      | Partido dos Trabalhadores                     |
| <b>PTS</b>     | Projeto Terapêutico Singular                  |
| <b>PUCCAMP</b> | Pontifícia Universidade Católica de Campinas  |
| <b>RGH</b>     | Racionalidade Gerencial Hegemônica            |
| <b>SAR</b>     | Secretaria de Ação Regional                   |
| <b>SMS</b>     | Secretaria Municipal de Saúde                 |
| <b>SOL</b>     | Sistema <i>On Line</i>                        |
| <b>SUDS</b>    | Sistema Unificado Descentralizado de Saúde    |
| <b>SUS</b>     | Sistema Único de Saúde                        |
| <b>TCLE</b>    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido    |
| <b>UNICAMP</b> | Universidade Estadual de Campinas             |

|                                                            | <b>Pág.</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>RESUMO.....</b>                                         | <b>ix</b>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                       | <b>x</b>    |
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>                                   | <b>13</b>   |
| <b>O MÉTODO DA RODA OU MÉTODO PAIDEIA.....</b>             | <b>18</b>   |
| <b>CARACTERIZANDO O CAMPO DA PESQUISA.....</b>             | <b>34</b>   |
| <b>OBJETIVOS.....</b>                                      | <b>40</b>   |
| <b>METODOLOGIA.....</b>                                    | <b>41</b>   |
| <b>Desenho da pesquisa.....</b>                            | <b>41</b>   |
| <b>Análise dos dados e referencial interpretativo.....</b> | <b>42</b>   |
| <b>O Trabalho de campo.....</b>                            | <b>45</b>   |
| <b>1ª fase: Questionários com os apoiadores.....</b>       | <b>45</b>   |
| <b>2ª fase: Grupo focal.....</b>                           | <b>48</b>   |
| <b>3ª fase: Grupo de devolutiva.....</b>                   | <b>52</b>   |
| <b>Aspectos éticos.....</b>                                | <b>54</b>   |
| <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                         | <b>55</b>   |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                           | <b>73</b>   |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                     | <b>76</b>   |
| <b>ANEXOS.....</b>                                         | <b>80</b>   |

Esta pesquisa integra um projeto de pesquisa temático do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em andamento, intitulado Estudo da Estratégia de Apoio Paidéia: investigação sobre Apoio Institucional e Apoio Matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) no Sistema Único de Saúde (SUS). Aqui, será apresentado o estudo sobre o Apoio Paideia em sua aplicação metodológica Apoio Institucional, tendo como campo de pesquisa o município de Campinas/SP.

O Apoio Institucional é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, na medida em que pressupõe um modo interativo, analítico e operacional: o trabalho em cogestão. Trata-se de uma forma complementar às funções gerenciais, que altera a maneira de realizar coordenação, supervisão e avaliação do trabalho, pois considera que os sujeitos envolvidos no trabalho, embora com diferentes graus de saber e de poder, são capazes de articular seus projetos e interesses aos compromissos requeridos pelas instituições (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013).

Além disso, o processo de apoio objetiva interferir na formação integral dos sujeitos, de modo a fazê-los repensar e recolocar-se nos planos das emoções e sentimentos, das ideias e do saber, promovendo uma espécie de aumento de autoconhecimento na medida em que intervém positivamente na capacidade das pessoas de reconhecer e lidar com questões singulares que muitas vezes não estão claras ou conscientes para as mesmas.

A escolha por investigar o perfil e a prática dos Apoiadores Institucionais que integram a rede de saúde deste município deveu-se a diversos fatores, a saber: reconhecimento da extensão e complexidade dos serviços instalados, pioneirismo na constituição da Atenção Básica em Saúde e Reforma Psiquiátrica ainda nos anos 1970 (Braga Campos, 2000; Figueiredo, 2006), transformações ocorridas nos modelos de atenção e gestão a partir de 2001, com a implantação do Programa Paideia, além da observação dos

desdobramentos atuais da utilização da metodologia Paideia para cogestão pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Consideramos como mais uma razão de interesse em estudar o trabalho do Apoio em Campinas a inquietação da pesquisadora a partir de sua própria experiência profissional e acadêmica. Desde 2007, quando começou a trabalhar como psicóloga na Atenção Básica do SUS Campinas e cursava o Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva, no então Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (hoje denominado Departamento de Saúde Coletiva), a pesquisadora se deparou com as intensas contradições existentes entre a prática cotidiana nos serviços e as propostas inovadoras que Campinas havia criado no passado recente.

Todo estudo sobre a história do SUS Campinas e o forte investimento do município na instituição de espaços coletivos, formação de pessoal e ampliação da clínica, desencadeados principalmente a partir de 2001, na gestão coordenada pelo então Secretário de Saúde Gastão Campos, promoveram na pesquisadora uma expectativa grande sobre o processo de trabalho nos serviços e territórios. Muito se ouvia sobre o tal Paideia, tanto por parte dos trabalhadores que apostaram na implantação do mesmo, quanto daqueles que rejeitaram a proposta. Ouvia-se ainda a formulação teórica diretamente do professor Gastão Campos, nas aulas da pós-graduação. O encantamento com a metodologia de trabalho proposta crescia, ao passo que o trabalho nos serviços de saúde insistia em revelar o desmonte de um projeto com o qual a pesquisadora tinha tanta identidade.

Cinco anos depois de atuar na função de Apoio Matricial da saúde mental em unidades básicas de saúde, surge o convite à pesquisadora para compor uma equipe de Apoio Institucional de um Distrito de Saúde. A experiência anterior de Apoio consolidou uma dimensão do lugar do trabalhador muito poderosa na pesquisadora. Não se tratava apenas de perceber o “trabalhador como trabalhador”, mas como aquele que é gestor de sua prática, organiza, cria e experimenta possibilidades na clínica e nas políticas públicas. Com este

espírito, o convite para ser Apoiadora Institucional de um Distrito que passava por transformações significativas, devido a chegada de um novo diretor, colega do Departamento Saúde Coletiva da Unicamp, cujas propostas de organização do trabalho guardavam inúmeras semelhanças com “aquele Paideia do livro” foi recebido com muito entusiasmo. Foi, então, entre os anos de 2011 e 2012, quando atuou como Apoiadora Institucional em um dos cinco Distritos Sanitários de Campinas que a vontade (ou necessidade) da pesquisadora refletir sobre todo o processo que vivia, do lugar de Apoiadora Institucional, pôde se materializar no ingresso no curso do Mestrado Profissional.

A vivência desta função, ou deste cargo, foi muito intensa. Uma imensa vontade de realizar, de promover transformação, de ajudar a acordar um grupo desesperançoso e apático. Um gosto de estar no cotidiano das equipes, de percebê-las estranhando e gostando da “presença do Distrito” no dia a dia, os sentidos de cuidar junto dos usuários e ativá-los para a militância dentro e fora dos espaços de controle social. Entretanto, diante de toda crise instalada na Prefeitura Municipal de Campinas, chegou um momento limite para seguir apostando no trabalho neste contexto: o então secretário de saúde, arbitrariamente, determinou a saída da diretora do Distrito (que dava continuidade às propostas iniciadas pelo diretor anterior, pois o mesmo havia escolhido um outro espaço de atuação meses antes).

A mobilização entre os coordenadores de unidade e Apoiadores deste Distrito foi muito grande e intimidou até certo ponto as decisões do secretário, que recuou de anunciar o novo diretor de sua escolha para a função e também freou novas determinações para que os diretores de outros Distritos também fossem substituídos. À época, foi escrita uma Carta Aberta por este coletivo que reproduzimos em parte:

*Após os últimos acontecimentos, em que fomos surpreendidos com substituições de pessoas de reconhecida competência técnica e compromisso com a construção do SUS, em momento de tanta fragilidade da REDE SUS CAMPINAS, entendemos que aquilo que a*

*Administração Municipal tem chamado de CHOQUE DE GESTÃO, trata-se de uma estratégia de desestruturação profunda do SUS, que se inicia com o sucateamento dos serviços e se manifesta agora pelo desmonte dos quadros de gestores PÚBLICOS, demonstrando de forma dura que a DEMOCRACIA INSTITUCIONAL foi abandonada pela atual administração.*

*Para nós o limite está aqui. A exclusão da Coordenadora do Distrito configura uma nova realidade na gestão do distrito e da Secretaria de Saúde e deixa claro o modus operandi dessa administração, da qual não queremos participar enquanto representantes e interlocutores com a população local para esta gestão.*

*É por esse motivo que colocamos, a partir de agora, nossos cargos à disposição do Secretário Municipal de Saúde.*

*Sempre seremos profissionais de saúde e nossa força de trabalho sempre estará à disposição da população e do SUS.*

Dessa maneira, parte do coletivo se desligou dos cargos que ocupavam. Mais da metade da equipe de Apoiadores entregou seu cargo e foi assim que a pesquisadora voltou a trabalhar em unidade básica, matriciando as equipes de referência. Esta vivência vem se dando durante os dois anos do curso Mestrado Profissional, sendo que no primeiro deles ainda ocupava a função de Apoiadora Institucional e no último, de volta à assistência na Atenção Básica.

Como pudemos perceber, nos últimos anos diversas mudanças ocorreram na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, revelando inclusive desinvestimento no Apoio como metodologia de trabalho. Contudo, percebemos também que o referencial Paideia se manteve incorporado no discurso e nas práticas de parte dos profissionais e gestores da rede, o que justifica nosso interesse em escutar e compreender o que têm a dizer os Apoiadores Institucionais atuantes neste momento. Consideramos ainda a relevância do tema no âmbito nacional, com os recentes investimentos do Ministério da Saúde na formação do Apoio Integrado, que tem como referencial teórico-metodológico o Método de Apoio Paideia (Brasil, 2011; Brasil, 2012).

Este trabalho será apresentado em cinco partes: no primeiro momento, apresentaremos o Método da Roda ou Método Paideia de cogestão de coletivos organizados para a produção (Campos, 2000), destacando a dimensão crítica que é feita ao mundo do trabalho e das instituições, além de descrever a proposta do método, propriamente dito, de apoio e cogestão. Em seguida, caracterizaremos o campo da pesquisa e nossos objetivos. Descreveremos nosso percurso metodológico para coleta de dados junto os Apoiadores Institucionais dos Distritos Sanitários de Campinas (aplicação de questionários), bem como a análise da concepção de Apoio e atuação dos mesmos, derivada de uma narrativa construída a partir das discussões realizadas nos grupos focais. Os resultados encontrados foram discutidos à luz da teoria Paideia, da experiência profissional da pesquisadora e a partir do referencial interpretativo da narrativa. Por fim, apontaremos nossas considerações finais. Boa leitura!

“Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos - Método Paideia” é o título da tese de livre docência desenvolvida por Campos (2000) que, a partir de suas experiências como médico, professor, gestor e apoiador de diversos coletivos no Sistema Único de Saúde (SUS), pretendeu não apenas criticar a visão instrumental tradicional das escolas de Administração, mas apresentar uma proposta de novos modos de se fazer política, gestão e fortalecimento de sujeitos. Esta proposta visa construir a democracia institucional, na medida em que propõe ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos sobre a realidade e sobre si próprios. Está centrado em três conceitos clássicos: valor de uso, constituição do sujeito e democracia em organizações (Campos, 2003).

O Método da Roda inspirou-se nos conceitos marxistas de valor de troca e valor de uso, concebidos para analisar a mercadoria, e ampliou o entendimento deste último como sendo o resultado do trabalho em geral e não apenas nos casos em que o produto transforma-se em mercadoria, como originalmente encontramos na obra de Marx (1968). Aqui, os bens e serviços produzidos nas organizações cumpriram duas finalidades: teriam uma utilidade social, ou seja, a potencial capacidade de atender a necessidades (o denominado valor de uso) e, ao mesmo tempo, realizariam um modo de controle social.

Enquanto a maioria das escolas da Teoria Geral da Administração considerava o trabalhador como um recurso passivo ao poder das organizações, o marxismo colocou sua visão sobre o trabalhador como sendo força de trabalho e produtor de valores de uso e de troca, situando o tema do conflito e a continuação da luta de classes no cotidiano das organizações. Campos, então, dialogando com os temas da constituição do sujeito e da democracia institucional, considera que os trabalhadores são sujeitos que tanto sofrem o controle do estado, das organizações e dos gestores, quanto agem de forma ativa tentando interferir na política e na gestão. Esta foi a inspiração para investigar o modo como os

trabalhadores, no cotidiano, lidavam com conflitos de interesse com gestores e usuários.

A gestão e as práticas profissionais têm a capacidade de alterar os modos de ser dos sujeitos, na medida em que modificam os padrões de subjetividade. Partindo dessa premissa, o autor aponta o potencial pedagógico e terapêutico inerentes a elas, seja para criar dependência e impotência - função de controle social -, seja para ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos - denominada “fator Paideia” por Campos (2000). Assim, aposta nas organizações em geral como espaços para construção de novas subjetividades, em que, por meio da cogestão e invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais, os grupos fossem adquirindo maior capacidade de análise da realidade e de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção sobre esta própria realidade.

O Método da Roda recebe influências teóricas de diversos campos do conhecimento, como da Filosofia, Psicanálise, Política, Planejamento, Análise Institucional e Pedagogia e em última análise “é um modo para radicalizar a construção de cidadania e de sociedades democráticas” (Campos, 2003, p.92), ao tentar ampliar a capacidade das pessoas lidarem com o poder, com o saber e com os afetos e emoções, sempre presentes nas relações humanas enquanto cumprem suas tarefas de trabalho.

A conformação do Método está assentada em quatro principais eixos:

- 1)** O caráter Anti-Taylor do método, em que Campos analisa criticamente os meios de intervenção da racionalidade gerencial taylorista.
- 2)** Situa o Método no campo da democratização institucional, da cogestão e da constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção.
- 3)** Defende a reconstrução do sentido do trabalho, aproximando os conceitos de valor de uso e necessidade social ao de desejo e interesse (objeto de investimento).
- 4)** Apresenta uma visão dialética do mundo, o pensar e o agir, a coprodução entre desejos e interesses disputados por atores institucionais (Campos, 2000).

Campos (2003) afirma que todo trabalho nas instituições tem uma tríplice finalidade e produz efeitos em três sentidos distintos: interfere com a produção de bens ou serviços (valores de uso); busca assegurar a reprodução da própria instituição; e interfere com a produção social e subjetiva das pessoas, que trabalham não apenas por uma questão de sobrevivência, mas também para atribuir um sentido para a própria vida. Destaca que estas três finalidades podem ser administradas de modo a gerar convergência de interesse entre trabalhadores, usuários e gestores, mas também guardam conflitos de interesse conforme algum desses objetivos se sobreponha ao outro.

A crítica à tradição gerencial hegemônica, representada pela Teoria Geral de Administração e suas escolas contemporâneas (como a Qualidade Total e Gestão por Resultados), indica que estas se limitam a operar somente com as duas primeiras finalidades, reduzindo trabalhadores e usuários à condição de objeto e reproduzindo formas burocratizadas de trabalho. São lógicas de gestão que priorizam a função controle social em detrimento da capacidade de compreender e agir das pessoas, reduzindo a maioria dos trabalhadores à condição de máquina programável para atingir fins previamente definidos segundo o interesse dos dirigentes (Frigato e Carvalho, 2009).

A racionalidade construída pelo pensamento gerencial apresenta-se como um pensamento pragmático e operacional, ordenada em função de alcançarem-se determinados resultados e está constituída por três elementos fundamentais que justificam suas práticas (Campos, 2010):

- a) Subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados *a priori* garantiria menor espaço para reflexão e tomada de decisão durante a execução das tarefas. Seria possível construir padrões e normas para regular o trabalho, a partir de evidências quantificáveis na lógica da ciência positivista, diminuindo ao máximo a imprevisibilidade do trabalho. De acordo com essa concepção, apenas os especialistas ou os dirigentes conheceriam o “*the best way*” para construir-se alguma coisa.

- b)** Garantir seleção e manutenção de perfis profissionais “ideais” para desempenhar determinadas atividades, funcionando como um instrumento disciplinar que controla o trabalho em geral e os trabalhadores em particular, tanto pela truculência ou punição quanto recorrendo a mecanismos mais sofisticados de seleção, treinamento e gratificação advindos do campo da Psicologia Organizacional.
- c)** A crença num ser humano que tenderia a comportar-se segundo seu interesse imediato independente do contexto ou de sua história social. Assim, o ser humano seria incapaz de funcionar de modo autônomo sempre que inserido em processos coletivos de trabalho.

Considerando as três finalidades sempre presentes nas instituições, o Método de Apoio Paideia busca compatibilizá-las, reconhecendo que os modos de gestão impactam nos modos de ser e proceder das pessoas nas organizações: *“não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários”* (Campos, 2003, p. 87). A tarefa da cogestão seria viabilizar contratos e compromissos entre esses atores, apostando em espaços para negociação e não seria aplicável a situações em que se objetive eliminar o antagonista (Cunha, 2009).

Para a Racionalidade Gerencial Hegemônica, a disciplina e o controle são centrais na gestão, exigindo que os trabalhadores renunciem aos desejos e interesses próprios e assumam objetivos e objetos de trabalho alheios a eles. Um dos princípios da teoria taylorista é a separação entre o trabalho intelectual e a execução da ideia, além da centralização do poder de planejar e de decidir na direção da empresa, com vistas a limitar a autonomia do trabalhador (Taylor, 1960). O Método da Roda propõe a superação desta premissa através da cogestão, uma vez que a participação na construção do trabalho resultaria numa obra coletiva com maior sentido para cada um.

Testa (1997) afirma que os sujeitos não estão constituídos *a priori*, mas que são produtores e produtos dos processos, ou, de acordo com Righi (2002), os sujeitos são produtores e produtos de suas apostas.

Considerando esta capacidade de autonomia, Campos (2000) apresenta o conceito de Obra, uma ampliação do conceito de resultado, que, para o Método da Roda, funciona como ponte entre a produção de valores de uso e os desejos/interesses do trabalhador (objetos de investimento). O autor reconhece que “a produção de Obra não elimina o trabalho penoso, mas permite relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho” (p. 133). Desta forma, o coeficiente de comprometimento dos trabalhadores com o produto ou serviço - considerado o objetivo primário das instituições - seria justamente que estes fossem também Obra deles próprios, com suas marcas e estilos.

Figueiredo (2012) destaca que o Método Paideia concorda com a existência de certos aspectos formais das organizações, uma vez que a gestão não pode ser omissa e desconsiderar normas que orientem a finalidade do trabalho, porém busca modos democráticos e interativos para lidar com as mesmas. A crítica pressupõe reformar a organização, o trabalho e os sujeitos, estimulando a autonomia, a responsabilidade das equipes e a construção de objetos de investimento, sempre a partir do estabelecimento de contratos e compromissos. A construção de relações democráticas passa pela experimentação de compartilhar poder, analisando e deliberando acerca de problemas, comprometendo-se a retomar análise após as ações, para eventualmente redirecionar propostas e fazer novos pactos.

O Método Paideia traz contribuições não apenas ao modelo de gestão, mas também ao modelo de atenção, na medida em que propõe novas categorias, arranjos e dispositivos visando reformular o modo de produzir saúde. Ao valorizar a potência da interdisciplinaridade para ampliação da clínica e gestão compartilhada do cuidado, Campos (1999) desenha um modelo com Equipes de Referência e Apoio Matricial. Este novo modo de organizar o sistema de referência entre profissionais e usuários busca operar na lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais, substituindo as formas burocráticas e com grande assimetria de poder. Também reconhece a complexidade dos problemas de saúde e aposta na constituição de equipes multiprofissionais para o enfrentamento dos mesmos.

Campos (2000) sugere os conceitos de campo e núcleo de saberes e responsabilidades para viabilizar e potencializar o trabalho interdisciplinar. São ainda uma crítica tanto ao corporativismo das profissões quanto à tendência pós-moderna de diluir identidade para os Sujeitos, que simplifica algumas aplicações da noção de transdisciplinaridade. Os conceitos de campo e núcleo permitem distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão, dos saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde. No núcleo haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais e determinados padrões de compromisso com a produção de saúde. Já o campo seria um espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde deveria atuar, independente de sua categoria ou formação. Para atuar no campo, cada profissão buscaria apoio em outras áreas para cumprir suas tarefas, reforçando então a interdisciplinaridade. Esse é o fundamento do arranjo Apoio Matricial: os profissionais das áreas especializadas, que não participam cotidianamente da Equipe de Referência, oferecem suporte técnico especializado às equipes, assegurando de um modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada e modificando a lógica do encaminhamento (Campos, 1999).

No arranjo de Equipe de Referência, a definição de clientela possibilita a construção do **vínculo**, a relação terapêutica **longitudinal** e o acompanhamento do processo saúde-doença-atenção de cada usuário (**singularização**), o que estimula a responsabilização pela produção de saúde. A marca central desse arranjo é o fato de a Equipe de Referência, por meio de um plano compartilhado, tomar para si os encargos do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas além da biológica, como os âmbitos sociais, familiares, políticos, psíquicos, entre outros (Miranda, 2009).

Impacta a atenção em saúde a construção de uma **clínica ampliada e compartilhada**, em que o usuário participa desde o diagnóstico até a instituição de procedimentos terapêuticos e preventivos, cogerindo seu projeto terapêutico. A ideia de Projeto Terapêutico Singular foi bastante desenvolvida no âmbito da

saúde mental como forma de organizar uma atuação integrada da equipe multiprofissional, ampliando o olhar para além do diagnóstico psiquiátrico ao definir ações de cuidado (Carvalho e Cunha, 2006). É uma variação da discussão do caso clínico que deve incluir ações que visam aumentar a autonomia do doente e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados.

O Apoio Paideia é um método de trabalho que utiliza da potência dos espaços coletivos nos sistemas de saúde. Há situações em que as instituições não têm esses espaços instituídos e o método indica a necessidade de criar algum espaço coletivo para que seja possível produzir uma relação dialógica em que as intervenções terapêuticas ou preventivas resultem de uma negociação entre técnicos e usuários (Campos, 2006). Os espaços coletivos são um arranjo organizacional em que ocorrem encontros entre sujeitos com distintos interesses e papéis institucionais, construindo-se oportunidade para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes. São estruturados para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados que pode assumir a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos e Colegiados de cogestão, Assembleias etc. (Campos, 2000).

Para que os espaços coletivos funcionem em cogestão, devem ter um caráter deliberativo, ou seja, após a análise sobre um tema, deve ocorrer a tomada de decisão. Podem ainda ser construídos espaços coletivos de caráter eventual, conforme a necessidade do contexto: seriam dispositivos eventuais como oficinas e seminários. Segundo Campos, a democracia institucional depende da instituição de sistemas de cogestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato, pois objetiva incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições e compartilhar o poder com as equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços. O autor afirma que esta reforma do modelo de gestão é sugerida tanto em função de valores democráticos, quanto por reconhecer que diante de cada núcleo de poder, há contra poder de usuários e de

trabalhadores, com os quais há que se negociar permanentemente, objetivando a construção de compromissos e de contratos.

A intervenção do Apoiador Institucional visa co-construir um ambiente e uma grupalidade contínuas o suficiente para promover reflexões tanto na esfera profissional quanto no âmbito pessoal dos sujeitos que estão na roda. É na roda que se apresenta a possibilidade de escutar a diversidade de opiniões e de interesses de maneira aberta. É a oportunidade de trabalhar os conflitos que, por vezes, apenas se expressam por meio do mal estar e do não dito. Ao incluir os sujeitos nos espaços coletivos, amplia-se a comunicação para além da hierarquia e corporativismo, recriando os limites entre os saberes e o poder. Figueiredo (2012) destaca que a inclusão dos sujeitos nos processos decisórios não pode se bastar em si e deve seguir princípios e diretrizes clínicas, políticas e éticas. Podemos afirmar que este é o espaço de atuação privilegiado para o Apoiador Institucional.

Para o Método Paideia, o início do trabalho entre Apoiador e equipe apoiada deve seguir a tradição da psicanálise e da análise institucional, construindo um contrato a ser revisto de tempos em tempos, em que se estabelecem as expectativas, objetivos, regras e método de trabalho. Campos destaca que um contrato só se estabelece quando há sujeitos com grau relativo de autonomia, pois em relações de poder muito desequilibradas, acabam ocorrendo apenas imposições e aceites. Alerta ainda que a construção do contrato por si só não é capaz de criar um espaço de comunicação sem conflitos ou ruídos, devendo-se atentar a uma série de procedimentos metodológicos para que o efeito Paideia se cumpra.

Consideremos um primeiro procedimento que seria reconhecer que há transferência e contra-transferência entre a Equipe e o Apoiador. Estes conceitos, advindos da psicanálise, ajudam a pensar que há influência de processos inconscientes nas relações, fluxos de afetos também inconscientes que partem tanto da equipe quanto do apoiador. Reconhecer a existência desses afetos é reconhecer que as pessoas se afetam, gerando umas nas outras incômodo,

simpatia, disputa, entre outros afetos, e analisá-los com crítica para intervir sobre os significados transferidos é um poderoso recurso de gestão. Outro ponto a se observar é a resistência das equipes em se colocarem em análise, manifestada muitas vezes na recusa em participar dos Espaços Coletivos ou desqualificá-los. Percebe-se a resistência também na eleição dos temas para debates, quando se evita tratar de assuntos relativos à dinâmica relacional do grupo. Apontamos ainda que uma discussão sobre a relação entre Apoiador e equipe pode ser um catalisador da capacidade de reflexão do grupo (Campos, 2000).

De acordo com o Método Paideia, o trabalho de Apoio vai se dando com a análise e interpretação de temas levantados como sendo importantes para o grupo (incluindo o Apoiador). Inicia-se com informações já existentes na organização, para depois buscar outras e aprofundá-las, ou seja, se começa analisando o que já se está fazendo, com o conjunto de informações possível ou considerada necessária no momento. Este é um processo que envolve aproximações sucessivas e sempre estará incompleto, embora sempre objetivando produzir novos sentido e significados para os temas em análise.

Assim, Núcleo de Análise é um tema que está como objeto de reflexão de um coletivo. Quando, a partir do Núcleo de Análise, se produz uma síntese, significa que o grupo foi capaz de produzir análise reflexiva e desencadear tarefas. Portanto, os Núcleos de Análise funcionam como provocação analítica para que as equipes signifiquem elementos da realidade (elaborem sínteses) e desencadeiem ações práticas (Campos, 2000). A partir da análise destes Núcleos Temáticos, os grupos abririam possibilidade para a reconstrução de seus sistemas de referência e de suas práticas concretas. A produção de síntese, com a incorporação crítica da Oferta apresentada, amplia a possibilidade de somar novos valores ao modo de pensar e de operar dos sujeitos.

Campos (2000) propôs um mapa de Núcleos Temáticos para orientar intervenções em coletivos, dividindo-os em dois campos: um relativo à produção de valores de uso, e outro à coprodução de sujeitos e de coletivos, ainda que

ambos possam se misturar e nesta fronteira estaria o cruzamento entre o processo de trabalho e a constituição de sujeitos e coletivos:

### **Campo da produção de valores de uso**

1. Objeto de trabalho;
2. Equipe, práticas e meios de trabalho;
3. Resultados;
4. Objetivos;

### **Campo intermediário**

5. Saberes;
6. Diretrizes e valores, política e poder;

### **Campo da produção de sujeitos (individuais e coletivos)**

7. Oferecimentos;
8. Texto e Capacidade de Análise;
9. Objeto de Investimento, Ideal de Grupo;
10. Espaços Coletivos;
11. Capacidade de Intervenção.

Este mapa, como dissemos, deveria estar como pano de fundo para a intervenção do Apoiador, que trabalharia com uma ou outra temática conforme o contexto, o pedido do grupo e a identificação da oferta mais adequada para a situação em questão. Quanto mais os núcleos temáticos se relacionam e permitem comparações, mais rico o debate na roda. Sucintamente, descreveremos a que se refere cada um dos núcleos sugeridos:

- 1) Objeto de trabalho diz respeito à matéria a que se aplica o trabalho. De acordo com Marx (1968), todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural constituem objetos de trabalho. Então, de que objetos os sujeitos se encarregam, tomam como sua responsabilidade?

- 2) Equipe, práticas e meios de trabalho dizem respeito ao coletivo e sua organização dos recursos, métodos e processos de trabalho para conhecer, analisar e intervir em um dado contexto. Também em Marx está o conceito de meio de trabalho como uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. A contribuição de Campos para analisar as relações interprofissionais a partir dos conceitos de campo e núcleo se fazem presentes aqui.
- 3) Resultados têm a ver com a análise do produto que a intervenção fez emergir. No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto, que é um valor de uso (Marx, 1968). Na teoria Paideia são considerados resultados do trabalho também a reprodução da organização e a realização pessoal dos sujeitos.
- 4) Objetivos são os motivos, as finalidades do trabalho, a razão pela qual nos organizamos de determinada maneira a fim de alcançá-las. De acordo com o Método da Roda, são objetivos da intervenção produzir valores de uso que atendam às necessidades sociais e a própria constituição de Sujeitos e de Coletivos, e a construção processual e participativa de objetivos é elemento importante na conformação de um Coletivo.
- 5) Saberes ou conhecimentos são núcleos que devem ser explorados a fim de conhecer quais recursos e valores que os sujeitos têm consigo, ou seja, analisar suas referências culturais e tecnológicas.
- 6) Diretrizes e valores, Política e poder: cabe aqui a análise da rede de poderes envolvidos em cada situação ou contexto; quais são os conflitos existentes, qual é o modo de operar institucionalizado vigente?
- 7) Oferecimentos, como já apontamos, são as Ofertas. Este Núcleo nos lembra a necessidade de analisar as Ofertas e a elaboração de novas sínteses.

- 8) Texto e capacidade de análise dizem respeito à observação dos interditos e temas implícitos, também de quais são os temas mais trabalhados e as demandas, de como está operando a resistência.
- 9) Objeto de investimento e ideal de grupo: é um núcleo temático central relativo ao sujeito, que pergunta sobre quais afetos os sujeitos depositam em seu objeto de trabalho, no que investem sua energia.
- 10) Espaços Coletivos são essenciais ao Método, conforme apontamos. Na análise deste núcleo temático, a atenção está voltada a perceber como se dão as relações de poder e tomada de decisão, exercer as funções pedagógica, analítica e política e trabalhar com os métodos de gestão que se apresentam.
- 11) Capacidade de Intervenção tem a ver com a capacidade dos sujeitos de estabelecer pontes com o interesse de outros sujeitos, mediante a constituição de compromissos ou contratos; como se relacionam com outros coletivos e outras instituições, qual é o grau de autonomia das pessoas na elaboração e implementação de projetos.

Destacamos, ainda, que o Apoio não é um lugar estrutural específico. Ele pode ou não estar conformado dentro de um organograma como cargo, como é o caso da SMS/Campinas. Oliveira (2011) analisa que os municípios que criaram o cargo de apoiador institucional, em geral para substituir o supervisor de programas, mantiveram atribuições de gestão formais para os mesmos, mantendo uma relação hierárquica sobre os serviços de saúde, ao mesmo tempo em que responde a uma chefia que lhe é superior, como um coordenador de distrito, do nível central ou do secretário de saúde. Dessa forma, o apoiador acumularia duplo papel: de um lado, a atribuição formal da gerência e, de outro, a tentativa de estabelecer relação de apoio aos coletivos. Para o autor, há uma tendência de se criar “uma linha direcional vertical descendente que parte da gestão formal e vai às gerências de serviços e suas equipes de saúde, mediadas pelo apoiador (p. 52)”.

Contudo, a função Apoio pode ser exercida desde qualquer papel dentro de um coletivo, ainda que o papel de cada um na estrutura de poder, bem como o domínio de teorias e métodos e as relações de afeto influenciem na capacidade de apoio. Portanto, há variações obrigatórias no modo de proceder conforme o lugar institucional do suposto apoiador. Consideremos quatro lugares estruturais distintos a partir de onde pode se trabalhar sob a perspectiva Paideia de Apoio (Campos, et al, 2013):

- 1- De um lugar de poder institucional, como um dirigente, desde que garantido algum grau de cogestão na instituição;
- 2- Do lugar de suposto saber, como um consultor, assessor ou analista institucional que mantém exterioridade ao grupo (guarda muitas semelhanças com o supervisor clínico-institucional atuante nos serviços de saúde mental);
- 3- Do lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder institucional, como um clínico, pedagogo ou sanitarista que pode realizar práticas profissionais de maneira compartilhada com os usuários (cogestão na clínica ampliada e saúde coletiva);
- 4- Do lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo, como um membro da própria equipe ou comunidade, seria o cerne da democracia na medida em que se abre às influências dos outros sem renunciar ao próprio interesse ou experiência reconhecendo *“o limite imposto pelo coletivo sem desistir de sua singularidade de desejos e de concepções”* (Campos, 2003, p.95).

O Apoio Institucional reúne uma série de recursos metodológicos para lidar com estas relações entre sujeitos de um modo interativo, reconhecendo a diferença de papéis, assimetria de poder e de conhecimento e articulando os objetivos institucionais aos saberes e interesses do grupo apoiado. Onocko Campos (2003) atribui ao Apoiador um duplo papel: oferece suporte à constituição do grupo e do espaço coletivo, ao mesmo tempo em que estimula o grupo a alcançar seus objetivos, por meio da oferta de outros conceitos, categorias e recursos que sirvam de subsídio para o grupo formular suas reflexões e ações: *“Quem apoia sustenta e, ao mesmo tempo, empurra o outro.*

*Sendo, em decorrência, sustentado e empurrado, por sua vez, pela equipe “objeto” da intervenção” (Campos, 2003, p. 87).*

No caso da saúde pública, em que pese a externalidade do Apoiador ao grupo a quem apoia, este sujeito está implicado com determinado projeto (consolidação do SUS, defesa de certo modelo tecno-assistencial) e ao se colocar na roda, contribui para o grupo exercitar a cogestão e a vivência de relações pessoais e institucionais mais democráticas. Assim, objetiva a produção de novas formas de subjetivação (perspectiva terapêutica do Método da Roda). Note-se que, ao reconhecer sua parcialidade ao assumir determinados valores e crenças com relação aos objetos e objetivos do trabalho, o Apoiador se reafirma num campo de atuação que é técnico e também político.

Figueiredo (2012) afirma que o Apoiador exerce uma função de mediação, facilitando a abertura de linhas de comunicação, ao passo que introduz questões que o grupo precisa considerar e lidar, como racionalidades e demandas externas a ele, mas que são essenciais em seu contexto. Nesse sentido, se apresenta a dialética fundamental no trabalho de Apoio: Demanda e Oferta. O método Paidéia busca valorizar a demanda da equipe ou do coletivo apoiado, ainda que sugira a construção de filtros para regulá-la, colocando-a em análise para que as equipes e o próprio demandante consigam lidar criticamente com ela. Contudo, além de acolher e de analisar a demanda, é fundamental haver alguma oferta por parte daquele que escuta a demanda. As ofertas trazidas pelo Apoiador ajudam a equipe, o grupo ou o usuário a realizar novas sínteses: de uma análise de temas centrada na demanda, a oferta pretende acrescentar novas informações ou modos distintos de enxergar dentro do espectro da cogestão e da clínica ampliada.

Campos (2003; Campos, Cunha & Figueiredo, 2013) enumera alguns aspectos fundamentais que caracterizam a especificidade metodológica do Apoio e da cogestão Paideia:

- a) O Apoiador deve construir rodas, ou seja, deve contribuir para criação de espaços coletivos e, sempre que possível, torna-los deliberativos;

- b)** O Apoiador tem que se colocar na roda, explicitando seu lugar de vinculação e os sentidos das suas intervenções, submetendo o processo de apoio e sua atuação à avaliação e correção de rumo;
- c)** Deve-se reconhecer a diversidade de objetivos existentes nos coletivos e ter clareza que todo apoio institucional tem uma finalidade voltada para produzir valores de uso para outros, e outra que busca ampliar a compreensão e a capacidade operacional dos coletivos;
- d)** O Apoiador deve operar de modo dialético, tanto trazendo ao coletivo suas Ofertas - seu discurso, sua visão de mundo, suas estratégias de cogestão - quanto valorizando as Demandas do grupo que, por sua vez, funcionam como ofertas ao apoiador;
- e)** Deve-se apoiar o grupo tanto para construir Objetos de investimento, quanto para compor compromissos e contratos com outros, depositando afetos positivos em objetos fora de si mesmo, ainda que referenciadas pelo desejo e interesse de cada um;
- f)** O Apoiador pensa e faz junto com o grupo apoiado, e não em lugar dele, ainda que sempre considerando o lugar de suposto saber e o arsenal teórico-metodológico que traz consigo;
- g)** Deve-se buscar ampliar os espaços onde se aplica o Método para além das reuniões, fazendo junto com o grupo apoiado, refletindo antes, durante e após o fazer com base na experiência compartilhada;
- h)** Deve-se autorizar os grupos a exercer a crítica generosa e a desejar mudanças, por exemplo, ao ofertar temas que mobilizem a capacidade de pôr em análise não ditos e relações veladas;
- i)** Autorizar-se a ser agente direto e não somente Apoiador de equipes, atuando também diante de outras necessidades em que não cabe a discussão em rodas, ainda que os desdobramentos destas ações possam servir de temas das rodas.

O resultado esperado do trabalho do Apoiador, operando essas ferramentas metodológicas, será sempre aumentar a capacidade dos sujeitos refletirem e intervirem na realidade enquanto trabalham e produzem bens ou serviços para outros. Nesta caminhada muito mais está em jogo: busca-se alcançar maior grau de satisfação pessoal e profissional, maior envolvimento e a não alienação dos sujeitos no trabalho, aumento da responsabilidade diante das tarefas assumidas e a coprodução de modos de subjetivação mais solidários e também comprometidos com a finalidade das instituições de saúde.

## **CARACTERIZANDO O CAMPO DA PESQUISA: O Apoio Institucional em Campinas**

---

O município de Campinas é considerado de grande porte, com mais de um milhão de habitantes, sendo a cidade mais importante da Região Metropolitana de que faz parte junto com os demais municípios de seu entorno. É a principal cidade do interior paulista e está situada no mais dinâmico e diversificado centro de desenvolvimento da indústria, dos agronegócios, do comércio e serviços do estado de São Paulo. É conhecida nacionalmente como polo científico e tecnológico, contando com duas grandes universidades (Universidade Estadual de Campinas/Unicamp e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas/PUCCAMP), além de diversas instituições de fomento de tecnologia de ponta (Campinas, 2006).

Em Campinas, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) desdobrou-se numa extensa e complexa rede de serviços, instâncias de gestão e controle social. Atualmente, a cidade é gestora plena de seu sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados, se dão no âmbito do Município.

Já na década de 70, período que antecede a criação do SUS, existia uma articulação de movimentos populares que trouxe reflexos na estruturação da assistência à saúde da população em Campinas. Nesta época, de acordo com L'Abbate (1990), houve um processo de explosão urbana e crescimento do número de favelas na periferia do município que mobilizou a gestão municipal, na figura do secretário de saúde Sebastião de Moraes, a ampliar a rede dos postos de saúde na perspectiva do modelo de Medicina Comunitária e participação popular.

Os movimentos promovidos pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das maiores universidades do município, Unicamp e PUCCAMP, compunham este contexto na medida em que constituíram projetos

piloto de implantação de modelos alternativos de atenção à saúde no movimento sanitário. Ao final da década de 1970, este programa de Medicina Comunitária se manteve sob forma de um plano que permitiu caracterizar a política de saúde do município através da democratização da atenção médica, da extensão da cobertura, com instalação de redes básicas de atenção à saúde, que previam a hierarquização dos níveis de atenção da medicina integral e a participação comunitária (Nascimento, 2007).

Na década de 1980, com vistas à municipalização dos serviços de saúde, a Prefeitura Municipal assina em 1987, o convênio Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Segundo Nascimento (2007), a gestão da SMS, iniciada em 1989, adota como prioridade a ampliação da rede de serviços, a reforma da gestão e do modelo de prestação de serviços de saúde. Com esse objetivo, são criadas as Diretorias Regionais de Saúde (DRS), compostas por equipes multiprofissionais, alocadas no nível central da SMS para consolidar planos locais, além de serem instituídos os Colegiados de Coordenadores e de Governo, a Assembleia de Trabalhadores de Saúde, como instâncias formuladoras de proposições encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, regulamentado, em 1992.

Nos anos 1990, devido ao aumento da complexidade da rede de serviços do SUS Campinas e adoção dos princípios de regionalização e descentralização dos serviços a partir de 1994, foram criadas quatro Secretarias de Ação Regional (SAR), substituídas no ano de 1997, pelos cinco Distritos de Saúde. A distritalização, portanto, foi o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes. Cada Distrito contava com equipes multiprofissionais que tinham por objetivo **supervisionar** as ações e oferecer subsídios técnicos aos serviços de saúde, a fim de cumprir os programas previamente estabelecidos. Os Supervisores dos Distritos, portanto, eram os profissionais designados para acompanhar que o trabalho desenvolvido nas unidades de saúde fosse realizado adequadamente, do ponto de vista do cumprimento de determinadas metas sem, necessariamente,

envolver-se no cotidiano das equipes para compreender os processos e as questões que dificultassem este objetivo.

Importante destacar que é nesta década que o Ministério da Saúde propõe o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e elege preferencialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modo de organização da Atenção Básica. A ESF objetiva a reorganização da prática assistencial, com atenção centrada na família, a partir do seu contexto social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas num seguimento longitudinal (Brasil, 2004). Preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, articuladas com a assistência curativa, de média e alta complexidade, de forma integrada, contínua, resolutiva e humanizada, para uma área adscrita.

A partir de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde incorporou o referencial Paideia na organização e gestão de diversas instâncias do SUS Campinas (Campinas, 2004). Sua rede de Atenção Básica passou a ser organizada em lógica semelhante à Estratégia de Saúde da Família, porém num modelo ampliado em relação ao modelo sugerido pelo Ministério da Saúde, dialogando com a dinâmica de funcionamento já instalada no município e incorporando princípios, arranjos e dispositivos que compõem o conjunto de conceitos desenvolvido por Campos em sua tese de Apoio Paideia: Clínica Ampliada, Cogestão, Equipes de Referência, Apoio Matricial, Colegiados Gestores e Apoio Institucional (Campos, 1999).

Os profissionais das Unidades Básicas foram organizados em Equipes de Referência, similares às equipes da Saúde da Família na adscrição de clientela e na definição do trabalho a partir das necessidades de seu território de abrangência, porém, contando com outros profissionais além do médico generalista, da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (foram incorporados à equipe o pediatra, o ginecologista e o dentista). Este desenho tornou ainda mais complexa a configuração da rede básica de Campinas em relação aos demais municípios e aumentou a expectativa sobre a capacidade resolutiva da Atenção Básica.

Neste momento, há um esforço concentrado nas ações de formação de pessoal, valorização e criação de novos espaços coletivos com objetivo de instituir maior democracia institucional. É neste contexto que a equipe de Supervisores dos Distritos Sanitários é chamada a rever seu processo de trabalho, redefinindo seu objeto de trabalho ao incorporar os novos arranjos e dispositivos propostos, e passa a ser chamada de equipe de Apoiaadores Institucionais (Campos, 2003). É a aposta no modelo de cogestão para substituir práticas gerencialistas vigentes, considerando as organizações como espaços para construção de novas subjetividades; a invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais produzindo coletivos com maior capacidade de compreensão da realidade para intervir criticamente.

Concluída esta gestão na SMS, inicia-se um período de grave crise na cidade e também no SUS Campinas. O governo eleito em 2006, e reeleito em primeiro turno nas eleições de 2010, trouxe impactos negativos para o município como demonstra o Documento de Análise Técnica do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/IPEA (2012): a taxa de pobreza absoluta em Campinas subiu 5,5% entre os anos 2000 e 2010. A Região Metropolitana de Campinas viu aumentar sua quantidade de pobres, de 20,7mil pessoas no ano de 2000 para 26,7 mil pessoas, em 2010. No município, acréscimo de 29% na quantidade de pobres. Na Região Metropolitana de Campinas, a taxa de pobreza extrema também aumentou, de 3,9%, em 2000, para 4,6%, em 2010. Em termos absolutos, a quantidade de pobres na Região Metropolitana de Campinas aumentou de 26,1 mil pessoas em 2000 para 40,3 mil pessoas. Ou seja, a elevação de 54,4% no número de miseráveis em dez anos.

Para o SUS Campinas, os impactos negativos referem-se não apenas ao desinvestimento na política de pessoal, na expansão e qualificação da rede, mas numa precarização das condições de trabalho jamais vista neste município, outrora referência de vanguarda na Saúde para o país. Campinas viveu (e vive) uma crise de desabastecimento de insumos, medicamentos, fechamento de serviços, demissão de mais de mil funcionários que eram contratados por meio de convênio com o parceiro histórico na gestão da saúde mental e da saúde,

o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, sem a devida reposição etc. Vive-se de um período em que não há diretrizes para a saúde, que o espaço da gestão não tem representatividade entre trabalhadores, usuários e mesmo entre outros gestores da Secretaria. O vazio de formulação que assola o SUS Campinas desestimula as equipes e os Distritos ocupam-se de resolver urgências e oferecer um pacote cada vez menor de ofertas assistenciais à população.

Toda essa situação ocorre no bojo da maior crise política do município, que culminou com o *impeachment* do então prefeito, Dr. Hélio de Oliveira (PDT), indiciado por crimes de corrupção. O vice-prefeito Demétrio Vilagra (PT), assumiu o Executivo após a cassação de Dr. Hélio, mas já chegou ao cargo como suspeito de integrar o esquema de fraudes que envolvia o prefeito. Poucos meses depois de assumir a gestão da PMC, Vilagra foi afastado da prefeitura pela Câmara de Vereadores e esta decisão do Legislativo entregou a Pedro Serafim Jr., então presidente da Câmara, o cargo de prefeito de Campinas. Diante da cassação de Demétrio Vilagra, Serafim Junior, por meio de uma eleição indireta, foi mantido no cargo até o fim do mandato e novas eleições municipais.

Em 2013, assume o novo prefeito da cidade e não vemos alteração no movimento de desvalorizar e desconstruir o SUS Campinas. A atual administração tem realizado convênios e contratos que terceirizam assistência e gestão dos serviços municipais, a qualidade do serviço de saúde se mantém ruim, o desabastecimento de material e medicamentos permanece e os trabalhadores seguem sobrecarregados, sem a reposição dos colegas que deixaram o quadro e sem sucesso na tentativa de interlocução com os gestores do nível central.

## **Os Distritos de Saúde**

A Secretaria Municipal de Saúde conta com cinco Distritos Sanitários: Norte, Noroeste, Sul, Sudoeste e Leste. É de responsabilidade de cada um deles o planejamento e gestão da saúde de seu território, envolvendo os serviços de atenção básica, atenção especializada, pronto-atendimento e vigilância sanitária de sua área de abrangência. Os distritos contam com autonomia de adaptação das diretrizes municipais para as particularidades socioeconômicas de seus

territórios, o que garantiria uma maior governabilidade para os problemas locais de saúde (Campinas, 2006).

Cada um dos Distritos Sanitários conta com um coordenador distrital e uma equipe de apoiadores, além de trabalhadores com função técnica e administrativa. A equipe de apoiadores, neste momento, está composta por cerca de oito a dez profissionais, a depender do Distrito em questão. Os Distritos recebem demandas do nível central da Secretaria Municipal de Saúde e mantêm interlocução com os serviços da ponta por meio de seus apoiadores. O modo de organizar estas relações tem particularidades em cada Distrito.

Em geral, a maior parte dos apoiadores participa de câmaras técnicas junto aos gestores responsáveis, no nível central, pela implementação de ações e programas de determinadas áreas (criança, adulto, idoso, saúde mental, assistência farmacêutica etc.). Faz parte do cotidiano do grupo de apoiadores institucionais duas reuniões semanais regulares: reúnem-se com o colegiado de coordenadores (estão presentes todos os coordenadores locais de serviço de saúde público do território, equipe de apoio, coordenador distrital e coordenador da vigilância sanitária do distrito) e a reunião de apoio, quando se reúnem entre si com a presença do coordenador distrital.

Certamente os Distritos de Saúde e a equipe de apoiadores não passaram ao largo de toda crise política que já expusemos. Além de ter que lidar com o estilo de governo de cada um dos três prefeitos que estiveram no poder num intervalo inferior a dois anos, os Distritos tiveram que se haver com os novos interlocutores que representavam o nível central da SMS em cada um desses momentos, que teve três Secretários de Saúde no período, cada qual com um Diretor de Saúde, além da mudança de outros Diretores que compõem os Departamentos do nível central da gestão da SMS, como de Recursos Humanos e do Departamento Administrativo. Se era um complicador para as equipes de Distrito tentar entender cada novo projeto de governo e os novos interlocutores na cena, também devemos considerar ainda mais complicada a situação das unidades de saúde, tantas vezes deixadas à própria sorte no cotidiano recheado de problemas estruturais.

Este estudo buscou compreender como está acontecendo o trabalho dos Apoiadores Institucionais no contexto atual da Secretaria Municipal de Campinas/SP. Pretendeu-se ainda descrever o contexto institucional, bem como o perfil dos Apoiadores Institucionais atuantes na SMS de Campinas/SP, além de compreender as concepções dos Apoiadores Institucionais sobre o Apoio Institucional, analisando a atuação dos Apoiadores Institucionais, a partir de tais concepções.

### **Desenho da pesquisa**

Esta pesquisa se insere no campo das pesquisas qualitativas em saúde e se baseia nos modos de concepção da realidade e da relação sujeito-objeto característicos da abordagem qualitativa das relações sociais. Nas Ciências Sociais, sujeito e objeto pertencem à mesma natureza histórica, de modo que a visão de mundo do pesquisador permeia sua aproximação do objeto e, além disso, o pesquisador é considerado como instrumento-chave para a compreensão da realidade a ser estudada (Minayo, 2010).

No campo da saúde em geral, e particularmente na Saúde Coletiva e na área de Política, Planejamento e Gestão, os objetos de investigação se constituem de maneira complexa, havendo sempre um grande número de variáveis a serem consideradas e inter-relacionadas com as ciências naturais, humanas e sociais (Onocko Campos, 2005). Diante dessa característica, por vezes precisamos contar com mais de um método de investigação para possibilitar a análise da realidade sob diversos ângulos (Turato, 2005). Minayo (2010) considera que as abordagens quantitativa e qualitativa e os dados delas advindos, quando tomados em conjunto, podem produzir riqueza, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa.

Neste estudo, utilizamos duas técnicas distintas para coleta de dados. Num primeiro momento elaboramos previamente e depois aplicamos um questionário junto aos Apoiadores Institucionais com o objetivo de recolher informações relativas ao contexto institucional, bem como realizar a descrição do perfil do Apoiador proposta nesta investigação. Num segundo momento, buscamos aprofundar as questões de nosso interesse e ampliar a compreensão sobre o processo de trabalho, as motivações e as dificuldades do exercício desta função, do ponto de vista dos próprios Apoiadores. Para isso, realizamos dois grupos focais com estes atores, a partir dos quais construímos uma narrativa, contendo os principais núcleos argumentais contidos nas discussões.

Por fim, propusemos um novo grupo focal com os mesmos atores, desta vez juntos, no qual fizemos a devolutiva dessa narrativa, além da apresentação dos dados quantitativos obtidos por meio das respostas ao questionário, e retomamos a análise sob nova perspectiva.

### **Análise dos dados e referencial interpretativo**

Para a análise e interpretação dos dados, optamos pela abordagem hermenêutica crítica e referencial interpretativo da narrativa. A abordagem hermenêutica pode ser considerada como uma postura interpretativa que sustenta a busca pela compreensão do sentido de um texto ou, de forma geral, de um fenômeno humano, seja ele um discurso, um evento, uma cultura. De acordo com esta abordagem, uma interpretação é sempre uma interpretação de uma interpretação, por isso infinita; e, como tal, será sempre referente a quem interpreta.

Gadamer (2003), principal teórico da hermenêutica filosófica, propõe o entendimento da mesma como reflexão meta-discursiva que vai além da compreensão de textos e obras, e funda na linguagem a compreensão das próprias realidades humanas. Aborda a hermenêutica, portanto, não como uma metodologia, mas como uma atitude filosófica que sustenta os processos cognitivos de modo geral. Nesta concepção, compreender um texto implica sempre reconhecer que temos expectativas com relação ao que lemos e atribuímos sentido ao texto também a partir dessas expectativas.

Este autor destaca a importância de que uma consciência formada hermeneuticamente deve se mostrar receptiva à alteridade do texto. Porém, essa receptividade não pressupõe neutralidade ou isenção, mas implica antes em uma apropriação das opiniões prévias e dos preconceitos pessoais. Então, compreender significa também lidar com nossas antecipações de sentido mais do que buscar sentidos ocultos dos textos. A tarefa da hermenêutica seria estabelecer um entendimento sobre as coisas, de modo a nos possibilitar saber se

nossas antecipações serão corretas e adequadas às coisas, confirmando-as nas próprias coisas.

A hermenêutica deve se constituir numa construção permanente da maneira de colocar-se frente ao objeto de estudo, de modo que o reconhecimento de nossos pontos de partida como pesquisadores e o movimento de nos expor à alteridade seja a principal tarefa: [...] *o que importa é dar-se conta dos próprios pressupostos, a fim de que o texto possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as opiniões prévias pessoais* (Gadamer, 2003: p.355-58).

Os pressupostos do pesquisador, ou seus preconceitos, somente são nocivos na medida em que operam de modo despercebido. Se ao invés de evitá-los, formos capazes de colocá-los em análise, os transformaremos em espécies de guias que ajudarão a esclarecer os determinantes históricos que estão incidindo sobre a investigação. A análise do preconceito é essencial para reconhecer o si-mesmo na pesquisa e discernir o que é próprio do pesquisador e o que é alheio, para que seja possível a compreensão do ser-diverso. Ao expor, no decorrer desta pesquisa, as correntes de pensamento às quais nos consideramos vinculados, e ao reconhecer em alguns autores, seus conceitos e teorias, as autoridades que nos permitiram formular e, ao mesmo tempo, nos dar conta de nossos pressupostos, tentamos explicitar o lugar de onde pesquisamos e as condições sob as quais nossa leitura e interpretação foi possível (Figueiredo, 2012).

Retomemos brevemente a produção teórica de Ricoeur (1990; 1997) e sua busca por superar a contradição entre teoria crítica e hermenêutica, na medida em que recusa a existência de um paradoxo entre o pensamento crítico e o recurso à tradição e propõe superar esse impasse ao sugerir que a dialética entre essas duas instâncias seja a mola para uma **hermenêutica crítica**. De acordo com o autor, essa dialética seria possível por meio do texto, que é o paradigma do distanciamento na comunicação e revela o caráter fundamental da historicidade humana.

A fixação do discurso na escrita produz um distanciamento que favorece a compreensão e a crítica. Na escrita, a comunicação se dá na e pela distância, não há situação comum ao escritor e ao leitor. Assim, a escrita torna o texto relativamente autônomo em relação às intenções do autor, isto é, o que o texto significa não coincide mais (necessariamente) com aquilo que o autor quis dizer. O texto transcende suas condições de produção e se abre, assim, a sucessivas leituras que podem estar situadas em diferentes contextos socioculturais. Então, o texto deve poder descontextualizar-se para depois ser recontextualizado numa nova situação (Figueiredo, 2012). Nas palavras de Ricoeur, graças à escrita, “*o mundo do texto deve fazer explodir o mundo do autor*” (1990: p.53), e é nessa libertação do texto de suas condições de produção que está a instância crítica da interpretação. O distanciamento não é um produto da metodologia, mas é constitutivo do fenômeno do texto como escrita, e ao mesmo tempo, é também a condição para a interpretação.

Apoiamo-nos, ainda, na produção de Onocko Campos (2008) que, a partir de Ricoeur, identifica as narrativas como recurso interpretativo potente para proporcionar a elaboração de sentidos para o material produzido em pesquisas. Segundo a autora, esta abordagem construtiva busca não apenas compreender, mas também transformar, propor alternativas. Ela considera que há dois momentos que constituem a interpretação do material: a análise e a construção. Aqui, analisar significa fragmentar, esmiuçar os fenômenos e as informações para poder compreendê-los; enquanto a construção seria o processo de organizar o material, costurando os fragmentos a fim de elaborar linhas de sentido que possam contribuir como saídas para os problemas encontrados.

Para Ricoeur, a narrativa só tem seu sentido realizado quando é restituída ao mundo do agir, ou seja, quando a narrativa é levada ao leitor. Assim, além da busca por compreender aquilo que nos foi dito durante os grupos focais, procuramos também produzir efeitos de intervenção ao devolver a narrativa aos participantes para que pudessem nela se reconhecer ou não, complementando ou retificando nossa leitura e, assim, tendo a oportunidade de recolocar argumentos e se reposicionar diante do próprio discurso.

## O trabalho de campo

### 1ª fase: Questionários com os Apoiadores

O questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar dos informantes respostas por escrito sobre o tema que os informantes saibam opinar ou informar. Trata-se de uma interlocução planejada. Sua execução necessita: **a)** que o pesquisador saiba claramente as informações que busca, o objetivo da pesquisa, e conheça cada uma das questões, o que e como pretende conhecer. É uma tarefa que exige critério e planejamento para exaurir todos os aspectos dos dados que se quer obter, sem negligenciar os aspectos essenciais da pesquisa; **b)** que o informante compreenda as questões, os conteúdos e a linguagem sejam adequados; **c)** que o questionário contenha uma estrutura lógica e seja progressivo (parta do simples para o complexo), seja preciso (uma questão por vez), articulado (as questões centrais ou os “filtros” eliminem as questões derivadas). O sentido das questões deve evitar ambiguidades, dúvidas ou incompreensões, recusas e “não sei”, e produzir respostas curtas, rápidas e objetivas (Chizzotti, 1991).

Minayo et al (2005) considera este instrumento uma ferramenta útil para a objetivação da realidade e elaboramos especificamente para esta pesquisa um questionário<sup>1</sup> que foi composto por cinco blocos temáticos contendo questões abertas e fechadas: identificação, cargo atual, formação, processo de trabalho e gestão.

A forma de aplicação dos questionários para esta pesquisa foi a de autopreenchimento, na presença da pesquisadora, para que os respondentes que tivessem algum tipo de dúvida sobre o questionário pudessem receber os devidos esclarecimentos. Foi pactuado previamente com os Coordenadores de cada um dos cinco Distritos de Saúde<sup>2</sup>, o tempo de uma hora durante a Reunião da Equipe de Apoio para que fosse realizada a aplicação dos questionários com os Apoiadores que desejassem participar da pesquisa.

---

<sup>1</sup>Ver anexo 1

<sup>2</sup>Nomearemos os Distritos como A, B, C, D e E a fim de preservar os aspectos éticos da pesquisa.

No distrito A, inicialmente foi feita a apresentação da pesquisa geral *Estudo da Estratégia de Apoio Paidéia: investigação sobre apoio institucional e apoio matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) no SUS* para o Colegiado de Coordenadores de serviços e Apoiadores. Mostraram-se motivados com o estudo e agendaram uma data para falarmos do estudo sobre o Apoio Institucional com a equipe de Apoiadores na reunião semanal deste grupo. Os participantes preferiram realizar a leitura de todo o questionário em voz alta após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao finalizar a leitura e de terem sido esclarecidas algumas dúvidas, os apoiadores solicitaram o prazo de uma semana para responder o questionário uma vez que já havia se estendido o tempo programado para aquela pauta na reunião de equipe e entendiam que precisariam de um tempo maior para respondê-lo. Concordamos com o pedido do grupo, composto por dez apoiadores naquele momento.

Na semana seguinte, apenas dois apoiadores devolveram os questionários respondidos. Foram feitas conversas entre os pesquisadores da Unicamp e coordenador do distrito de saúde, além de contato com alguns apoiadores a fim de entender o motivo da maior parte do grupo não ter concordado em participar da pesquisa. Foi-nos dito num primeiro momento que se tratava de excesso de demandas cotidianas, resultando em pouca organização para responder os questionários. Um dos apoiadores chegou a revelar que o grupo se intimidou em ter que preencher o campo “Identificação” e ter seu nome associado a alguma resposta que consideraram potencialmente comprometedora. Esclarecemos que o campo da “Identificação” visava somente permitir o contato posterior com o apoiador que preenchesse os critérios de inclusão para participar da segunda fase da pesquisa, o grupo focal. Orientamos, então, que não seria necessário se identificar a fim de incentivar a participação do maior número de pessoas. Ainda assim, o grupo que não havia respondido até então se manteve sem o desejo de participar. Numa última conversa, a coordenadora do distrito disse que neste momento não era a prioridade da equipe participar do estudo e que, portanto, não haveria novas participações.

No distrito B, apresentamos a pesquisa geral e a pesquisa sobre Apoio Institucional no espaço da reunião de Apoiadores. Todos os apoiadores do distrito estavam presentes, somando oito pessoas. Lemos o TCLE, esclarecemos as dúvidas, ouvimos intervenções de entusiasmo com a investigação e outras que nos pareceram de rejeição, questionando o direito de não participarem, já que se tratava de uma pesquisa de caráter voluntário. Solicitaram que o questionário fosse respondido ao longo da semana e marcaram uma data para que fossem retirados na sede do Distrito. No dia combinado, havia três questionários preenchidos. Voltamos a conversar com a coordenadora do distrito que alegou uma rotina cheia de demandas, mas que reforçaria com o grupo o combinado. Ao longo das semanas, os questionários respondidos chegaram às mãos da pesquisadora e cinco dos oito apoiadores do Distrito B foram incluídos na pesquisa.

A apresentação da pesquisa geral foi feita no Distrito C na reunião de Colegiado de Coordenadores de serviço e Apoiadores. Naquele momento, apontou-se uma nova data para aplicação dos questionários com o grupo de apoiadores institucionais do distrito. Estiveram presentes na reunião nove apoiadores, porém um deles precisou se ausentar antes que começasse a pauta da nossa pesquisa. Escolhemos passar ao preenchimento dos questionários assim que apresentamos a pesquisa e o TCLE. À medida em iam surgindo dúvidas, a pesquisadora era chamada a responder ao apoiador, no que era atendido prontamente. Dessa forma, conseguimos a participação de todos os apoiadores presentes e recebemos todos os questionários preenchidos ao final do tempo concedido para esta pauta na reunião.

O Distrito D recebeu os pesquisadores da Unicamp na reunião do Colegiado de Coordenadores e Apoiadores para apresentação da pesquisa geral. Agendou-se um momento na reunião de Apoiadores para aplicação dos questionários da pesquisa específica sobre Apoio. Estavam presentes sete apoiadores na reunião e a forma de proceder utilizada foi igual à ocorrida no Distrito C. Ao final do tempo concedido para esta pauta na reunião, foram devolvidos à pesquisadora todos os questionário preenchidos.

O Distrito E foi o último em que estivemos para aplicar os questionários. Procedemos da mesma maneira que nos Distritos C e D: houve a apresentação da pesquisa geral no Colegiado de Coordenadores e Apoiadores, seguido do agendamento de uma pauta na reunião de Apoiadores para aplicação dos questionários. Os sete apoiadores presentes aceitaram participar da pesquisa e todos os questionários foram preenchidos e devolvidos na reunião de Apoiadores.

Ressaltamos ainda que dois apoiadores, que não estiveram presentes na reunião de Apoio em que foi aplicado o questionário nos seus Distritos, manifestaram seu interesse em participar do estudo e responderam o questionário posteriormente. A análise dos dados obtidos até o presente momento se iniciou com a tabulação das respostas e categorização referente às questões abertas. Utilizamos gráficos, com auxílio do Programa *Microsoft Excel*, pacote *Office 2000*, para ilustração dos achados.

## **2ª fase: Grupo focal**

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados em que pessoas que compartilham traços comuns aprofundam discussões sobre uma questão específica. As opiniões emergem da interação entre os participantes, que devem ter vivência com o tema discutido, de modo que a participação seja capaz de trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas (Westphal, Bógus & Faria, 1996; Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 2004; Gatti, 2005). Com isso, é possível atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e obter, com alguma facilidade, dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo (Westphal, 1992; Gatti, 2005).

Segundo Westphal (1992), essa técnica permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno. Além de possibilitar a apreensão não somente 'do que' pensam os participantes, mas também de 'por que' eles pensam de determinada forma, a interação grupal proporciona que o pesquisador possa observar como a

controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos (Westphal, Bógus & Faria, 1996), evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (Furtado, 2001). Nesse sentido, os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão (Westphal, 1992).

Os grupos focais, em uma pesquisa, costumam ser coordenados por um único moderador, a fim de garantir certa homogeneidade na condução. O moderador deve contar com o auxílio de um observador, que estará atento para as comunicações não verbais, anotando as contribuições de cada membro do grupo, as conversas paralelas, os momentos que parecem significar unanimidade ou discordância, entre outros aspectos que se mostrarem relevantes (Westphal, 1992). Além disso, para garantir a preservação dos dados coletados, a discussão deve ser gravada em áudio, com o conhecimento e autorização dos participantes.

Para o planejamento desses grupos, é necessário definir sua categorização, sua composição e um roteiro de questões de interesse para a discussão. Segundo Westphal (1992), o critério de seleção dos participantes é intencional e baseia-se na concepção de que a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social associa-se à sua construção social da realidade. Essa realidade está intimamente relacionada à forma como os indivíduos posicionam-se em relação às questões propostas. Nesse sentido, a autora defende que a composição dos grupos focais deve, preferencialmente, privilegiar a homogeneidade entre os participantes. Aqueles mais homogêneos permitem obter resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema, na medida em que cada grupo elabora e esmiúça as questões em discussão a partir de seu lugar específico, enquanto componente da trama social. Ademais, a homogeneidade é desejável para facilitar a interação grupal (Worthen, Sanders & Fitzpatrick, 2004), ao passo que a heterogeneidade e as diferenças muito marcantes em termos de educação, papéis sociais ou autoridade podem inibir as relações interpessoais.

A literatura indica que cada grupo focal deve ser composto por seis a doze pessoas (Gatti, 2005; Westphal, 1992), porém avalia-se que este número deve ser medido de acordo com os objetivos da pesquisa e as características dos sujeitos (Gondim, 2002). É fundamental que o pesquisador garanta o sigilo em relação às falas e à identidade dos participantes, já que muitas vezes os grupos tratam de assuntos controversos e podem fazer declarações pessoais que os exporiam em alguma medida. Ainda quanto aos aspectos técnicos, a autora destaca a relevância de, antes de iniciar o grupo focal, esclarecer os participantes quanto às regras do trabalho a ser desenvolvido: todos têm o direito de dizer o que pensam; cada pessoa deve falar de uma vez; ninguém pode dominar a discussão; os debates paralelos devem ser evitados.

O roteiro<sup>3</sup> da discussão para os grupos desta pesquisa foi composto por um conjunto de tópicos ou questões abertas, que focalizava os temas de interesse da pesquisa. Esse roteiro, formulado em função dos objetivos e do referencial teórico assumido, serviu como guia para o moderador coordenar o grupo. De acordo com a literatura, como se trata de uma discussão, e não de uma entrevista em grupo, o acompanhamento deste roteiro deve ser flexível, sem impor uma sequência de tópicos *a priori*, uma vez que os assuntos muitas vezes acabam sendo abordados em momentos seguintes, a partir do andamento da própria discussão ou poderão ser introduzidos pelo moderador, que deve ter o cuidado de não deixar que os assuntos mais importantes sejam relegados para o período final da sessão, não tendo assim, tempo suficiente para sua abordagem (Westphal, 1992).

Tendo como campo de pesquisa os cinco Distritos de Saúde da cidade de Campinas, os sujeitos que participaram dos grupos focais foram os Apoiadores Institucionais vinculados a estes Distritos. Os critérios de inclusão para participação no grupo focal foram ter respondido o questionário, estar em exercício da função de Apoiador por pelo menos um ano antes do período da realização dos grupos focais e manifestar interesse em participar também desta fase do estudo.

---

<sup>3</sup>Ver anexo 2

Após a análise dos questionários, selecionamos aqueles respondidos por Apoiadores que estão neste cargo há pelo menos um ano (cinco deles não preenchiam este critério). De posse desta lista com os nomes elencados, fizemos contato com os Coordenadores dos Distritos para convidar os sujeitos a participar dos grupos focais. Os coordenadores sugeriram que o contato fosse feito diretamente com cada apoiador a ser convidado e assim foi feito. Por meio de contato telefônico e correio eletrônico, buscamos negociar uma data que contemplasse a maior parte dos Apoiadores que preenchiam os critérios de inclusão para participar do estudo.

Dezesseis apoiadores se colocaram à disposição da pesquisa, com possibilidades de agenda distintas. Decidimos oferecer duas datas para realização dos grupos focais e os apoiadores se dividiram segundo suas possibilidades, respeitando o critério de haver representação de pelo menos três dos cinco distritos em cada grupo. Destacamos que alguns participantes interessados em compor os grupos já haviam deixado o cargo de Apoiador no período entre a aplicação dos questionários e a realização do grupo focal (quatro meses) e entendemos como válida a participação dos mesmos na segunda fase do estudo.

Foram realizados dois grupos focais e um grupo de devolutiva que contou com a participação de Apoiadores que estiveram presentes no primeiro grupo focal e também com aqueles que estiveram no segundo grupo. O primeiro grupo focal realizado contou com cinco participantes, vinculados a quatro dos cinco distritos sanitários de Campinas. Convidamos uma colega do Coletivo de Apoio e Estudos Paideia para moderar o grupo focal a fim de evitar vieses na condução da discussão, já que a pesquisadora havia sido colega de equipe de parte dos apoiadores presentes no grupo focal. No entanto, a pesquisadora se manteve na atividade como observadora após combinar esta inserção com o grupo.

Os cinco apoiadores revelaram trajetórias profissionais bastante diversas tanto do ponto de vista do tempo em que trabalham no SUS Campinas (a apoiadora que está há mais tempo na rede iniciou suas atividades em 1986 e a

que está há menos tempo começou a trabalhar em 2007) quanto dos espaços de trabalho ocupados ao longo da carreira. Atualmente, dois destes cinco apoiadores estão desligados da função de Apoio Institucional há menos de dois meses, porém continuam trabalhando em outras funções na rede de saúde pública do município. O grupo fez discussões interessantes, em que iam revelando a necessidade de falar sobre seu trabalho e a falta de espaços para tanto no cotidiano. Referiram-se tanto ao contexto da implantação do Paideia quanto ao atual, observando o lugar e a clareza institucional que se tinha e se deixou de ter em relação à função de Apoiador. Contaram do seu cotidiano de trabalho e o quanto a prática atual está desvirtuada daquilo que entendem como sendo do campo da atuação Apoiador devido às graves crises que o município enfrenta e, em especial, a área da Saúde.

O segundo grupo focal foi moderado por outro colega do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia enquanto a pesquisadora esteve como observadora pelos mesmos motivos já apresentados. Onze apoiadores estiveram presentes e representavam quatro dos cinco distritos, incluindo a participação do distrito C que havia sido o único que não estava no primeiro grupo focal. Os apoiadores discutiram muito sobre sua prática cotidiana e o quão distanciada ela está da própria concepção que eles têm sobre como deveria ocorrer o trabalho de Apoio. Questionaram muito o chamado “papel do Apoiador” diante de tantas demandas que em princípio não lhes diriam respeito. Recordaram-se dos momentos de formação ocorridos e da grande perda que é não contar mais com espaços de reflexão no cotidiano.

### **3ª fase: Grupo de devolutiva**

Finalizados os grupos focais, transcrevemos as gravações e partimos para a construção de um texto que apresentasse os elementos surgidos na discussão dos dois grupos e a maneira como os participantes se expressaram, revelando consensos, discordâncias, hipóteses e opiniões sobre os problemas trazidos: construímos uma narrativa, tal como proposta por Ricouer (1990; 1997).

Escolhemos construir uma só narrativa dos dois grupos focais, apostando que haveria vantagens em reunir todos os participantes num único momento de devolutiva. Destacamos que a narrativa foi escrita na *primeira pessoa do plural*, explicitando os conteúdos que haviam sido trazidos por um ou por outro grupo, no intuito que o texto refletisse traços de identidade de cada grupo. Ou seja, buscamos produzir um discurso cujas linhas argumentativas foram organizadas pela pesquisadora e revelasse as singularidades de cada um dos grupos.

Compreendemos que os assuntos abordados em ambos os grupos assemelharam-se bastante, até porque partiam de um mesmo roteiro para o grupo focal, de modo que não haveria grandes estranhamentos no compartilhamento destes conteúdos num único momento de devolutiva, desde que explicitado a qual dos grupos cada ideia devolvida pertencia. Reunir participantes de ambos os grupos focais tinha a intenção de trazer mais riqueza à discussão e possibilitar que temas que foram eventualmente abordados mais superficialmente por determinado grupo, retornassem à cena, estimulado pelo que o outro grupo havia levantado numa discussão mais aprofundada.

Convidamos, então, todos os apoiadores que participaram dos grupos focais para um encontro de devolutiva, em que apresentamos tanto o compilado dos dados quantitativos desta pesquisa quanto a narrativa. Compareceram onze dos dezesseis participantes dos grupos focais. Fizemos a leitura em voz alta da narrativa e passamos à apresentação dos resultados quantitativos para iniciar a discussão. Os participantes disseram-se muito contemplados com o texto apresentado, lembrando dos momentos e considerando que a narrativa conseguiu apreender todas as discussões relevantes e apresenta-las sinteticamente. O grupo voltou a abordar questões já trazidas nos grupos focais anteriores principalmente aquelas relativas ao papel dos apoiadores e ao contexto atual da Secretaria de Saúde de Campinas, desta vez com maior profundidade e apresentando alguns novos elementos ou esclarecimentos.

## Aspectos éticos

O trabalho de campo deste estudo somente foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e da Secretaria Municipal de Saúde<sup>4</sup>. Foram submetidos à aprovação tanto o projeto de pesquisa geral, *Estudo da Estratégia de Apoio Paidéia: investigação sobre apoio institucional e apoio matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) no SUS*, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas, sob parecer de número 293.405 em 28 de maio de 2013, quanto o projeto deste estudo em específico, sob o número 182.352 em 18 de dezembro de 2012.

Todos os participantes do grupo pesquisado assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>5</sup>, autorizando a utilização do material produzido na pesquisa, resguardado o sigilo. A pesquisadora se comprometeu em cumprir as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, além de fazer uma devolutiva dos resultados da pesquisa a todos os participantes e a divulgação dos mesmos para o público interessado em geral.

---

<sup>4</sup>Ver anexos 4, 5 e 6

<sup>5</sup>Ver anexo 7

Conforme explicitamos em nossa Metodologia, este estudo utilizou distintas técnicas de coleta de dados para cumprir os objetivos da pesquisa. As informações obtidas por meio do questionário são majoritariamente de ordem quantitativa e buscaram reconhecer quem era o grupo de Apoiadores, suas principais características e relações com o contexto. Em seguida, realizamos os grupos focais, que apresentaram uma versão mais complexa e aprofundada das informações, e o grupo de devolutiva, nos quais discutimos a narrativa construída a partir dos grupos focais.

A seguir, apresentaremos uma análise dos resultados obtidos pelas duas técnicas utilizadas, dialogando com o referencial teórico adotado, e também com a experiência profissional da pesquisadora durante o período que atuou como Apoiadora Institucional no SUS Campinas. A narrativa construída a partir dos grupos focais e os resultados brutos do estudo quantitativo encontram-se nos anexos 8 e 9, respectivamente.

Foram considerados como amostra total da primeira fase deste estudo, todos os questionários preenchidos pelos Apoiadores que consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conforme descrevemos no item **1ª fase: Questionários com os Apoiadores** houve recusas e evasivas de parte das equipes em participar do estudo pelas razões já mencionadas. No primeiro mês de coleta de dados, 48 Apoiadores faziam parte das cinco equipes dos Distritos de Saúde. Destacamos que ao final da coleta, oito destes haviam deixado o cargo para assumir outras funções dentro da própria SMS/Campinas.

Assim, do total de Apoiadores presentes nas cinco reuniões em que foram aplicados os questionários (41 pessoas), houve interesse e disponibilidade de 29 deles. Recebemos, ainda, dois questionários respondidos posteriormente por Apoiadores que não estiveram presentes nas reuniões e que gostariam de participar da pesquisa. Trabalhamos, portanto, com os dados obtidos por meio do preenchimento de 31 questionários na primeira fase do estudo.

Os resultados revelam que a grande maioria dos Apoiaadores Institucionais dos Distritos Sanitários de Campinas são mulheres (80,6%). A faixa etária predominante foi entre 40-49 anos (48,4%), seguida pela faixa entre 50 e 59 anos (32,3%). Notamos que a formação de graduação deste grupo de Apoiaadores majoritária foi em Enfermagem (35,5%), tendo sido encontradas outras cinco profissões regulamentadas na área de saúde (Odontologia, Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) e uma da área de humanas (Ciências Sociais).

Verificamos que todos os Apoiaadores participantes da pesquisa cursaram pelo menos um curso de pós-graduação. Ao considerarmos os cursos relacionados às áreas de: saúde coletiva, saúde pública, saúde da família e gestão em saúde, percebemos que 77,4% dos Apoiaadores possuem pós-graduação em temas relacionados ao exercício da função de Apoiador Institucional enquanto 22,6% cursaram pós-graduação em área afim ao seu núcleo de graduação.

O conjunto dos Apoiaadores participantes do estudo, portanto, constitui um grupo maduro, inclusive tendo vários deles com perspectiva de aposentar-se nos próximos anos. Como é tradição na área da Saúde, encontramos um perfil feminino de trabalhadores e uma rica composição multiprofissional nos Distritos de Saúde. Consideramos ainda que se trata de um grupo bem qualificado, com investimento na formação profissional (pós-graduação), seja em sua área de graduação seja na sua área de atuação no SUS.

Constatamos que 80,6% dos Apoiaadores trabalham 36 horas semanais e os demais cumprem jornada de 30 horas nos Distritos Sanitários, nas equipes de Apoio Institucional. Verificou-se ainda que 68% dos Apoiaadores têm esta função como única atividade profissional, enquanto os demais dividem sua jornada com consultórios privados e atividades docentes. A maioria deles (74,2%) têm como empregador a Prefeitura Municipal de Campinas, 12,9% são contratados pela mesma Associação Filantrópica conveniada à Prefeitura e também 12,9% são funcionários municipalizados de origem da Secretaria Estadual

de Saúde e Ministério da Saúde. Os apoiadores contratados por meio do convênio têm regime CLT e os demais são estatutários. Percebemos que a grande maioria dos profissionais goza de estabilidade em seu vínculo empregatício e está dedicada profissionalmente apenas às atividades como Apoiador.

A forma de ingresso no cargo de Apoiador Institucional se deu predominantemente por meio de convite (82,65%), tendo sido encontrada uma resposta que afirma ter ingressado por processo seletivo, uma por concurso público, duas pessoas não responderam e uma deu resposta incompatível à questão formulada (“apoio institucional”). É sabido que o município de Campinas não realizou concursos públicos para o cargo de Apoiador Institucional. Como dissemos, esta função foi recriada a partir dos anos 2000, com a mudança do objeto de trabalho e das práticas dos Supervisores que compunham as equipes dos Distritos até então.

Chama a atenção que apenas um Apoiador tenha sido incorporado à equipe mediante processo seletivo enquanto a imensa maioria foi para o cargo à convite. O município vem de uma tradição de processos democráticos no campo da Saúde e talvez fosse esperado que para o cargo de Apoiador houvesse seleção semelhante àquela que ocorre para o cargo de Coordenador de unidades básicas. Destacamos, inclusive, que diante da criação do cargo de Coordenador de unidade, foram realizadas diversas capacitações a fim de qualificar os novos Coordenadores que começavam a adentrar o campo da gestão. Atualmente, embora não aconteçam capacitações para este cargo, se manteve a tradição de selecionar Coordenadores de unidade mediante processo seletivo amplo e democrático.

Consideramos que esta relação acaba traduzindo o cargo de Apoiador como um cargo de confiança, o que pode comprometer a atuação deste profissional, na medida em que estabelece uma dificuldade para o enfrentamento de discordâncias, por exemplo, com o Coordenador do Distrito ou outros interlocutores do nível central da gestão da SMS. Ademais, se distancia da proposta de democracia institucional defendida pelo Método da Roda, na medida

em que são designadas pessoas para cumprir uma função de certo modo poderosa (haja vista o poder do acesso privilegiado à informação, circulação nos espaços decisórios, além de efetivamente uma gratificação salarial) sem que esta decisão tenha sido dialogada com outros atores.

Constatamos ainda que quase a totalidade dos Apoiadores teve experiências profissionais anteriores na área de Saúde, seja na assistência, seja na gestão de serviços, já que diversos Apoiadores ocuparam o cargo de Coordenador de unidade básica antes de assumir a função de Apoio. O tempo médio de exercício no atual cargo foi de aproximadamente 60 meses, o que equivale a cinco anos. Verificamos que o maior número de Apoiadores que respondeu o questionário está na função há menos de três anos, seguido por aqueles que trabalham como Apoiadores há mais de nove anos. Ressaltamos que cinco dos quinze Apoiadores que estão há menos de três anos na função são aqueles mais à frente da área da saúde mental em seus Distritos e quatro deles são contratados por meio do convênio da PMC com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A fragilidade do vínculo com este conveniado fica ainda mais evidente quando consideramos que até o fechamento desta pesquisa, apenas um deles se manteve no cargo de Apoiador.

Um dado bastante relevante para nós diz respeito às questões de formação e capacitação. A maioria dos Apoiadores (68%) nega ter recebido qualquer formação da SMS Campinas para desenvolver o trabalho de Apoio Institucional e aqueles que afirmam ter recebido algum tipo de formação, apontam que a mesma se deu por meio do Programa de Educação Permanente (ainda que façam a ressalva de que não foi uma formação específica para os Apoiadores Institucionais, mas para todos os gestores da SMS) ou pelas capacitações à época da implantação do Paideia como diretriz da gestão municipal no início dos anos 2000.

Nas discussões nos grupos focais, o grupo de Apoiadores recuperou o período da implantação do Programa PSF-Paideia e o surgimento da função de Apoiador para substituir o Supervisor que havia nos Distritos. Grande parte deles

vivenciou este período, estando na função de gestor ou de trabalhador da assistência e criticaram a forma como foram conduzidas as capacitações para os trabalhadores começarem a trabalhar com o modelo que estava sendo implantado. Alguns associaram, inclusive, a dificuldade na construção do papel de Apoiador à maneira como foi conduzido o processo de implantação do novo modelo, como se pode observar em algumas falas dos participantes.

*(...) estou me lembrando que quando eu fui pro Apoio, foi bem no início do modelo Paideia e aí estava acontecendo a mudança de modelo e a mudança de supervisão para apoio, mas acho que as coisas aconteceram um pouco na contra mão porque tinha uma expectativa e uma proposta que era um modelo diferente de apoio à gestão, que era o apoiador, muito diferente do supervisor... Uma parte do supervisor mas uma parte também dentro da dimensão pedagógica, né, que era esperado, de fazer junto com a equipe, o olhar externo e tal. Mas a forma como o que era preconizado, a mudança que tinha que acontecer nas unidades pra se adequar ao que estava sendo proposto na época, eu acho que dificultou um pouquinho a construção e a continuidade de um papel, que era novo, que estava se criando, que era o do apoiador, porque o modelo foi, na verdade, imposto.*

Campos (2003) afirma que os oito anos de governo municipal que precederam a implantação do programa realizou forte investimento nos Pronto Atendimentos em detrimento da Atenção Básica, portanto, além de necessário, era urgente reverter esta tendência, implementando as diretrizes de Acolhimento, Clínica Ampliada, Adscrição de Clientela e modelo de Cogestão (Campos, 2003). Os Apoiadores que começaram a trabalhar no SUS Campinas depois de 2006 pouco comentaram a este respeito, uma vez que não vivenciaram este período, porém é presente na maioria do grupo a percepção de que não foram capacitados para exercer esta nova função e que foram aprendendo na prática, entre erros e acertos, conforme observamos na narrativa:

*Alguns de nós pensamos que a formulação proposta não se estendeu adequadamente às áreas de Urgência e Emergência e de Especialidades, de modo que aqueles que não estavam na Atenção Básica não usufruíram das capacitações propostas para o modelo. Alguns de nós acreditamos que teríamos sido abandonados pelos gestores do nível central da Secretaria de Saúde responsáveis pela implementação da Paideia, pois o modelo foi anunciado, implementado, mas com a saída do gestor da época, formulador do Paideia, ficou uma sensação de abandono e orfandade por não tê-lo ali para dar o rumo. Outros de nós discordamos, lembrando da aposta na capacidade de autonomia dos trabalhadores e gestores da Secretaria e, portanto, não entendemos que aconteceu dessa maneira, mas de uma outra forma em que as ferramentas foram experimentadas conjuntamente e era esperado do grupo conseguir seguir adiante a despeito da troca de gestor. Admitimos que, pessoalmente, fizemos pouco investimento teórico e isso também dificultou que seguissemos na prática do Apoio com as mudanças ocorridas no contexto.*

Com relação à formação contínua para apoiar o desenvolvimento do trabalho de Apoiador Institucional, a informação nos chama ainda mais atenção: mais de 80% responderam, nos questionários, que não recebem nenhum tipo de apoio ou formação continuada para exercer sua função. Nos grupos focais também ficou evidente o desinvestimento da Secretaria Municipal de Saúde nesta metodologia de trabalho e podemos dizer que não tem se trabalhado com lógicas afins ao modelo de cogestão há praticamente dez anos:

*Ainda no segundo grupo, lembramos que houve um período em que contamos com um Analista Institucional durante as reuniões de equipe de Apoio e avaliamos que ajudava o grupo a avançar e desenvolver novos olhares diante de uma situação complexa. Hoje em dia já não temos um espaço instituído com o objetivo de poder olhar pros nossos próprios processos de trabalho. O que acaba acontecendo é de utilizarmos a Reunião do Apoio, onde se discute de tudo, para falar algo da nossa atuação a partir de um fato, de uma situação que tomamos como analisadora, mas é bem pontual. Aliás, pensamos que a forma como é*

*conduzida esta reunião não é boa, pois se trabalha com pouca objetividade, com muitas pautas e sem conseguir priorizar os temas.*

Compreendemos que os processos de formação devem acompanhar os profissionais continuamente, proporcionando o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais. De acordo com o Método Paideia, os processos de formação profissional devem operar tanto em processos de cognição quanto de subjetivação, na medida em que contempla ferramentas conceituais e também o desenvolvimento de uma sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, para trabalhar em conjunto e analisar-se permanentemente nessa relação (Figueiredo, 2012).

Quando perguntados, no questionário, sobre os saberes que consideravam necessários para atuação do Apoiador Institucional, as respostas mais frequentes correspondem à tradição dos cursos de Administração em Saúde, aliada a particularidade do entendimento a respeito da esfera pública na saúde. Como podemos ver, comparecem os conhecimentos técnicos que caracterizam fortemente a racionalidade gerencial hegemônica:

- Gestão e Planejamento em Saúde;
- Política Pública de Saúde/SUS;
- Domínio de seu núcleo de formação/graduação;
- Teoria sobre grupos.

Por outro lado, em relação às competências, habilidades e características pessoais que facilitam o exercício da função de Apoio Institucional, as mais citadas pelos Apoiadores e reforçadas nos grupos focais quando revelaram os desafios cotidianos que enfrentam foram de ordem relacional, das chamadas tecnologias leves:

- Capacidade de Escuta;
- Saber trabalhar em equipe multiprofissional;
- Ter conhecimento técnico;

- Flexibilidade;
- Resiliência.

Considerando essas características, seja do ponto de vista da habilidade pessoal, seja da capacidade técnica, buscamos compreender a inserção do Apoiador em seus espaços de atuação, destacando os principais recursos metodológicos que utilizam. Embora nos questionários apareçam respostas como “análise institucional”, “planejamento estratégico”, “educação permanente” e “rodas de conversa”, na discussão dos grupos focais, este tema fica pouco explorado e os Apoiadores dizem que depende muito da demanda, que se valem muito de experiências passadas, como vemos na narrativa validada:

*No segundo grupo abordamos um pouco dos recursos metodológicos que utilizamos como Apoiadores, destacando o aprendizado de ferramentas pedagógicas que vieram com o Programa de Educação Permanente e nossas vivências como coordenadores de unidade básica. Dizendo de uma forma bem prática, alguns de nós realizamos o apoio tendo a experiência de tarefas bem incorporadas no tempo que trabalhamos como coordenadores, como a realização do estágio probatório. Da EP ficaram muitos recursos, acabamos por lembrar de certo texto ou pessoa que pode ajudar num determinado contexto de conflito, vamos juntando na nossa caixinha de ferramentas. Já no primeiro grupo, abordamos o modo como fazemos as intervenções, ressaltando o respeito à condição de mútuo aprendizado quando estamos no encontro com o sujeito apoiado. Um de nós percebe que na sua prática cotidiana acaba não se utilizando ipsis litteris de determinados textos ou dinâmicas a que teve acesso, mas sabe que algo fica dessas vivências e é com esse registro que vai entrando nos processos para alguma intervenção, construindo no aqui e agora, pois a prática fala mais alto que a teoria.*

Interessante notar que os Apoiadores citam muito pouco os recursos metodológicos que estariam no cotidiano de um Apoiador e sua equipe, como a discussão de casos concretos, o encontro regular nos espaços coletivos buscando ouvir a demanda dos trabalhadores, construir as sínteses e ofertas. Vamos observando, também aqui, outra prática de Apoio, coerente em si mesma,

uma vez que o objeto de trabalho que os Apoiadores apontam não requereriam tais recursos metodológicos.

Com relação à organização do Processo de Trabalho, a maioria dos Apoiadores (79,31%) afirmou, nos questionários, que seu trabalho está organizado tanto como referência para o território quanto como responsável por área programática. Nos grupos focais, a discussão sobre as diferentes formas de organização das equipes de Apoio se impôs como um dos grandes desafios para os Apoiadores:

*Durante os dois grupos, falamos sobre a heterogeneidade na forma de organização da Equipe de Apoio dos Distritos em que trabalhamos. Fazer um desenho que contemple da melhor maneira as unidades apoiadas, que responda ao nível central e que nos dê satisfação nos parece um grande desafio. Alguns de nós experimentamos uma divisão territorial por micro-áreas de referência, outros sendo referência para cada unidade, já trabalhamos fazendo as atividades sempre em dupla, já reorganizamos por núcleos temáticos o agrupamento de apoiadores segundo os temas etc. No primeiro grupo, percebemos que há vantagens e desvantagens em todas as formas de organização já experimentadas. Quando se trabalhou mais na lógica temática e menos de referência para o serviço, vimos que se perdeu muito da compreensão do todo, não conseguimos enxergar devidamente os conflitos e a própria relação apoio-gestão-unidade fica superficializada na medida em que o Apoiador acaba sendo acionado como um tira-dúvidas, como quem vai e resolve pontualmente uma demanda específica sem acompanhar o processo. Ainda a esse respeito, no segundo grupo, consideramos que este formato de ter várias unidades para vários apoiadores acaba trazendo uma lógica em que tudo é de todo mundo (e, por consequência, de ninguém), o que é muito complicado. Por outro lado, no segundo grupo, lembramos que quando a gente fica muito junto com a unidade, com o gestor e com a equipe, acaba que o Apoiador vira um cogestor e também não realiza sua função adequadamente.*

Outro resultado que nos chama a atenção foi que somente um dos Apoiadores não identificou também os gestores de serviço, ou seja, os coordenadores locais, como sendo o sujeito que recebe mais regularmente seu apoio, tendo selecionado o trabalhador como sendo este sujeito. A maioria das respostas (41,9%) considerou que o gestor é o sujeito que, na maioria das vezes, recebe o apoio, sendo seguido por 29% de respostas que apontaram gestores e trabalhadores como sendo os sujeitos apoiados e 22,6% incluíram usuário, gestor e trabalhador como sendo os sujeitos que, na maior parte do tempo, recebe o apoio ofertado. Duas pessoas não responderam esta questão.

Quando perguntados sobre a forma mais frequente de contato com o sujeito apoiado, 64,5% disseram que são os encontros presenciais. Para 16,1% dos Apoiadores, os encontros presenciais, por telefone e por internet dividem igualmente a forma de contato com o sujeito apoiado. O uso de telefone como forma mais frequente de contato foi apontado por 12,88% dos Apoiadores. Uma pessoa respondeu que usa mais frequentemente telefone e internet.

De acordo com a literatura, o trabalho de Apoio se realiza no encontro. Sem desconsiderar outras formas de comunicação que devem, sim, estar disponíveis, é esperado que o encontro presencial seja a marca das relações entre Apoiador e sujeitos apoiados. É na roda, afinal, que se torna possível disparar reflexões, compreender sentidos, observar e intervir sobre os não-ditos, contribuir com a instituição de espaços democráticos e que negociem decisões com a participação dos diversos sujeitos envolvidos na questão. Observamos algumas falas no grupo focal que demonstram certo recuo e defesa dos Apoiadores em estar em determinados espaços coletivos, pois se sentem sem capacidade de ação para os temas que surgem nas rodas.

*(...) ontem eu tive uma reunião até sete horas da noite numa unidade, que se a Vigilância entrasse lá e fosse uma instituição privada, estaria fechada há séculos. Mas ela é uma instituição pública, então a gente fecha os olhos, não olha o bolor, não olha que o teto tá caindo na cabeça porque não tem resposta. Eu tenho vergonha. Eu falei pra colega que não*

*tenho mais desejo de ir nesta unidade porque eu sou cobrada há anos pela mesma resposta. E por que não resolve? É um desgaste...*

Com relação à maneira como são organizados os encontros com os sujeitos apoiados, os Apoiadores disseram que, na maioria das vezes, os encontros são organizados tanto a partir das demandas pontuais dos sujeitos apoiados, dos níveis de gestão responsáveis por determinado programa quanto a partir da pactuação prévia de encontros (22,6%). Apenas 13% afirmou que na maior parte das vezes a relação de apoio está organizada a partir de combinação prévia com os sujeitos apoiados. Para 9,67% dos Apoiadores, em geral, os encontros se organizam a partir das demandas dos níveis de gestão responsáveis pela implementação de determinadas ações.

Estes dados podem nos revelar, à luz das discussões ocorridas nos grupos focais e da experiência profissional da pesquisadora na função de Apoiadora, que a agenda do Apoiador Institucional do SUS Campinas está mais voltada a atender as demandas do nível central. São reuniões semanais nas câmaras técnicas (que discutem as áreas da saúde da mulher, da criança, da saúde mental etc), com o colegiado de coordenadores locais, com a equipe de Apoio, com os setores da SMS responsáveis por projetos específicos, como por exemplo, a Gestão Clínica, e também são chamados para participação em uma série de outras reuniões e eventos que consideram, muitas vezes, desnecessários. A discussão sobre a agenda do Apoiador se faz necessária. Se havia o entendimento de uma relação mais permanente de encontros entre Apoiador e equipe, tanto a partir da formulação original do Paideia quanto da prática nos primeiros anos de implementação do Método da Roda no SUS/Campinas, o que identificamos no estudo é uma agenda organizada em torno do nível central, conforme lemos na narrativa:

*Já no primeiro grupo chamamos a atenção para a questão Apoio versus Gestão, refletindo sobre o quanto estamos mais próximos da gestão e não conseguimos passar para as equipes que estamos aqui para apoiar-las. Em ambos os grupos, dissemos que o Apoiador vive o desafio*

*de conseguir ser legitimado pelas equipes e efetivamente participar dos processos. Trouxemos a delicadeza da questão de estar num espaço ligado à gestão e ser demandado administrativamente tanto pelas equipes, coordenadores locais e nível central da Secretaria, ao passo que se entende que se deve fazer um papel diferente do supervisor ou fiscalizador dos trabalhadores.*

*Vários de nós refletiram sobre em que medida a equipe sente que o apoiador existe para o trabalhador e não somente para a gestão. Também no segundo grupo, a gente ainda vê muitas equipes olhando pro distrito só nos momentos de crise, na hora que precisa de alguém pra fazer uma intervenção mais hard. Tanto no primeiro quanto no segundo grupo, concordamos que ficamos todos sobrecarregados e também não sabemos como dar conta das tarefas sem ficar inchando a equipe com mais e mais Apoiadores. No segundo grupo, alguns de nós tivemos a impressão de que hoje não consegue fazer nada com afinco, nada com bastante cuidado, engolido por uma demanda infinita.*

Cabe a reflexão sobre quem propõe e organiza o cotidiano do Apoiador. O que vemos neste grupo, seja porque a atual gestão não tem uma proposta para esta função, seja porque esta mesma gestão demanda que o Apoiador resolva questões que não são a ênfase do trabalho de Apoio, é certa a dificuldade de empreender ações que de fato lhe satisfizesse ou correspondessem ao entendimento que tem sobre suas atribuições. Também no discurso do grupo, revelam uma prática profissional cotidiana que não condiz com sua própria concepção nem com o referencial teórico sobre o Apoio. Olhamos com interesse para esta aparente submissão dos Apoiadores ao modo como a gestão municipal tem lidado com este grupo e a baixa autonomia para transformar seus processos de trabalho, atropelados por uma demanda que parece não ser possível de frear.

Os principais espaços de atuação referidos por este grupo de Apoiadores foram as unidades básicas de saúde (87% referiu participação em reuniões de equipe local de referência ou de equipe geral), as câmaras técnicas/reuniões de área (54,82%), as reuniões de colegiado de coordenadores dos serviços locais (51,61%) e espaços de controle social (35,48% referiram

participação no Conselho Local ou Distrital de Saúde). Percebemos que a maior parte dos Apoiadores aponta a unidade básica como sendo o principal espaço de atuação e refletimos sobre que atuação está sendo possível dentro da unidade. Mobilizar as equipes na reflexão do seu processo de trabalho? Transmitir informações do nível central para a “ponta”? Receber as demandas do coordenador local para resolução de problemas ligados a infraestrutura, desabastecimento e insuficiência de quantidade de profissionais? De acordo com os questionários, os assuntos mais abordados no cotidiano de trabalho dos Apoiadores, segundo a percepção dos próprios, apontam muito mais para as últimas hipóteses. Os temas mais frequentemente abordados citados, por ordem, foram:

- Recursos Humanos (dimensionamento, insuficiência de número de profissionais, qualificação do trabalhador);
- Estrutura física dos serviços, materiais e insumos (má qualidade, insuficiência, desabastecimento);
- Processo de trabalho;
- Conflitos nas relações interpessoais.

Diante dessas respostas, nos indagamos sobre a razão de pouco aparecer o usuário e suas questões como assuntos mais abordados no cotidiano de trabalho dos Apoiadores. Apenas os Apoiadores mais ligados à área de saúde mental trouxeram os problemas dos usuários como sendo objeto da sua intervenção no cotidiano. Se pensarmos que a produção de saúde está como objetivo da função Apoio, certamente vamos verificar que há uma distorção entre os assuntos mais abordados no dia a dia e a finalidade do trabalho do Apoiador. Ao recuperarmos o referencial teórico que dá indicações sobre possíveis Núcleos Temáticos (Campos, 2000) a percorrer no trabalho de Apoio, perceberemos a fragilidade da prática atual, centrada em questões que pouco dialogam com a *expertise* do Apoiador e que, como pudemos perceber no grupo focal, também não são colocadas em análise. Ao contrário, reafirmando um modelo de gestão

taylorista, o que observamos foi uma longa lista de reclamações e a distribuição de tarefas a serem cumpridas entre as equipes de Apoio dos Distritos:

*Mas aí te botam no colo e você tem que fazer. A mesma coisa acontece quando chega alguém dizendo que não tem passe pra mãe amamentar lá, mas aí é da saúde ou da assistência? É da Assistência. Mas a Assistência diz que não tem perna, e aí você tira do bolso. Então, tem coisas que a gente sabe que não é nossa, ou pelo menos não é só nossa, mas não tem uma discussão inter Secretarias, entre as pessoas que viabilizam, e acaba ficando no colo. E tem coisas que quando te põem no colo, te incomodam e aí você fala: não dá pra não resolver. E aí você vai atrás mesmo sabendo que aquilo não era teu.*

Questionamos como é trabalhar na perspectiva de um modelo de Atenção Básica num município que se diz “heterogêneo” em suas organizações, sendo frequente encontrarmos unidades de saúde que operam segundo a lógica da territorialização e outras não, contando com Agentes Comunitários de Saúde e outras não, contemplando Visita Domiciliar em sua programação e outras não, entre outros. Um município que não consegue afirmar uma diretriz para Atenção Básica fica muito mais facilmente engolido por programas e políticas do Ministério da Saúde que podem não fazer sentido para o contexto local, por exemplo. Transforma-se na atribuição do Apoiador implantar as Redes de Atenção em nome de uma adequação à recomendação ministerial muito mais do que ajudar a formular as políticas locais e seu diálogo com a diretriz nacional, considerando todo o saber que dispõe sobre seu território e os problemas da população.

*Qual é o caminho a seguir? O foco principal é na Atenção Básica? Se é, o que nós enquanto apoio temos que saber pra conduzir isso? Porque é diferente você entender da saúde mental, do adulto, da criança dentro de uma lógica de programas e não de constituição de rede. Isso se perdeu na Secretaria, vem Rede Cegonha e implanta, depois vem a RAPS, uma salada mista...*

*Qual é o modelo hoje? O Apoio veio como parte de outro modelo, não é à toa que a gente fica buscando alternativas dentro das possibilidades que tem. Quando não tem modelo, tudo cabe, fica todo mundo tentando encontrar soluções individuais, que é o que tem mais sentido pra você no plano individual.*

Mesmo no nível regional, vemos a grande dificuldade e pouco enfrentamento à questão da atenção especializada e atenção básica. Por exemplo, toda oferta de especialidade médica, em Campinas, se dá por meio de agendamento em um Sistema *On Line* (SOL). O usuário de um bairro da região Norte pode ser encaminhado para um especialista que atende na região Sudoeste ou qualquer outra, conforme a vaga apontada pelo Sistema. Além disso, não há qualquer garantia no sistema de referência ou contrarreferência para os casos que saem da unidade e vão para o especialista, visto que não há um profissional (ou um grupo organizado) de referência na atenção secundária para a unidade, prejudicando imensamente a lógica da coordenação clínica dos casos. Tampouco há organização de uma lógica regionalizada para a realização do Apoio Matricial, na relação entre Atenção Básica e Especializada. No entanto, não verificamos esta relevante temática como sendo objeto do trabalho do Apoiador.

Abordamos junto aos Apoiadores, tanto nos questionários quanto nos grupos focais, a concepção deles próprios a respeito do que é ser Apoiador Institucional. As respostas mais frequentemente encontradas traduziam o Apoiador Institucional como sendo aquele que acompanha, articula e/ou facilita o trabalho em saúde. Responderam também que o Apoiador estimula reflexões, promovendo mudanças no processo de trabalho. Foi citada ainda a definição de Apoiador como um cargo de gestão, que cumpre função de elo entre o nível central e o gestor local (coordenador de unidade básica ou de outro serviço do território). Na narrativa construída a partir dos grupos focais e validada pelo grupo, foi dito:

*(...) compreendemos que o Apoiador Institucional tem função estratégica, pois auxilia a fazer as articulações necessárias e facilita processos, contudo, entendemos que nosso cotidiano é recheado de demandas sobre as quais não temos capacidade resolutiva, pois dizem respeito a outros atores com outra ordem de governabilidade para lidar com elas. No segundo grupo, um de nós lembrou que não temos autonomia financeira, nem legal-jurídica, não somos diretores ou chefes de setor, mas somos técnicos que temos papel fundamental para os desdobramentos das ações. Entendemos que o apoiador se tornou um grande fazedor de tarefas e, nos dois grupos, revelamos nosso desgosto com esta situação, que põe em xeque a legitimidade do Apoiador Institucional, uma vez que o mesmo não consegue dar uma série de respostas requeridas e que não são de sua alçada responder.*

Refletimos aqui sobre o que caracterizaria a função Apoio, senão apoiar um coletivo organizado para produção. De acordo com os participantes deste estudo, o processo de trabalho dos Apoiadores não tem se pautado prioritariamente nesta ação. Muito mais tem se configurado cumprindo a função de uma engrenagem na correia de transmissão das informações e demandas do nível central para a “ponta” e de agir em situações tidas como urgentes por esta gestão, como pudemos observar acima, na discussão realizada nos grupos focais. Poderíamos afirmar que os Apoiadores chegam a questionar a viabilidade do Método de Apoio para o momento presente. Revelam que os espaços de discussão são cada vez mais raros e a interlocução entre os atores da SMS, quando ocorre, tem sido improdutiva. Por outro lado, revelam seu desejo e satisfação quando conseguem estar, de fato, em função de Apoio às equipes:

*Nos dois grupos, acreditamos que grande parte do cotidiano de trabalho como Apoiador tem sido de muito apagar incêndio, de tentar resolver as demandas urgentes e tem sobrado pouco tempo para reflexão, para debates e para o trabalho generalista. Alguns de nós lamentamos esta realidade e reforçamos o quanto é gratificante quando é possível entrar no processo de trabalho das equipes e não apenas responder ao nível central ou a questões ligadas a infraestrutura, materiais e pessoal nas unidades. Pensamos, no segundo grupo, que criamos maiores*

*condições disso acontecer quando cuidamos de manter espaços coletivos com regularidade, tais como as reuniões de saúde mental ou de enfermagem, por exemplo, em que você troca mais horizontalmente e com frequência, diminuindo a sensação de só estar para apagar incêndio.*

Este grupo parece aguardar uma diretriz externa ou uma liderança que lhes impulse a trabalhar com o Método como ocorreu no passado. Embora seja sabido o contexto de grave crise que atravessa o município, não observamos os Apoiadores ocupando os espaços que poderiam, seja em defesa do trabalho em cogestão, menos autoritário, seja em defesa da própria política pública de saúde e que questione o *modus operandi* da atual gestão. Reforçam que a atual administração não lhes explicita qual é o modelo de gestão adotado e o que espera do Apoiador:

*Nós, nos dois grupos, pedimos por uma devolutiva dessa pesquisa e alguns de nós no segundo grupo sugerimos que, a partir daqui, pudesse ser feita alguma movimentação que colocasse a Secretaria de Saúde diante da temática, a fim de entender qual é o papel de Apoiador esperado pela atual gestão. No segundo grupo, alguns de nós pensamos que o nível central não tem ainda ideia do que seja o trabalho do apoio, e que se utiliza da gente enquanto mata-burro, pra decifrar projetos, pra ficar junto e ajudá-los, até pelo fato de que eles próprios não sabem o que eles têm que fazer.*

Nossa percepção, ao longo de toda a pesquisa, é de um grupo de Apoiadores trabalhando da maneira que entendem como sendo a possível diante do atual contexto. Não parece haver um projeto para o Apoio entre os próprios Apoiadores. Certamente, não há projeto invulnerável a qualquer que seja o contexto, porém, faz parte da cena a luta política. Consideramos que se este grupo não se implicar politicamente na condução e eventual correção de rumo da trajetória do Apoio, será apenas mais um técnico a serviço de cada gestão que estiver no poder.

Vemos que o modelo de democracia institucional, proposto pelo Método da Roda, que tem como um de seus elementos, a figura do Apoiador Institucional para operar esta lógica, não está em debate. O Apoiador hoje não está conectado com as demais questões que o Método da Roda propõe. É um desafio enorme manter uma práxis que dialogue com os temas das relações horizontais, da gestão participativa, da coprodução de sujeitos e coletivos com maiores coeficientes de autonomia enquanto há uma gestão central completamente alheia a estas propostas. Não é imotivada nossa percepção de um estado de desânimo e certo imobilismo entre os Apoiadores, cada vez menos protagonistas de suas ações e sendo requeridos a desempenhar funções que não consideram como sendo aquelas que outrora trouxeram encantamento.

Finalizamos este estudo com diversas considerações a apontar. Primeiramente, destacamos que as análises que fizemos não são isentas da formação e vivências profissionais da pesquisadora, conforme apontamos em nossa Apresentação. Contudo, consideramos significativo, além de heterogêneo e numeroso, o grupo de Apoiadores ouvido ao longo da pesquisa. O envolvimento com os Distritos Sanitários para apresentar a pesquisar, aplicar os questionários e posteriormente criar três momentos coletivos com os Apoiadores teve a finalidade de realizar um estudo bastante participativo, não apenas interessado em extrair informações, mas de proporcionar espaços reflexivos ao grupo.

Destacamos que, ao buscar compreender como está incorporada a concepção de Apoio Institucional entre os Apoiadores do SUS Campinas, mais do que confirmar ou não se os Apoiadores trabalham de acordo com a teoria Paideia ou com o modelo implementado no passado nesta cidade, pretendemos analisar como é, afinal, a prática deles hoje. Para tanto, descrevemos o atual contexto institucional, além do perfil dos Apoiadores que hoje compõem as equipes de Apoio Institucional dos Distritos Sanitários de Campinas.

Neste percurso, consideramos que, embora se sustente a nomenclatura de Apoiador e muitas referências a como deveria se dar o trabalho de Apoio Institucional, o grupo de Apoiadores do SUS Campinas afirma uma outra prática cotidiana, organizada em torno de resolver questões administrativas e burocráticas na maior parte do tempo. O grupo aponta ainda que desconhece o que é esperado, por parte da gestão central do SUS Campinas, do trabalho do Apoiador. Talvez não haja uma expectativa da atual administração a esse respeito, talvez justamente a intencionalidade velada seja de desmontar o que ainda temos no SUS Campinas, mas o fato é que a postura passiva que temos observado, não apenas na pesquisa, mas no cotidiano como trabalhadora da rede, tem alimentado uma gestão autoritária e descomprometida com a política pública de saúde.

Consideramos importante avaliar a questão da coerência de um projeto de gestão. Em 2001, quando a Secretaria Municipal de Saúde incorporou o referencial Paideia na organização e gestão de diversas instâncias do SUS Campinas, havia um projeto maior, sustentado inclusive pelo prefeito da cidade, que tinha diretrizes bem definidas: havia uma aposta clara na Atenção Básica, nas Equipes de Referência, na Clínica Ampliada e no modelo de cogestão. A figura do Apoiador Institucional está nesse contexto, como um ator importante para operar as lógicas participativas em substituição aos padrões de cobrança e fiscalização que havia com os Supervisores, coproduzindo coletivos com maior capacidade de compreender a realidade para intervir criticamente e gerar maior democracia institucional.

Deslocar apenas uma peça, o Apoiador, de toda essa sofisticada teia de formulação e atirá-la a um contexto estéril não poderia produzir os efeitos esperados em outro momento histórico. Atentamos para a possibilidade de cair num idealismo do passado e de se transferir a responsabilidade por não existir um projeto para o Apoio Institucional. Preferimos apostar na tradição militante de Campinas na construção e consolidação da política pública de saúde e acreditar que, enxergando criticamente os limites que o Método Paideia encontra no atual contexto, haja uma organizada movimentação que contribua para reverter a situação do SUS Campinas.

Compreendemos que o processo de captura do Apoio pela gestão - tantas vezes anunciado pelos Apoiadores nesta pesquisa - deve-se justamente à pouca ocupação dos mesmos em colegiados atuantes e pouco investimento em formação, na medida em que mantém o mesmo isolado que, assim, tende a reproduzir a gestão. Poderíamos recomendar a valorização dos espaços coletivos e o fortalecimento dos espaços de formação, no entanto, a pesquisa nos mostrou que essa já é uma demanda dos Apoiadores, mas que não reverbera na gestão central. De todo modo, insistimos que está na governabilidade do Apoiador priorizar o encontro com as equipes e envolver-se com a discussão dos problemas dos territórios, dos projetos, dos casos concretos que trazem o usuário ao centro da conversa, afinal, é por ele que se busca produzir saúde de qualidade.

Apontamos, por fim, que esta pesquisa se propôs a considerar apenas a versão dos Apoiadores Institucionais do SUS Campinas falando sobre suas práticas. Recomendamos, em consonância com o pedido dos próprios Apoiadores, que este estudo tenha continuidade, abordando a temática do Apoio Institucional sob a perspectiva das equipes de referência, dos gestores distritais e do nível central, e dos usuários dos serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Braga Campos FC. O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Brasil, Ministério da Saúde. Avaliação normativa do PSF no Brasil: monitoramento da Implantação e funcionamento do PSF 2001-2002. Brasília, Ministério da Saúde 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: Qualisus-Rede/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

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

Campinas, Prefeitura Municipal de Campinas. Programa Paideia. As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001-2004. Disponível na Internet: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Campinas, 2004 (acesso em 2013).

Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura do SUS-Campinas. Disponível na Internet: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Campinas, 2006 (acesso em 2013).

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva - Abrasco, 1999;4(2):393-403.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, et al (orgs). Tratado de saúde coletiva. SP: Hucitec/RJ: Fiocruz, 2006.

Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, ago 2010;15(5).

Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, et al (orgs). Tratado de saúde coletiva. SP: Hucitec/RJ: Fiocruz, 2006.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

Cunha GT. Grupos Balint-Paideia: uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na Atenção Básica [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp;2009.

Ferigato SH, Carvalho SR. O poder da gestão e a gestão do poder. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S. (orgs). Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2009;53-73.

Figueiredo MD. Saúde mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP) [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2006.

Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paideia e formação [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp, 2012.

Furtado JP. Avaliação como dispositivo [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp, 2001.

Gadamer HG. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes, 2003; 631p.

Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. In: Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação, 2002; 12(24):149-162.

IPEA. Documento de Análise Técnica do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas: Pobreza e riqueza em Campinas e Região: breve balanço da primeira década do século 21. Disponível em [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br). (acesso em 2013).

L'Abbate S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): FFLCH/USP; 1990.

Marx K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultura, 1968.

Minayo MCS, et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo Assis & Souza (orgs). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005;71-103.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Minayo MCS (org). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes Editora, 2010.

Miranda L. Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2009.

Nascimento EL, et al. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. Revista da Ciência Médica. 2007;16(3):161-73.

Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2011.

Onocko Campos R. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec; 2003.

Onocko Campos R. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: Barros, et al (orgs). Pesquisa qualitativa em saúde - múltiplos olhares. São Paulo: Unicamp; 2005.

Onocko Campos R. O exercício interpretativo. In: Onocko Campos R, et al (orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008;278-99.

Ricouer P. Tempo e narrativa. Tomo I. Campinas: Papirus, 1997;327p.

Ricouer P. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990;172p.

Righi LB. Poder local e Inovação no SUS [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2002.

Taylor WF. Princípios da administração científica. Trad. de Arlindo Vieira Ramos. São Paulo: Atlas, 1960.

Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy Emerson Elias, Onocko Rosana (Orgs.). Agir em saúde: Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997;17-70.

Turato ER. Métodos Quantitativos e Qualitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. In: Revista de Saúde Pública, 2005; 39(5):507-14.

Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [Tese de Livre Docência]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1992.

Westphal MF, Bógus CM & Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: Boletim da Oficina Sanitária do Panamá, 1996;120(6):472-82.

Worthen BR, Sanders JR & Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.



**ESTUDO DA ESTRATÉGIA DE APOIO PAIDEIA:  
INVESTIGAÇÃO SOBRE APOIO INSTITUCIONAL E APOIO MATRICIAL  
(NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF) NO SUS**  
Coordenador da pesquisa: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Coletivo de Estudos e Apoio Paideia  
Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp

**QUESTIONÁRIO**

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

1) Distrito ou região de saúde: \_\_\_\_\_

2) Nome: \_\_\_\_\_

3) Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

4) Data de nascimento: \_\_\_\_\_

5) Graduação: Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

6) Cursou alguma pós-graduação? ( ) sim ( ) não

Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, doutorado): \_\_\_\_\_

Curso/Área: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, doutorado): \_\_\_\_\_

Curso/Área: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, doutorado): \_\_\_\_\_

Curso/Área: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

**ESTUDO DA ESTRATÉGIA DE APOIO PAIDEIA:  
INVESTIGAÇÃO SOBRE APOIO INSTITUCIONAL E APOIO MATRICIAL  
(NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF) NO SUS**  
Coordenador da pesquisa: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Coletivo de Estudos e Apoio Paideia  
Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp

**CARGO ATUAL**

- 7) Carga horária: \_\_\_\_\_ horas semanais
- 8) Instituição empregadora (prefeitura, OSs): \_\_\_\_\_
- 9) Forma de ingresso em seu CARGO ATUAL como Apoiador (processo seletivo, convite): \_\_\_\_\_
- 10) Forma de contratação em seu CARGO ATUAL: ( ) CLT ( ) Estatutário(a) ( ) outros, especifique: \_\_\_\_\_
- 11) Teve alguma experiência profissional anterior ao CARGO ATUAL? ( ) sim ( ) não  
Liste os nomes dos locais em que trabalhou antes e o tempo de permanência em cada um. Considere os três mais recentes, se houver. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 12) Há quanto tempo atua como Apoiador Institucional? (em meses) \_\_\_\_\_
- 13) Exerce alguma outra atividade profissional no momento, além de seu CARGO ATUAL? ( ) Sim ( ) Não  
Qual(is)?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO**

- 14) Você recebeu alguma formação da Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver o trabalho de Apoio Institucional? ( ) Sim ( ) Não  
Se SIM, conte como foi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15) Você recebe alguma forma contínua de supervisão ou apoio para desenvolver as atividades de Apoio Institucional? ( ) Sim ( ) Não  
Se SIM, conte como é: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 16) Você conhece algum documento oficial (da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde ou do Ministério da Saúde) que oriente as tarefas do Apoio Institucional? ( ) Sim ( ) Não.  
Se SIM, como você o avalia: ( ) Pouco adequado ( ) Adequado ( ) Muito adequado

**ESTUDO DA ESTRATÉGIA DE APOIO PAIDEIA:  
INVESTIGAÇÃO SOBRE APOIO INSTITUCIONAL E APOIO MATRICIAL  
(NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF) NO SUS**  
Coordenador da pesquisa: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Coletivo de Estudos e Apoio Paideia  
Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp

17) Em sua opinião, quais seriam os saberes necessários para atuação do Apoiador Institucional?

---

---

---

18) Cite 3 características pessoais/competências/habilidades que você considera que facilitam o exercício da função de Apoiador Institucional

---

---

---

**PROCESSO DE TRABALHO**

19) Como está organizado o seu trabalho de Apoio Institucional?

- ( ) Referência para serviços no território ( ) Referência para áreas programáticas  
( ) Responsável por projetos específicos ( ) Outros \_\_\_\_\_

20) Em geral, quem recebe seu Apoio Institucional?

- ( ) Gestores ( ) Trabalhadores ( ) Usuários

21) Na maioria das vezes, como se dá o contato entre o Apoiador e os sujeitos apoiados?

- ( ) Telefone ( ) Internet ( ) Encontros Presenciais

22) Na maioria das vezes, como são organizados os seus encontros com os sujeitos apoiados?

- ( ) A partir de demandas pontuais vindas dos sujeitos que recebem seu apoio  
( ) A partir de demandas dos níveis de gestão responsáveis por determinados programas/políticas/ações de saúde  
( ) A partir da pactuação prévia de encontros periódicos  
( ) Outros. Quais \_\_\_\_\_

23) Quais são os principais espaços em que vc atua como Apoiador? \_\_\_\_\_

---

24) Cite os três assuntos (temas, problemas) mais abordados em seu trabalho cotidiano como apoiador:

---

---

---

25) Para você, o que é ser Apoiador Institucional? \_\_\_\_\_

---

---

---

**ESTUDO DA ESTRATÉGIA DE APOIO PAIDEIA:  
INVESTIGAÇÃO SOBRE APOIO INSTITUCIONAL E APOIO MATRICIAL  
(NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF) NO SUS**  
Coordenador da pesquisa: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Coletivo de Estudos e Apoio Paideia  
Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp

- 26) Cite 3 dos principais recursos/ferramentas metodológicas que você utiliza no exercício da função de Apoiador Institucional. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**GESTÃO**

- 27) Na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, existem espaços para participação na gestão? Quais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 28) Quem participa desses espaços? São tomadas deliberações? Se sim, como se dão as deliberações e por quem.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 29) Cite os 3 principais assuntos que têm sido discutidos nestes espaços. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como você avalia a sua participação nos espaços de gestão? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 30) Em sua opinião, quais os aspectos positivos do modelo de gestão adotado pela Secretaria Municipal de Saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 31) E quais os aspectos negativos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 32) Utilize este espaço para comentar alguma questão que você considera relevante destacar sobre o contexto institucional da Secretaria Municipal de Saúde. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agradecemos sua participação!**

### Grupo Focal – Apoiadores Institucionais

1. O que você pensa que é ser um Apoiador?
2. Como têm sido o trabalho cotidiano de vocês, como Apoiadores?
3. Quais recursos/ ferramentas você utiliza para realizar o Apoio?
4. Que resultados você espera atingir com seu trabalho de Apoiador?
5. Quais os principais temas de gestão e trabalho em saúde que surgem no seu trabalho com as equipes e os serviços (núcleo temático)?
6. Como funcionam os espaços em que vocês atuam como Apoiadores?
7. O que mais facilita ou potencializa o trabalho de vocês como Apoiadores?
8. Quais as principais dificuldades/entraves encontrados no trabalho de vocês como Apoiadores? Como vocês têm lidado com isso ou quais estratégias estão utilizando para superar essas dificuldades?
9. O que mais o motiva para trabalhar como Apoiador? E o que te desmotiva?
10. Como é feita a gestão da equipe do Apoio nos Distritos de vocês? Existe uma coordenação da equipe de Apoio? Existe espaço de reunião para o desenvolvimento das atividades? Como isso se dá? Como vocês o avaliam?
11. Existe algum tipo de apoio para realizarem seu trabalho? Como ele se dá? Como você o avalia? Como vocês acham que deveria ser a formação do Apoiador?
12. Vocês sentem necessidade de formação complementar? Em que temas?
13. Como fica a questão do núcleo profissional e campo da gestão?
14. Quais as principais dimensões com que você lida no trabalho de apoio (pedagógica, terapêutica, formação, gerencial, política etc.).
15. Há mais alguma questão que vocês gostariam de discutir?

## Parecer do Comitê de Ética da Pesquisa Específica

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Apoio Institucional e Cogestão: Reflexões sobre a práxis na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP

**Pesquisador:** Juliana Azevedo Fernandes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09730212.5.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas)

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 182.352

**Data da Relatoria:** 18/12/2012

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa se insere em uma pesquisa maior que pretende investigar o modo como a concepção teórica Paideia e suas aplicações metodológicas vêm sendo incorporadas pelas instituições públicas de saúde no Brasil e na Argentina, e, analisar possíveis repercussões deste referencial sobre a prática concreta de gestores e profissionais de saúde. Este estudo específico terá o trabalho de campo no município de Campinas (SP) e investigará apenas como estão assimilados os conceitos de Apoio Institucional pela SMS/Campinas, além do perfil do Apoiador.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar o modo como a concepção teórica Paideia em sua aplicação metodológica de Apoio Institucional está sendo incorporada na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Descrever o perfil dos Apoiadores Institucionais atuantes na SMS; Compreender quais são as concepções dos Apoiadores Institucionais sobre o referencial Teórico-Metodológico Paideia e sua atuação a partir de tais concepções. Compreender como os coordenadores de UBS percebem a prática do Apoio Institucional em seu cotidiano.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram revistos. Estão descritos claramente e referem-se ao sujeito da pesquisa.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa, com base em abordagem hermenêutica-dialética, utilizando dados qualitativos e quantitativos. Os dados qualitativos serão obtidos por meio de grupos focais. A

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**FACULDADE DE CIENCIAS  
MEDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)**



análise destes dados se dará por meio da construção de narrativas, a partir das quais será feito um estudo por categorias de análise, destacando as diferentes percepções e opiniões dos sujeitos. Os dados quantitativos serão coletados a partir de questionários auto-aplicados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto completa com assinatura do diretor da Instituição e carta assinada pelo secretário da saúde do município de Campinas constando a permissão e ciência sobre a realização da pesquisa. Protocolo com todos os itens preenchidos. TCLE adequado.

**Recomendações:**

1. Lembramos que o TCLE deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador (resolução 196/96 CNS/MS, artigo IV.2 *et seq.*).
2. Se o TCLE tiver mais de uma página, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).
3. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 196/96 CNS/MS (artigo IX.2 letra *et seq.*).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As recomendações do primeiro parecer foram atendidas. Aprovado após resposta a pendência.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAMPINAS, 02 de Janeiro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Carlos Eduardo Steiner**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

## Autorização SMS/Campinas para Pesquisa Geral



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
Secretaria Municipal de Saúde



### AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa Multicêntrica intitulada **"Estudo da estratégia de Apoio Paidéia: Investigação sobre Apoio Institucional e apoio Matricial (Núcleos de Apoio a saúde da família – NASF) no SUS"**, que tem por objetivo investigar como a concepção teórica Paidéia e suas aplicações metodológicas – Apoio Institucional e Apoio Matricial – vêm sendo incorporadas pelas instituições públicas de saúde e analisar possíveis repercussões deste referencial sobre a prática concreta de gestores e profissionais de saúde.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por pesquisadores vinculados ao Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, junto ao Ministério da Saúde e municípios de Diadema (SP), Belo Horizonte (MG), Rosário (Argentina) e Campinas (SP), envolvendo profissionais, gestores e usuários, das equipes de apoio institucional e equipes de apoio matricial (NASF) a serem identificadas, consistindo em pesquisa documental, observação participante e entrevistas abertas, sob a coordenação do Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos.

Campinas, 18 de setembro de 2012.

**Fernando Luiz Brandão do Nascimento**  
Secretário Municipal de Saúde

---

**Autorização da SMS/Campinas para Pesquisa Específica**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
Secretaria Municipal de Saúde



---

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a realização da Pesquisa, intitulada **"Apoio Institucional e Cogestão: Reflexões sobre a práxis na SMS/Campinas"**, que tem por objetivo investigar o modo como a concepção teórica Paidéia e sua aplicação metodológica – Apoio Institucional – vêm sendo incorporada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas /SP.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação – Nível mestrado - em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, junto a apoiadores institucionais e coordenadores de Unidades Básicas de Saúde dos cinco Distritos de Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Mariana Dorsa Figueiredo

Campinas, 12 de novembro de 2012

**Fernando Luiz Brandão do Nascimento**  
Secretário Municipal de Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo pretende informar sobre o “Estudo da estratégia de Apoio Paideia: investigação sobre Apoio Institucional e Apoio Matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) no SUS”, do Departamento de Saúde Coletiva/ FCM/ Unicamp. A pesquisa tem como objetivo investigar o modo como a concepção teórica Paideia e suas aplicações metodológicas – Apoio Institucional e Apoio Matricial – vêm sendo incorporadas pelas instituições públicas de saúde e analisar possíveis repercussões deste referencial sobre a prática concreta de gestores e profissionais de saúde.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

- Analisar o modo como a concepção Paideia e suas aplicações metodológicas vem sendo incorporadas na formulação de políticas e programas do SUS;
- Analisar em que medida a Metodologia de Apoio Paideia tem servido como estratégia para diminuir a assimetria de poder entre entes federados e entre gestores e equipes de saúde;
- Investigar o modo de implantação e de funcionamento dos NASFs, analisando relações interprofissionais e repercussões sobre qualidade da atenção;
- Investigar a repercussão do Método de Apoio sobre a qualidade da atenção e autonomia dos usuários;
- Investigar a influência dos arranjos de cogestão na participação dos profissionais na gestão e no seu grau de satisfação com o trabalho.

Para a coleta de dados serão utilizados: questionário para caracterização do campo da pesquisa; análise de documentos oficiais; observação participante com entrevistas abertas nos serviços de saúde; entrevistas semiestruturadas e grupos focais com gestores, apoiadores e profissionais dos serviços.

Os grupos focais e entrevistas abertas e semiestruturadas serão áudio-gravados e as observações serão registradas em diários de campo. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que for observado.

A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores se comprometem a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

Para esclarecimento de dúvidas relacionadas aos procedimentos do estudo, entrar em contato com diretamente com o pesquisador responsável pelo telefone (19) 3521-8036. Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações referentes aos aspectos éticos, entrar em contato com o Comitê de Ética da FCM-UNICAMP no (19)3521-8936

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coordenador da pesquisa

**Coordenador da pesquisa: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**

**Departamento de Saúde Coletiva da FCM/ UNICAMP**

**Telefone para contato: (19) 3521 8036**

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

---

**Narrativa**

*Cada um de nós participou de um dos dois grupos focais realizados. O primeiro grupo foi constituído por cinco Apoiadores ligados aos Distritos Norte, Sul, Leste e Sudoeste, sendo que dois de nós já não estávamos exercendo esta função na ocasião do grupo focal. O segundo grupo contou com a participação de onze Apoiadores, dos quais dois havíamos nos desligado da função recentemente. O segundo grupo contou com parte das equipas que trabalham ou trabalharam no Apoio dos Distritos Norte, Sul, Leste e Noroeste durante este ano.*

*No primeiro grupo, falamos sobre o Apoio Institucional a partir da discussão sobre implantação do Programa PSF-Paideia. Alguns de nós pensamos que a formulação proposta não se estendeu adequadamente às áreas de Urgência e Emergência e de Especialidades, de modo que aqueles que não estavam na Atenção Básica não usufruíram das capacitações propostas para o modelo. Alguns de nós acreditamos que teríamos sido abandonados pelos gestores do nível central da Secretaria de Saúde responsáveis pela implementação da Paideia, pois o modelo foi anunciado, implementado, mas com a saída do gestor da época, formulador do Paideia, ficou uma sensação de abandono e orfandade por não tê-lo ali para dar o rumo. Outros de nós discordamos, lembrando da aposta na capacidade de autonomia dos trabalhadores e gestores da Secretaria e, portanto, não entendemos que aconteceu dessa maneira, mas de uma outra forma em que as ferramentas foram experimentadas conjuntamente e era esperado do grupo conseguir seguir adiante a despeito da troca de gestor. Admitimos que, pessoalmente, fizemos pouco investimento teórico e isso também dificultou que seguíssemos na prática do Apoio com as mudanças ocorridas no contexto.*

*Sobre o tema da formação, tanto no primeiro quanto no segundo grupo, consideramos que nossa formação de Apoiador foi se dando muito mais na prática, aprendendo com as dificuldades mais do que por meio de capacitações oferecidas para esta função. Aliás, alguns de nós no segundo grupo não lembramos se houve capacitações para tanto. Outros de nós lembramos que*

houve, sim, à época da implantação do Paideia, “depois de muito bate cabeça”, e depois, por meio do Programa de Educação Permanente. Lembramos de que ocorreu no mesmo momento a atividade de EP para coordenadores e EP para apoiadores. A EP dos coordenadores era uma “ferveção”, todos se expunham e trocavam experiências, ficávamos muito motivados em participar. Quando alguns de nós passamos ao cargo de apoiador e deixamos de frequentar a EP dos coordenadores, sentimos grande impacto, pois a EP dos apoiadores era “encruada”, “murcha”, “dava dois passos pra frente e vinte pra trás”. Ainda no segundo grupo, lembramos que houve um período em que contamos com um Analista Institucional durante as reuniões de equipe de Apoio e avaliamos que ajudava o grupo a avançar e desenvolver novos olhares diante de uma situação complexa. Hoje em dia já não temos um espaço instituído com o objetivo de poder olhar pros nossos próprios processos de trabalho. O que acaba acontecendo é de utilizarmos a Reunião do Apoio, onde se discute de tudo, para falar algo da nossa atuação a partir de um fato, de uma situação que tomamos como analisadora, mas é bem pontual. Aliás, pensamos que a forma como é conduzida esta reunião não é boa, pois se trabalha com pouca objetividade, com muitas pautas e sem conseguir priorizar os temas.

Em ambos os grupos, compreendemos que o Apoiador Institucional tem função estratégica, pois auxilia a fazer as articulações necessárias e facilita processos, contudo, entendemos que nosso cotidiano é recheado de demandas sobre as quais não temos capacidade resolutive, pois dizem respeito a outros atores com outra ordem de governabilidade para lidar com elas. No segundo grupo, um de nós lembrou que não temos autonomia financeira, nem legal-jurídica, não somos diretores ou chefes de setor, mas somos técnicos que temos papel fundamental para os desdobramentos das ações. Entendemos que o apoiador se tornou um grande fazedor de tarefas e, nos dois grupos, revelamos nosso desgosto com esta situação, que põe em xeque a legitimidade do Apoiador Institucional, uma vez que o mesmo não consegue dar uma série de respostas requeridas e que não são de sua alçada responder. Um de nós ilustrou uma situação em que foi solicitado a ele, apoiador, que avaliasse o PI (resistência

à abrasão do esmalte cerâmico) de um piso que seria assentado numa unidade de saúde. Outro colega comentou sobre a impossibilidade de gerir contratação de novos funcionários para reestabelecer as equipes desfalcadas. Continuamos a nos perguntar, indignados, por que fica com a equipe de Apoio lidar com as questões de manutenção nas unidades!

Debatemos bastante sobre a situação do Apoio ser um cargo de Gestão, alguns concordando que de fato seríamos e outros refutamos essa proposição. Um de nós, no segundo grupo, acredita que corremos o risco de confundir nosso papel na medida em que, por exemplo, assumimos o lugar do coordenador local quando este precisa se ausentar e acabamos tocando processos como de avaliação de desempenho ou estágio probatório. Já no primeiro grupo chamamos a atenção para a questão Apoio versus Gestão, refletindo sobre o quanto estamos mais próximos da gestão e não conseguimos passar para as equipes que estamos aqui para apoiar-las. Em ambos os grupos, dissemos que o Apoiador vive o desafio de conseguir ser legitimado pelas equipes e efetivamente participar dos processos. Trouxemos a delicadeza da questão de estar num espaço ligado à gestão e ser demandado administrativamente tanto pelas equipes, coordenadores locais e nível central da Secretaria, ao passo que se entende que se deve fazer um papel diferente do supervisor ou fiscalizador dos trabalhadores. Outro ponto bem difícil para nós é de não termos a clareza de onde se está querendo chegar, de não sabermos o que a gestão central pensa de cada política a ser implementada, ficando ainda mais complicado fazer a função Apoio nessa indefinição, Apoio pra quê? De quê?

Durante os dois grupos, falamos sobre a heterogeneidade na forma de organização da Equipe de Apoio dos Distritos em que trabalhamos. Fazer um desenho que contemple da melhor maneira as unidades apoiadas, que responda ao nível central e que nos dê satisfação nos parece um grande desafio. Alguns de nós experimentamos uma divisão territorial por micro-áreas de referência, outros sendo referência para cada unidade, já trabalhamos fazendo as atividades sempre em dupla, já reorganizamos por núcleos temáticos o agrupamento de apoiadores segundo os temas etc. No primeiro grupo, percebemos que há

*vantagens e desvantagens em todas as formas de organização já experimentadas. Quando se trabalhou mais na lógica temática e menos de referência para o serviço, vimos que se perdeu muito da compreensão do todo, não conseguimos enxergar devidamente os conflitos e a própria relação apoio-gestão-unidade fica superficializada na medida em que o Apoiador acaba sendo acionado como um tira-dúvidas, como quem vai e resolve pontualmente uma demanda específica sem acompanhar o processo. Ainda a esse respeito, no segundo grupo, consideramos que este formato de ter várias unidades para vários apoiadores acaba trazendo uma lógica em que tudo é de todo mundo (e, por consequência, de ninguém), o que é muito complicado. Por outro lado, no segundo grupo, lembramos que quando a gente fica muito junto com a unidade, com o gestor e com a equipe, acaba que o Apoiador vira um cogestor e também não realiza sua função adequadamente.*

*Nos dois grupos, acreditamos que grande parte do cotidiano de trabalho como Apoiador tem sido de muito apagar incêndio, de tentar resolver as demandas urgentes e tem sobrado pouco tempo para reflexão, para debates e para o trabalho generalista. Alguns de nós lamentamos esta realidade e reforçamos o quanto é gratificante quando é possível entrar no processo de trabalho das equipes e não apenas responder ao nível central ou a questões ligadas a infraestrutura, materiais e pessoal nas unidades. Pensamos, no segundo grupo, que criamos maiores condições disso acontecer quando cuidamos de manter espaços coletivos com regularidade, tais como as reuniões de saúde mental ou de enfermagem, por exemplo, em que você troca mais horizontalmente e com frequência, diminuindo a sensação de só estar para apagar incêndio.*

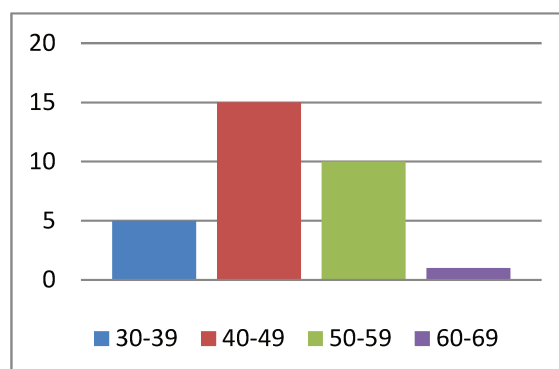
*No segundo grupo abordamos um pouco dos recursos metodológicos que utilizamos como Apoiadores, destacando o aprendizado de ferramentas pedagógicas que vieram com o Programa de Educação Permanente e nossas vivências como coordenadores de unidade básica. Dizendo de uma forma bem prática, alguns de nós realizamos o apoio tendo a experiência de tarefas bem incorporadas no tempo que trabalhamos como coordenadores, como a realização*

*do estágio probatório. Da EP ficaram vários recursos, acabamos por lembrar de certo texto ou pessoa que pode ajudar num determinado contexto de conflito, vamos juntando na nossa caixinha de ferramentas. Já no primeiro grupo, abordamos mais brevemente o modo como fazemos as intervenções, ressaltando o respeito à condição de mútuo aprendizado quando estamos no encontro com o sujeito apoiado. Um de nós percebe que na sua prática cotidiana acaba não se utilizando ipsis litteris de determinados textos ou dinâmicas a que teve acesso, mas sabe que algo fica dessas vivências e é com esse registro que vai entrando nos processos para alguma intervenção, construindo no aqui e agora, pois a prática fala mais alto que a teoria.*

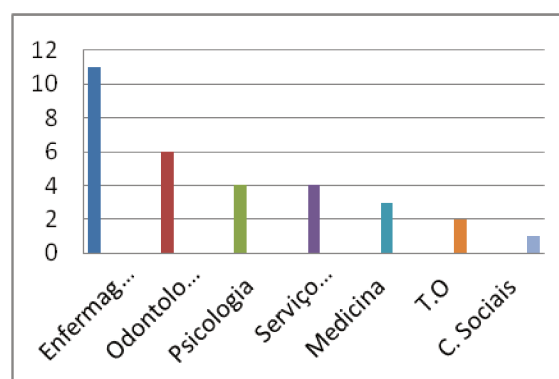
*Em ambos os grupos debatemos diversas dificuldades e desafios a serem enfrentados. No primeiro, nos perguntamos de antemão como pode ser possível uma relação de apoio sem o estabelecimento do vínculo! Percebemos que, para as equipes, ainda é difícil não ver o Apoiador como um fiscalizador, supervisor, há tensão nas relações. Vários de nós refletiram sobre em que medida a equipe sente que o apoiador existe para o trabalhador e não somente para a gestão. Também no segundo grupo, a gente ainda vê muitas equipes olhando pro distrito só nos momentos de crise, na hora que precisa de alguém pra fazer uma intervenção mais hard. Tanto no primeiro quanto no segundo grupo, concordamos que ficamos todos sobrecarregados e também não sabemos como dar conta das tarefas sem ficar inchando a equipe com mais e mais Apoiadores. No segundo grupo, alguns de nós tivemos a impressão de que hoje não consegue fazer nada com afinco, nada com bastante cuidado, engolido por uma demanda infinita.*

*Nós, nos dois grupos, pedimos por uma devolutiva dessa pesquisa e alguns de nós no segundo grupo sugerimos que, a partir daqui, pudesse ser feita alguma movimentação que colocasse a Secretaria de Saúde diante da temática, a fim de entender qual é o papel de Apoiador esperado pela atual gestão. No segundo grupo, alguns de nós pensamos que o nível central não tem ainda ideia do que seja o trabalho do apoio, e que se utiliza da gente enquanto mata-burro, pra decifrar projetos, pra ficar junto e ajudá-los, até pelo fato de que*

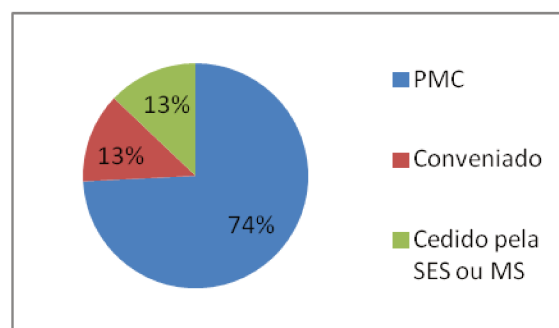
*eles próprios não sabem o que eles têm que fazer. No primeiro grupo, reforçamos a importância de escutar os serviços, aqueles que recebem nosso apoio, ouvir deles como entendem o apoio hoje, para completar a pesquisa.*



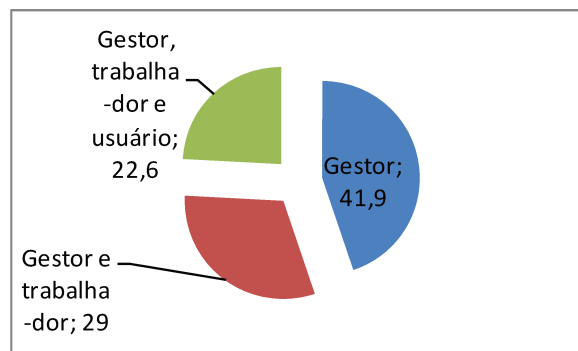
**Figura 1-** Faixa etária dos Apoiadores, 2013.



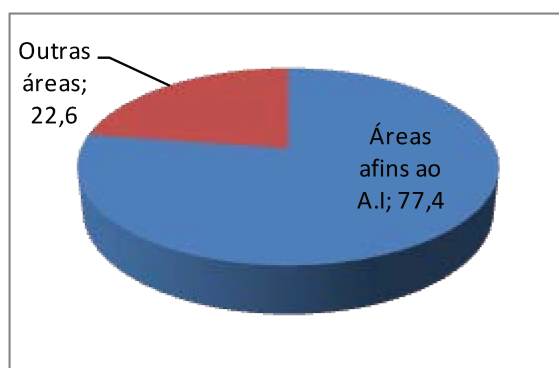
**Figura 2-** Graduação dos Apoiadores, 2013.



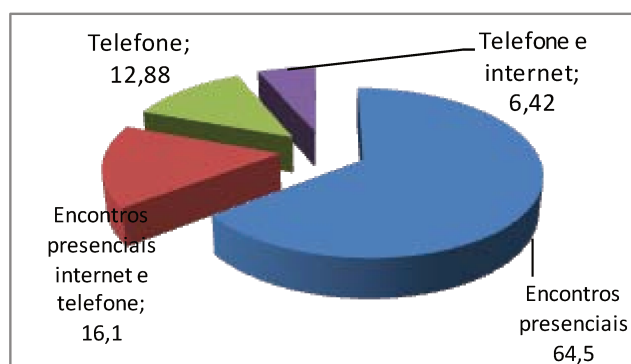
**Figura 3-** Instituição Empregadora dos Apoiadores, 2013.



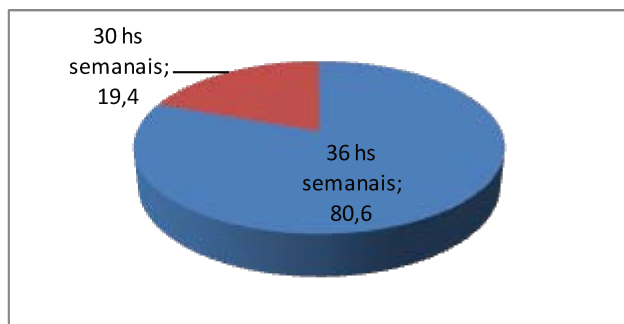
**Figura 4-** Sujeito que, na maior parte das vezes, recebe Apoio, 2013.



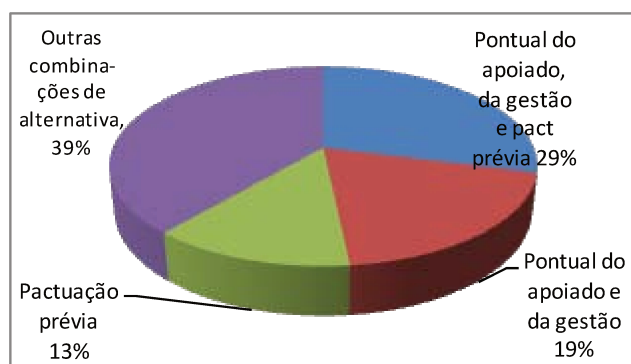
**Figura 5-** Pós graduação dos Apoiadores, 2013.



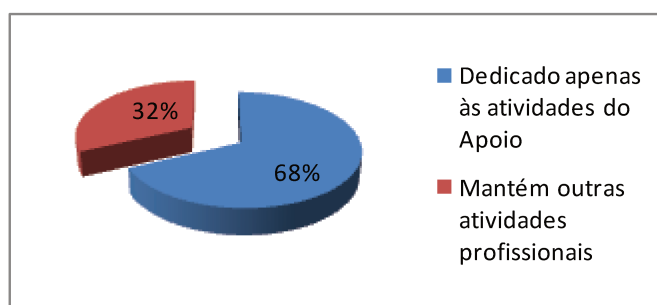
**Figura 6-** Forma de contato mais frequente com os sujeitos apoiados, 2013.



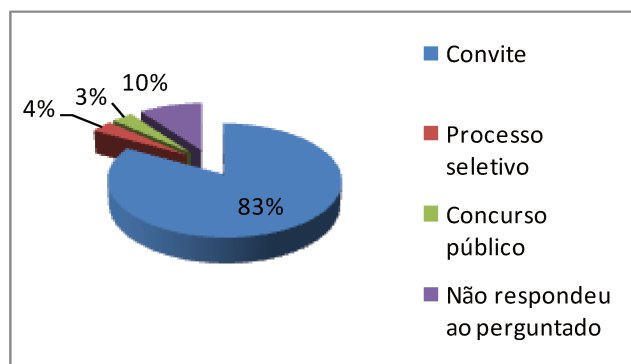
**Figura 7-** Jornada de trabalho dos Apoiadores, 2013.



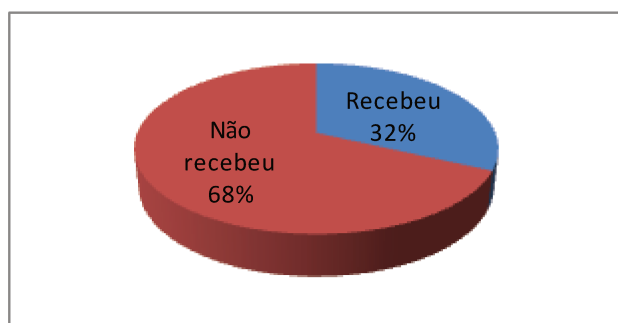
**Figura 8-** Organização dos encontros com o sujeito apoiado, 2013.



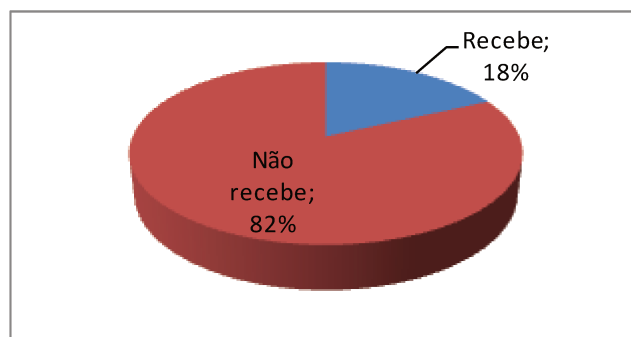
**Figura 9-** Dedicção exclusiva ao trabalho como AI, 2013.



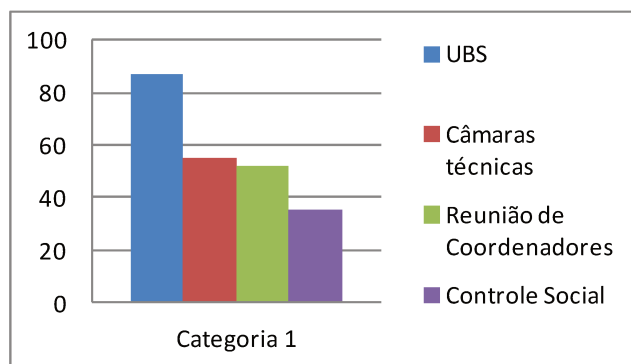
**Figura 10-** Forma de Ingresso no cargo de Apoiador, 2013.



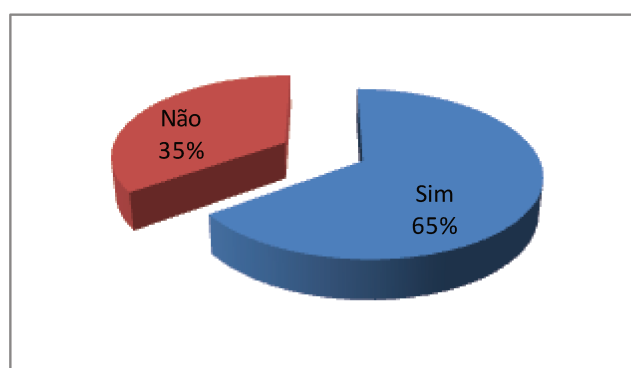
**Figura 11-** Formação recebida pela SMS/Campinas para desenvolver o trabalho de Apoio, 2013.



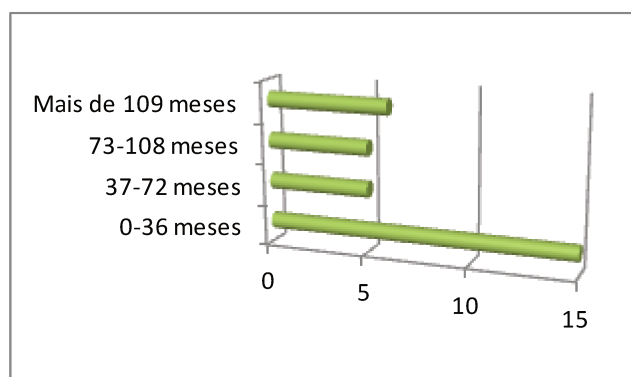
**Figura 12-** Formação continuada para exercer seu trabalho de Apoio, 2013.



**Figura 13-** Principais espaços de atuação do Apoiador, 2013.



**Figura 14-** Conhecimento de documento oficial que oriente a prática do Apoio, 2013.



**Figura 15-** Tempo de atuação como Apoiador na SMS, 2013.