

O apoiador caipira:

o desafio/arte de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares

Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn^(a)
Silvio Yasui^(b)

Yahn PIFC, Yasui S. The “caipira” supporter: the challenge/art of articulating regional networks from single territories/wishes. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:871-84.

Considering the experience taken from the institutional support given by the Humanization's Brazilian Policy in three health's regions in São Paulo State, Brazil, this text intends to expose some problems referring to the articulation process of other health's regional networks mainly composed by cities with less than twenty thousands inhabitants. By problematizing the articulation of inland health's networks it is put on the agenda the process of decentralization and the interfederative relations emphasizing the political and institutional aspects that goes through and modulates these relations, mainly in the small cities. Thus, we are questioning the ways how the current health policies are implemented in these territories and the way how they are articulated, having as a goal the challenge of the process' ascendancy and transversality.

Keywords: Institutional support. Health's regional networks. Interfederative relations. Ascendancy. Transversality.

Por meio da experiência do apoio institucional da Política Nacional de Humanização em três regiões de saúde do interior do estado de São Paulo, Brasil, o presente texto visa expor algumas problematizações referentes ao processo de articulação de redes regionais de saúde em regiões compostas majoritariamente por municípios com menos de vinte mil habitantes. Ao problematizar a articulação de redes de saúde em regiões interioranas, coloca-se na pauta o processo de descentralização e as relações interfederativas enfatizando os aspectos político-institucionais que atravessam e modulam essas relações, principalmente nos municípios de pequeno porte. Assim sendo, colocamos em questão os modos como as atuais políticas de saúde chegam a esses territórios e o modo como essas redes estão sendo articuladas, tendo como norte o desafio da ascendência e transversalidade do processo.

Palavras-chave: Apoio institucional. Redes regionais de saúde. Relação interfederativa. Ascendância. Transversalidade.

^(a) Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. SAF Sul, Trecho 02, Bloco F, Edifício Premium, Torre II, sala 102. Brasília, DF, Brasil. 70070-600.

apoio.pedroivo@gmail.com

^(b) Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar. UNESP – Univ Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Assis. Assis, SP, Brasil. syasui@assis.unesp.br

Introdução

Ao longo de mais de duas décadas de sua institucionalização, o SUS ainda não conseguiu materializar seus princípios e diretrizes no real das práticas cotidianas e traduzir na vida das pessoas a efetivação do direito à saúde. A concretização dos seus princípios e diretrizes no cotidiano das práticas de saúde ainda produz intensos movimentos e debates, arena onde projetos estão sempre em disputa, trazendo à tona discursos e enunciados representados por inúmeros interesses, valores e desejos que atravessam essa Política, suas práticas de gestão e cuidado, que se traduzem em complexos desafios.

É mérito do Sistema Único de Saúde (SUS) nunca se esquivar dessas questões, o que lhe dá o *status* de política “viva”, arena de interesses, concepções, desejos e projetos em disputa. E é nessa arena, ou melhor, a partir dela que emerge o tema do apoiador caipira – sendo várias as questões e dimensões que o atravessa –, mas, como ponto de partida, destaca-se a questão político-institucional da descentralização.

A discussão em torno da descentralização está diretamente atrelada ao da regionalização e redes de saúde. A descentralização, regionalização e articulação de redes de atenção à saúde trazem como desafio a superação da concepção normativa da cultura inampsiana^(1,2), ainda bem arraigada nas práticas de gestão e atenção.

Porém, não podemos reduzir a discussão da permanência dessa cultura nas práticas de gestão e atenção colocando em questão apenas a forma de organização do SUS e as modalidades de transferência de recursos da União para os demais entes federativos. É preciso ampliar esse debate.

Entrar nesse debate nos leva a identificar os problemas contemporâneos que se dão na relação entre Estado e as políticas públicas, visto que a cultura inampsiana que atravessa os modos de fazer na política pública de saúde é um modo de operar do poder do Estado. Quando problematizamos esse modo de fazer, colocamos em análise o modo como se dá a relação/série governo-Estado-políticas públicas.

Observamos que esse modo de operar da máquina do Estado gera políticas que pouco respondem às necessidades das localidades. Assim delimitamos como problema do presente artigo o desafio de produzir redes de saúde a partir de territórios e desejos singulares. Para desenvolver esta problemática, utilizamos como recurso o personagem do apoiador caipira.

Articulação de redes regionais de saúde: o desafio da ascendência e da transversalidade

O desafio da universalidade com resolutividade, por meio da garantia do princípio da integralidade e da descentralização, ganha força na agenda da saúde na atualidade por meio do tema da regionalização cuja principal estratégia é a articulação das *Redes de atenção à saúde*, convocando a se repensar a forma organizacional do SUS e a relação interfederativa que esta produz.

Confere-se, então, nova perspectiva para o processo de descentralização, ampliando-o para além da municipalização da saúde, fortalecendo a regionalização das ofertas dos serviços de saúde como importante mecanismo de garantia da qualidade do acesso. Assim, o processo de regionalização aparece totalmente ligado com o de articulação de redes regionais de saúde.

⁽¹⁾ A “cultura inampsiana” é a força e a marca da ação político institucional do Inamps que por quinze anos coordenou a política de centralização administrativo e financeira do sistema de saúde, o que marca essa característica pelo centralismo, alto grau de prescrição e normatização.

A integralidade da assistência não se esgota em um município, estado ou região, e sim numa rede interfederativa, de caráter municipal, estadual ou interestadual. Essa rede é composta pelo conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde municipais, estaduais e federais que conforma o SUS nacional, cabendo a todos garantir, de forma articulada, a saúde pública.² (p. 105)

A discussão sobre descentralização, regionalização e redes de atenção à saúde traz como desafio a desconstrução da concepção normativa da cultura inamsiana, ainda bem arraigada nas práticas de gestão e atenção. Do Noas ao Pacto³ e do Pacto à Portaria GM/MS nº 4279/10⁴ e ao Decreto nº 7508⁵ de 28 de julho de 2011 há um movimento de superação dessa cultura altamente prescritiva, caracterizada por instrumentos duros e excessivo grau de normatização.

Porém, esse desafio de superar a cultura inamsiana não é simples, visto que mesmo o Pacto pela Saúde 2006, “traz em seu bojo um tanto do DNA das normas operacionais anteriores, uma vez que mantém todas as modalidades de transferência de recursos da União para os demais entes, vinculados ao atendimento de determinados programas”² (p. 87).

Mas não somente as modalidades de transferência de recursos da União para os demais entes que caracteriza o modo de fazer da cultura inamsiana. Esta relação pode convocar modos de fazer prescritivos e cartoriais e reduzir a autonomia dos municípios e regiões desconsiderando as singularidades e as necessidades locais.

No entanto mudar as modalidades de transferências de recurso não garante que nos municípios e regiões as políticas de saúde não continuem sendo formuladas e executadas verticalmente, ou seja, não podemos reduzir a discussão da permanência dessa cultura nas práticas de gestão e atenção colocando em questão apenas a forma de organização do SUS e as modalidades de transferência de recursos da União para os demais entes federativos, é preciso ampliar esse debate.

Dessa forma, faz-se urgente problematizar o modo como as redes de atenção à saúde estão sendo articuladas. Defendemos que entrar nesse debate nos leva a identificar os problemas contemporâneos que se dão na relação entre Estado e as políticas públicas⁶, visto que a cultura inamsiana, que atravessa os modos de fazer na política pública de saúde, é um modo de operar do poder do Estado.

Quando problematizamos esse modo de fazer, o que está em jogo são as relações de poder entre a máquina estatal e os sujeitos e os “assujeitamentos” produzidos. Problematizar a superação dessa máquina envolve intervir e modificar a relação/série governo-Estado-políticas públicas.

Nesse atual cenário de emergência de políticas que visam construir redes regionais de atenção à saúde, a questão do tempo torna-se fundamental, pois a relação do tempo com a articulação de redes coloca em análise o modo como essas estão sendo articuladas.

Estamos diante do desafio e aposta de incluir na constituição das políticas públicas um “pensamento de processualidade”:

Trazer para o cerne da questão das políticas públicas a dimensão constituinte dos processos sociais significa colocar o problema de como tornar estas políticas porosas ao movimento histórico, reconhecendo-o como potência de constituição de ser desprovida de verticalidade, escorregadia às totalizações [...] Significa, em outras palavras, entender a realidade como temporalidade do singular, ao contrário das instituições modernas em seu compromisso de enclausurar e codificar os processos sociais. Questionar a produção das políticas públicas quanto ao modo como atualizam este fechamento resulta, então, em promover sua exposição à aceleração do presente, do evento, da generalização da singularidade.⁷ (p. 119)

Problematizar o conceito de rede que opera a forma de organização do SUS, além de conceitual, é uma questão ético-política, pois mais do que colocar em jogo o “o que é” ou “como deve ser”, também destaca os modos de fazer, o “como fazer” ou “como estamos fazendo”.

Também problematiza o que entendemos por rede, regionalização ou mesmo questiona o preceito constitucional de rede regionalizada e hierarquizada, que se faz necessário questionar: como estamos trabalhando em rede? Como articulamos rede? Que rede estamos articulando? Para quê? Para quem?

Questões estas primordiais neste atual cenário de emergência de políticas que visam aprimorar as relações interfederativas investindo em processos de regionalização a partir da articulação de redes regionais de atenção à saúde.

O conceito de rede é perigoso, pois é polissêmico e o sentido que cada um dá para esse conceito representa um projeto. Segundo Saidón⁸ (p. 167):

Quando nos referimos ao trabalho em rede ou aos sistemas de pensamento em rede, surge uma multiplicidade de sentido.

O termo “rede”, em sua polivocidade, nos remete, por um lado, a uma linha mais conceitual e, por outro, comporta um sentido puramente técnico e instrumental. Em alguns casos, é uma proposta de ação e, em outros, se estabelece como o próprio modo pelo qual o funcionamento do social acaba se efetuando na atualidade.

Em certos casos, trata-se de um modo de organização e institucionalização de projetos e, em outros, é a forma de resistir ao instituído dominante, criticando a organização centralizada e piramidal.

Righi⁹ ao dissertar sobre o conceito de rede oferta algumas pistas para pensarmos os processos de trabalho em rede na área da saúde coletiva.

A autora argumenta que a proposta de rede para o SUS não é a metáfora da rede homogênea com suas próprias normas, isoladas, fechadas em si mesmas, incapaz de relacionar-se com o diferente. Chama a atenção para as armadilhas quando o desenho das redes enfatiza temas, áreas e políticas. Para ela, “nosso investimento mais urgente é o de propor desenhos que potencializem a produção de redes quentes”⁹ (p. 169) caracterizadas pela dinâmica conectiva geradora de diferenciação, rede heterogênea. Essa produção só é possível quando a produção da rede estiver conectada com as forças do território (espaço vivido), lugar onde as relações acontecem.

Até que ponto o processo de construção e implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde está produzindo rede heterogênea? Ou melhor, como esse movimento está se conectando com as heterogeneidades territoriais?

Acioli¹⁰ também faz importantes apontamentos em relação aos diversos sentidos e apropriações do conceito de redes pela política de saúde. Questiona a ambiguidade do uso das redes.

Convém, portanto, que pensemos na “rede” como um sistema de nós em aberto e como uma multidimensionalidade potencial. A questão é como dar conta da diversidade e da singularidade da vida real e complexa que flui em muitas direções e níveis e arranjar-la no encadeamento racional da “rede”, que pode ser dispositivo de embalar sonhos instituintes de novos arranjos relacionais entre equipes e usuários, mas é também instrumento de captura, isto é, pode perfeitamente ser usada como uma estratégia racionalizadora, de cunho normativo, que toma a forma de programa e linha de financiamento.¹⁰ (p. 1682)

Tanto quanto desenvolver arcabouço legal para aprimorar o processo de descentralização, transformando o coeficiente das relações interfederativas, observada a partir do movimento de revisão e aprimoramento jurídico-administrativo do SUS, sendo o marco desse contexto o Decreto 7.508⁵, é preciso pensar como esse movimento pode transformar as relações não só interfederativas, mas também micropolíticas entre gestores, trabalhadores e usuários, já que por mais que nessa articulação sejam contemplados espaços de gestão compartilhada, como os grupos condutores de redes – estaduais, regionais ou municipais –, observa-se que esse processo e espaços não garantem a participação dos diversos atores que utilizam e trabalham nos serviços de saúde.

Corre-se o risco, portanto, desse momento importante de reconstrução e reflexão das políticas públicas de saúde ficar restrito a alguns técnicos e gestores, reproduzindo o modo tradicional de planejamento cuja máxima é: “uns planejam outros executam”. Estamos diante não só de um desafio jurídico administrativo, mas político-institucional.

Segundo Nascimento¹¹ a existência dessas lacunas e ambiguidades da conformação político-institucional atual brasileira vem dificultando a consolidação de um pacto federativo que favoreça a implementação do SUS e o direito à saúde. Ainda segundo a autora: “Só é possível enfrentar essas insuficiências a partir de uma prática política construída sob novas bases de perspectiva democrática, cooperativa e solidária”¹¹ (p. 28).

Fica evidente o desafio de articular processos ascendentes e transversais, reestabelecendo outra relação entre governo-Estado-política pública, transformando as dinâmicas relacionais por meio de intervenção e transformação nas e das instituições, aumentando o coeficiente de comunicação intra e intergrupos.

Nesse sentido é proposto o apoio institucional como estratégia de um modo inovador de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, tendo como objetivo estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir as organizações, envolvendo uma tríplice função – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, ampliando a capacidade de tecer uma rede de compromissos, de contratualização entre sujeitos^{1,13}.

Política Nacional de Humanização: por outra relação entre a máquina estatal e a produção de políticas públicas. A função apoio como dispositivo

Segundo Campos¹³ a nomenclatura apoio institucional foi sugerida por Liane Righi para denominar o agente que se utiliza do método da Roda, ou método Paideia¹³. A preocupação era achar um nome que pudesse marcar diferenças dessa função apoio diante de outros papéis institucionais aparentemente similares como consultor, supervisor e analista institucional, porém diferentes da proposta do apoio institucional.

A partir da década de 1990, o apoio institucional foi experimentado como ferramenta de gestão por vários municípios produzindo uma gama de práticas e arranjos. Segundo Oliveira¹⁴, municípios como Campinas, Sumaré, Amparo e Santa Bárbara do Oeste instituíram o cargo de apoiador institucional ou de apoio à gestão com funções e atribuições mais ou menos delimitadas pela gestão formal; outros, como Jacareí e Pindamonhangaba, experimentaram o apoio na educação permanente de trabalhadores e gestores.

Oliveira¹⁴ também cita outras experiências como a metodologia do apoio utilizada em cursos de especialização em Saúde da Família e Gestão e na formação de graduandos de medicina.

Na atualidade o apoio institucional é uma tecnologia bem difundida e incorporada por várias instâncias de gestão do SUS, como por exemplo, o próprio Ministério da Saúde. Apesar de ter sido incorporado pelo Ministério da Saúde como um instrumento de gestão estratégico por meio do apoio integrado em 2003, pela Política Nacional de Humanização é que essa ferramenta foi experimentada pela primeira vez numa política nacional.

A Política Nacional de Humanização surge com a pretensão de ser uma política instituinte na máquina do Estado para produzir outro modo de conexão com as forças do coletivo, transformando práticas ao mesmo tempo que produz novos modos de subjetivação. Para essa política, a tarefa é dupla e indissociável: produção de saúde e produção de sujeitos. Desse modo a PNH questiona o método, o “modo de fazer”, da máquina estatal.

O desafio da PNH de encarnar os princípios do SUS na experiência concreta de sujeitos concretos, transformando práticas de saúde a partir da transformação dos sujeitos “exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde”¹⁵ (p. 391). Sendo assim, a Política Nacional de Humanização propõe a reversão do método extensivo para o método intensivo, superando a tradição altamente normativa da máquina do Estado.

[...] a máquina do Estado pelo seu gigantismo é frequentemente um foco propagador de ações cuja medida e o método são da extensividade: ações nacionais, macrorregionais, pragmáticas e de campanha. A máquina é tão mais Estatal quanto maior é a sua capacidade de estender seus braços (lembremos a imagem do Leviatã) por toda a nação e não necessariamente incluindo todo o povo. Mas, como fazer a inclusão do povo? Como incluir o que na experiência concreta foge aos padrões idealizados, à figura abstrata do homem médio brasileiro? A rede que se tece em ações puramente extensivas tem uma malha aberta demais, de modo a não poder incluir o que frequentemente está à distância do metro-padrão. Alcançar a experiência concreta no que ela tem de singular exige, portanto, uma ação guiada por uma metodologia não mais extensiva, mas intensivista: o método da tríplice inclusão (inclusão dos atores e suas histórias- ou lateralização; inclusão dos analisadores institucionais e inclusão dos coletivos, ou movimentos sociais e movimentos sensíveis). A questão metodológica que se coloca para nós é a da reversão da extensividade em intensividade.¹⁶ (p. 3)

Desse modo, a PNH se apresenta como um método. Método da tríplice inclusão, disseminando este “modo de caminhar”, como modo de fazer inclusão (i) dos atores/sujeitos, (ii) movimentos e redes sociais e (iii) os elementos discursivos e as subjetividades que cada um desses traz para a roda/rede. Para isso, a PNH estabelece diretrizes e oferta dispositivos que buscam interferir nas formas de relacionamento, seja na atenção, seja na gestão, já que são indissociáveis, a fim de catalisar processos de mudanças.

O Estado-nação apresenta-se como uma figura cuja função é de mediar toda experiência, emergindo como uma nova transcendência ante a imanência possibilitada na modernidade⁶. Ao problematizar a questão metodológica na qual opera a Máquina Estatal, a Política Nacional de Humanização coloca em análise o exercício de poder na modernidade, apostando que, no limite entre a máquina do Estado e o plano coletivo, o plano coletivo prevaleça na orientação das ações governamentais, garantindo o sentido público das políticas que atravessam o Estado.

A função apoio enquanto dispositivo é uma aposta da Política Nacional de Humanização na reversão do método de operar da máquina estatal buscando ao invés de práticas altamente prescritivas, acionar singularidades territoriais articulando-se a movimentos instituintes.

Enquanto dispositivo do método da tríplice inclusão, o apoio institucional, tem como função apoiar processos de mudança constituídos como “obras coletivas” que caracteriza seu modo de fazer, como: 1) modo intensivista, ou seja, todo apoio é uma ação intensivista, pois busca acessar a singularidade da experiência concreta e se conectar com as forças do coletivo, sendo a extensividade da ação o efeito da ação intensiva e não o ponto de partida; 2) modo de contágio: ao se conectar às forças do coletivo e acessar as experiências concretas o apoiador não chega com programas ou propostas de mudanças (o que caracteriza as ações extensivas), mas sim chega para apoiar movimentos já existentes ou em potencial, apostando na ação intensiva como ação de contágio; 3) modo de referência: o apoiador faz com, junto com o coletivo que apoia, acompanhando e potencializando o processo de mudança, sua função de referência garante um mínimo de regularidade do funcionamento do coletivo¹⁷.

Ao se caracterizar por uma ação “intensivista”, revertendo a prática extensiva da ação ministerial em intervenções intensivas, a função apoio é identificada como dispositivo fundamental no estabelecimento de outra relação entre a série governo-Estado-políticas pública.

O apoiador caipira: tratado de nomadologia

^(d) A experiência em questão foi desenvolvida numa região que abrange três Departamentos Regionais de Saúde, composta por cerca de cento e cinquenta municípios, sendo que 77% têm menos de vinte mil habitantes.

As questões apresentadas até aqui buscam dar consistência as afecções produzidas a partir da experiência do apoio institucional da Política Nacional de Humanização em regiões de saúde situadas no interior do estado de São Paulo^(d), ou seja, o objeto de análise em questão não é simplesmente a análise de uma experiência do apoio institucional da Política Nacional de Humanização, mas também refletir como se dão as políticas públicas de saúde em municípios de pequeno e médio porte, sem a pretensão de esgotar esse tema.

Essa questão é de extrema relevância, pois quando nos debruçamos sobre a importância de os processos de descentralização produzir outra relação interfederativa por meio da articulação de redes regionais de saúde, solidárias e cooperativas, é importante contextualizar que, segundo o censo IBGE 2000, cerca de 80% dos municípios no Brasil tem menos de vinte mil habitantes, representando cerca de 12% da população brasileira¹⁸. No estado de São Paulo, segundo o Censo de 2000, 411 dos 645 municípios, 63,7%, têm menos de vinte mil habitantes representando cerca de 8,16% da população do Estado, enquanto que os municípios com mais de cem mil habitantes somam 62, representando 71,6% da população.

Quando apontamos como desafio para garantir o direito à saúde não só o aprimoramento jurídico-administrativo do SUS, mas também as questões políticas-institucionais, principalmente no que se referem à relação governo-Estado-políticas públicas, tal desafio nos convoca a colocar em análise como se dão as instituições e as relações de poder e interpessoais nesses pequenos municípios, já que representam 80% dos municípios do Brasil e 63,7% no estado de São Paulo.

Pelo apoio institucional acontecer numa região majoritariamente composta por municípios com menos de vinte mil habitantes, caracterizamos esse apoio como apoiador caipira. Porém, a questão do caipira vai muito além da distinção daqueles que vivem no interior.

O termo caipira é utilizado majoritariamente para designar o morador da área rural ou até mesmo o morador interiorano mesmo que habitante da cidade. A questão é que o caipira mais do que designar o morador rural ou interiorano é uma cultura singular que foi se constituindo no planalto paulista.

No contato entre europeus e nativos, “ocorreu à mistura étnico-cultural entre os dois grupos”¹⁹ (p. 29). A cultura caipira foi marcada pelo isolamento e foi esse isolamento que propiciou a produção cultural singular de uma população com características próprias que ocupavam o interior, principalmente da província de São Paulo. O termo caipira vem da língua indígena e começou a ser utilizado pela elite branca para designar um grupo populacional que vivia no interior da província com nítidas influências e hábitos indígenas, mas com um estilo de vida singular¹⁹.

Muitas são as características e atribuições dadas ao caipira. Moradores rurais não proprietários de terras, essa população vivia a transitar em direção ao oeste o que lhe conferia uma condição nômade. Essa condição nômade estava atrelada ora pela busca por terras mais férteis, quando habitavam solos inférteis, ora pela violência dos senhores que os expulsavam das terras produtivas.

[...] como passo a passo por toda a Província de São Paulo, o caipira sucedia o bandeirante e precedia o senhor de terras. A chegada de um senhor de escravos a uma região de bairros de "situantes" caipiras, até hoje se guarda na memória das cidades paulistas como o momento do seu verdadeiro início. O bandeirante desbrava, o caipira ocupa, o senhor civiliza. Por isso, parece tão legítimo ao senhor expulsar das terras o lavrador pobre e ocupar o seu trabalho, quanto pareceu legítimo ao bandeirante "limpar" do caminho os índios e os aprisionar.²⁰ (p. 38)

Por muito tempo essa população pobre dos campos paulistas foi tida como insolente, preguiçosa, de modos grosseiros, símbolo do atraso diante das ideologias modernizantes de um Brasil recém-industrializado e cada vez mais urbano²¹. Porém, no fim do século XIX, observam-se esforços, em sentido contrário, que tinham como interesse a construção de um tipo tradicional que pudesse representar uma identidade genuinamente nacional, já que o contexto em que a "cultura caipira" começou a ser enaltecida pela elite intelectual era o da construção de um Estado-nação, o que convocava à construção de uma identidade nacional, "o caipira apresentou-se como o tipo fundamental na representação de uma identidade nacional"¹⁹ (p. 25) e começou a ser tema da literatura, pintura e teatro regionalista no fim do século XIX.

No século XIX, a expansão do capitalismo moderno e a crescente urbanização e industrialização do Brasil, mais especificamente do estado de São Paulo, influenciaram muito a cultura caipira, seu modo de ser e estar em relação ao meio que vive. A incorporação progressiva à esfera da cultura urbana, assim como a preponderância da vida social e econômica das grandes fazendas descaracterizaram a cultura caipira como um sistema rústico, de subsistência e fechado. Dessa forma, o caipira reage de várias maneiras, seja aceitando totalmente essas novas condições, proletarizando-se nas grandes fazendas ou mesmo migrando para a cidade, seja mantendo-se na lavoura e ajustando-se como possível.

A questão é que, com o advento do capitalismo moderno, a crescente urbanização diminuiu as distâncias entre cidade e meio rural e as necessidades do caipira foram incorporando as necessidades do sistema econômico emergente. Segundo Candido²², a reação a essa nova situação se deu pela aceitação total de uns, rejeição total de outros e aceitação parcial da maioria, aqueles que permaneceram no campo, porém, introduziram-se na dinâmica socioeconômica urbana enquanto trabalhador rural das grandes fazendas ou pequeno sitiante que vendia para a cidade a produção excedente da roça. O que acontece é a desorganização de uma cultura quando esta entra em relação com o modelo socioeconômico capitalista em aliança com a "forma Estado" de organização social.

Ou seja, não existe o caipira, mas os vários modos de conceber o caipira, seja de forma pejorativa, uma sub-raça, consequência da miscigenação entre colonizadores e indígenas, rústico, grosseiro, preguiçoso, seja enaltecendo-o como uma população de características e hábitos próprios com *status* de uma cultura genuinamente paulista e nacional.

Destacar a polissemia que envolve o termo caipira é importante, pois vamos a seguir dar ênfase a uma dessas várias características e atribuições que encontramos nessa cultura. Como uma produção cultural e mesmo conceitual, o caipira é uma multiplicidade composta por várias linhas: linhas submissas, linhas mestiças, linhas migrantes, linhas nômades, etc.

Entre essas inúmeras linhas do caipira, desdobramentos e apropriações, gostaríamos de destacar o lado nômade dessa população que por muito tempo viveu, para alguns, na miséria, ao mesmo tempo que desfrutava de uma autonomia e independência, caracterizando-os como pessoas apropriadas de ações livres.

Destacar que o nomadismo é uma das linhas que compõe essa figura é uma forma de não correr o risco de homogeneizar e romantizar o caipira, sem também perder de vista, como colocado anteriormente, que esse nomadismo acontecia por várias razões: pela infertilidade das terras; pela forma que se relacionava com o tempo e a natureza; e pela violência dos senhores que chegavam expulsando-os das terras produtivas.

O que inicialmente caracteriza o lavrador caipira é ele ser produtor errante. Na verdade, ele, um lavrador obrigado a ser errante, porque vive de ser empurrado de um sertão que conquistou a um outro que vai conquistar, até ser outra vez expulso. Se uma parte de sua vida nômade deriva de como ele se relaciona com a natureza, a outra — possivelmente mais importante — deriva de como ele se relaciona com os senhores rurais através do trabalho e de tratos sobre questões de posse e uso da terra.²⁰ (p. 34)

Um dos legados indígenas para a cultura caipira foi a prática da agricultura itinerante e de subsistência que permitiu esse nomadismo.

A sociedade caipira tradicional elaborou técnicas que permitiram estabilizar as relações do grupo com o meio (embora em nível que reputaríamos hoje precário), mediante o conhecimento satisfatório dos recursos naturais, a sua exploração sistemática e o estabelecimento de uma dieta compatível com o mínimo vital – tudo relacionado a uma vida social de tipo fechado, com base na economia de subsistência [...] A vida social do caipira assimilou e conservou elementos condicionados pelas suas origens nômades. A combinação dos traços culturais indígenas e portugueses obedeceu ao ritmo nômade do bandeirante e do povoador, conservando as características de uma economia largamente permeada pelas práticas de presa e coleta, cuja estrutura instável dependia da mobilidade dos indivíduos e dos grupos. Por isso, na habitação, na dieta, no caráter do caipira, gravou-se para sempre o provisório da aventura.²² (p. 36-7)

A cultura caipira foi sendo apropriada e descaracterizada conforme o fortalecimento do Estado-nação que, concomitantemente com a expansão do sistema capitalista, produzia como efeito a crescente urbanização e industrialização. Esse movimento teve como uma das consequências a proletarianização do caipira, a captura da sua força de trabalho pelo capital, disciplinarizando-o, introduzindo-o a uma nova relação com o tempo e o espaço.

Não identificamos nenhuma literatura que pudesse comprovar a tese de que o movimento de resistência dessa população ante a investida da “forma Estado” produziu algumas estratégias de conjuração, porém arriscamo-nos a afirmar e a defender a tese de que alguns grupos de caipiras, na sua condição nômade, produziram estratégias de resistência contra a organização do Estado.

Por que queremos destacar essa questão do nomadismo do caipira, além de eleger parte dessa população como agentes que resistiram por muito tempo às investidas das formas de organização econômica e social do Estado moderno?

Para Deleuze e Guattari²³, o aparelho do Estado torna possível a distinção clara entre governantes e governados graças à constituição de um aparelho do tipo arborescente que se concentra em órgãos de poder. Ao contrário das sociedades primitivas que possuíam chefes, o Estado não se define pela existência de chefes, mas pela perpetuação e conservação de órgãos de poder, sendo sua preocupação a de conservar. Muitas sociedades primitivas possuíam alguns mecanismos sociais que tornavam impossível a formação de um aparelho de Estado.

Os mecanismos conjuratórios ou preventivos fazem parte da chefia, e a impedem que se cristalize num aparelho distinto do próprio corpo social [...] o chefe assemelha-se mais a um líder ou a uma vedete do que a um homem de poder, e corre sempre o risco de ser renegado, abandonado pelos seus.²³ (p.19)

Deleuze e Guattari²³ ainda apontam que nas sociedades primitivas a guerra é o mecanismo mais seguro contra a formação do Estado, pois mantém uma dispersão e segmentaridade dos grupos.

Não se quer equiparar a população caipira a grupos primitivos, muito menos afirmar que esse grupo também se utilizou da guerra como mecanismos contra a formação do Estado, apesar de que a constante violência que sofriam dos senhores, que tomavam suas terras, contribuía para a dispersão e segmentarização desses grupos de caipira. Entende-se que muitos grupos nômades de caipiras rejeitaram o quanto puderam as investidas do aparelho do Estado sobre suas formas de organização

social. A resistência desses grupos estava relacionada principalmente a manutenção da forma que se relacionavam com o tempo e o espaço.

Esquecido de horóscopos (os únicos “astros” importantes na vida de trabalho do camponês tradicional são o Sol e a Lua) e distante do calendário civil que a cidade reinventa a cada ano, o “ano” do caipira é regido pelo entrecruzamento das sequências do trabalho com os tempos das festas da religião.²⁰ (p. 54)

Sendo que a investida do Estado está relacionada à ordenação dos grupos no espaço estriado da *pólis* e no tempo disciplinado do trabalho operário.

Fixar, sedentarizar a força de trabalho, reger o movimento do fluxo de trabalho, determinar-lhe canais e condutos, criar corporações no sentido de organismos, e, para o restante, recorrer a uma mão de obra forçada, recrutada nos próprios lugares (corveia) ou entre os indigentes (ateliês de caridade), - essa foi sempre uma das funções do Estado, que se propunha ao mesmo tempo vencer uma vagabundagem de bando, e um nomadismo de corpo.²³ (p. 34)

Essa discussão sobre o nomadismo, principalmente quando contamos com as contribuições de Deleuze e Guattari²³, traz um debate muito importante em relação ao apoio institucional e sua relação com a máquina do Estado, especialmente quando parte desse documento tem como questão as formas como as políticas públicas de saúde, as políticas de Estado para a saúde chegam a esses territórios produzindo os mais variados efeitos. O termo apoiador caipira também busca problematizar como o apoio institucional pode contribuir para a articulação de práticas instituintes nesses territórios.

Um dos motivos de caracterizar como apoiador caipira o apoiador institucional da Política Nacional de Humanização nesses territórios compostos por pequenos municípios é pela questão de convocar o caipira não de maneira pejorativa, mas na sua potência nômade, agenciando-o ao que pulsa e atravessa virtualmente os corpos dos habitantes e trabalhadores desses municípios num devir caipira, num devir nômade.

Se o nômade pode ser chamado o Desterritorializado por excelência, é justamente porque a reterritorialização não se faz depois, como no migrante, nem em outra coisa, como no sedentário (com efeito, a relação do sedentário com a terra está mediatizada por outra coisa, regime de propriedade, aparelho de Estado...). Para o nômade, ao contrário, é a desterritorialização que constitui sua relação com a terra, por isso ele se reterritorializa na própria desterritorialização [...] Ele é o vetor de desterritorialização.²³ (p. 53)

A trajetória que fizemos até aqui é para evidenciar esta questão: uma das principais características do apoiador caipira é constituir a função apoio como uma máquina de guerra. Que o apoio institucional não seja um instrumento a favor do aparelho do Estado, mas que suas intervenções possam acionar o *fora* que a máquina estatal sempre está a capturar. Sendo a máquina de guerra: “Toda quebra de homogeneização amplificada pelo aparelho estatal é já uma máquina de guerra. Todo revide que multiplique suas relações, conectando suas redes de resistência, abrindo para um novo campo de possibilidades, forma uma máquina”²⁴ (p. 92).

O apoiador caipira é aquele que por meio da intervenção como apoiador institucional possibilita “Colocar o pensamento em relação imediata com o fora, com as forças do fora, em suma, fazer do pensamento uma máquina de guerra [...]”²³ (p. 46)

Sendo o fora uma experiência de resistência aos modelos hegemônicos, capacidade de se incomodar com os pressupostos, preconceitos, elegendo a transformação das práticas como necessidade, permitindo-nos nos aventurar em processos que visam construir novas possibilidades de vida: função apoio caipira.

Algumas considerações

Dentro do debate da descentralização, regionalização e produção de redes de saúde, optamos em por em questão os aspectos político-institucionais que condicionam as relações interfederativas e a efetivação do direito à saúde, problematizando a série governo-Estado-políticas públicas.

Assim, nesse processo analítico apesar de todos os planos e elementos de análise ser importantes, o plano político traz questões fundamentais para problematizarmos a relação político-institucionais nos pequenos municípios, ou seja, problematizar como se dão as relações entre a população, a administração pública e as políticas públicas, como também a relação da população com os agentes políticos. Ao entrar em relação com regiões de saúde majoritariamente compostas por municípios com menos de vinte mil habitantes, o apoiador caipira é tomado por inúmeras questões.

Como vimos anteriormente, a Política Nacional de Humanização surgiu mirando não ser uma mera proposta, e sim materializar-se enquanto prática instituinte, mobilizando e conectando forças do coletivo.

A Política Nacional de Humanização, quando afirma ser uma política que busca se materializar como prática instituinte transformando práticas de cuidado e gestão a partir da produção de novas subjetividades, coloca para os seus trabalhadores/consultores/apoiadores institucionais uma inquietação ética: até que ponto minha/nossa prática está produzindo práticas instituintes? Até que ponto minha/nossa prática está produzindo transformações nas práticas de cuidado e gestão? Até que ponto minha/nossa prática está produzindo sujeitos mais autônomos? Até que ponto minha/nossa prática é capturada pelas forças do instituído, reproduzindo e legitimando práticas cuja política busca combater/superar?

Se considerarmos como inseparável o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades mais autônomas e protagonistas, e isso envolve garantir que o plano coletivo prevaleça e oriente as ações governamentais, que forças atravessam esses territórios que possibilitam ou não que isso aconteça? Quais as forças que atravessam esses territórios que possibilitam ou não a articulação das forças do coletivo produzindo novas subjetividades? São essas algumas das questões que atravessam o apoiador caipira.

Bacelar¹⁸ ao fazer uma análise da pequena cidade sobre o ponto de vista político-administrativo identifica na prática da gestão pública na maioria desses municípios uma herança histórico-cultural ibérica marcada por forte patrimonialismo e assistencialismo. Segundo o autor, o resíduo da herança portuguesa ainda impregna o modo de vida e o estilo de administração pública.

O autor aponta vários fatores que condicionam a relação da população com o poder público nessas localidades: relacionamento próximo da população com os gestores públicos, o município como grande empregador e promotor de ações econômico-produtivas e sociais, sendo muito desses empregos oriundos de relações de nepotismo e apadrinhamento político, o que reflete num corpo de trabalhadores pouco capacitados para lidar com as complexidades que a gestão de um município requer, além da alternância desse corpo de trabalhadores, que muda conforme mudam prefeitos e vereadores.

Concordamos que essa tradição ibérica produz relações patrimonialista e assistencialista que, por sua vez, contribuem para que as gestões nessas localidades sejam marcadas por forte autoritarismo e arbitrariedades, produzindo subjetividades assujeitadas, submissas e desapropriadas de um olhar crítico sobre as práticas de gestão e atenção na saúde. Porém, não podemos deixar de enxergar que essa mesma proximidade entre as pessoas, o que marca as relações personalistas nos municípios de pequeno porte, também pode produzir relações de coletividade, de produção de comum, de transversalidade, de produção ascendente de políticas públicas.

Silva²⁵, ao problematizar as relações sociais nas pequenas cidades e como elas produzem o espaço urbano, pondera que:

[...] a aparente simplicidade e a falta de dinamismo da forma das pequenas cidades mascara as relações complexas que imperam em tal espaço, adquirindo sentido apenas quando se entendem os códigos que as sustentam e lhes dão sentido particular.

Assim como a cultura é constantemente reconstruída a partir das diferentes experiências dos sujeitos ou grupos, as territorialidades instituídas a partir dos espaços vividos estão permanentemente se modificando, dependendo da perspectiva e do acionamento dos códigos simbólicos que as caracterizam [...] É no desenrolar da vida cotidiana que podemos compreender as divergências, as transgressões, ou a obediência à ordem imposta, interpretando, enfim, as relações sociais que dão conteúdo ao espaço geográfico.²⁵ (p. 33)

Por mais que esses municípios pareçam dominados pela tradição ibérica de relacionamento público-privado, produzindo relações assistencialistas e patrimonialistas calcadas num autoritarismo institucional, na micropolítica das relações podemos identificar linhas de fuga, devires insurgentes que possam produzir outras relações.

O apoiador é caipira quando, a partir de sua intervenção visa à articulação e produção dessas linhas de fuga, na atualização de devires insurgentes, apostando nas fissuras do modo hegemônico de relação entre a administração pública e a população, transformando a relação governo-Estado-políticas públicas, produzindo políticas públicas que traduzam na prática, desejos singulares e emancipatórios que borbulham nos territórios.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Pasche DF, Righi LB, Thomé HI, Stolz E D. O paradoxo das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. . 2006; 20(6):416-22.
2. Santos L, Andrade LOM. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Saberes; 2009.
3. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
5. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
6. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):561-71.

7. Guizardi FL, Cavalcanti. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: os desafios da produção do comum). *Lugar Comum*. 2009;(27):103-24.
8. Saidón O. Redes: pensar de outro modo. In: Saidón O, organizador. *Devires da clínica*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 162-71.
9. Righi LB. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: Cunha GT, organizador. *Cadernos Humanizados: atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. v. 1, p. 59-74.
10. Acirole GG. Redes interfederativas de saúde: um arranjo assistencial instituinte ou uma nova estratégia gerencial? *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(3):1681-3.
11. Nascimento VB. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Ministério da Saúde. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
13. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
14. Oliveira GN. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]*. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.
15. Benevides RB, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):389-94.
16. Passos E, Benevides RB. Método na experiência clínico-política: reversão e desmontagem [Internet] [acesso 2014 Out 3]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2008. Disponível em: https://docs.google.com/file/d/0Byhsw4JHq9gODdkZjdlOGUtYTNkMi00ZjBjLTgyYzMtNGI1Njg4NDUyYTA3/edit?ddrp=1&hl=pt_BR#
17. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudança na saúde: aposta da Política Nacional de Humanização. *Saude Debate*. 2010; 34(86):423-32.
18. Bacelar WK. A análise da pequena cidade sob o ponto de vista político-administrativo. In: Dias PC, Santos J, organizadores. *Cidades médias e pequenas: contradições, mudanças e permanências nos espaços urbanos*. Salvador: SEI; 2012.
19. Silveira CR. *A epopeia caipira: regionalismo e identidade nacional em Valdomiro Silveira [dissertação]*. Assis (SP): Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista; 1997.
20. Brandão CR. *Os caipiras de São Paulo*. São Paulo: Brasiliense; 1983.
21. Yatsuda E. O caipira e os outros. In: Bosi, A, organizador. *Cultura brasileira: temas e situações*. 2a ed. São Paulo: Ática; 1992. p. 103-13.
22. Candido A. *Os parceiros do Rio Bonito*. São Paulo: Duas Cidades; 1987.
23. Deleuze G, Guattari F. *Tratado de Nomadologia: a máquina de guerra*. In: *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Pelbart PP, Caiafa J, tradutores. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1997. v. 5, p. 11-110.
24. Santafé VL. *Tratado de Nomadologia: desejo e revolução*. *Lugar Comum*. 2013; (37-38):77-94.
25. Silva JM. Cultura e territorialidades urbanas: uma abordagem da pequena cidade. *Rev Hist Reg*. 2000; 5(2):9-38.

Yahn PIFC, Yasui S. El apoyador “caipira”: el desafío/arte de articular mallas regionales por medio de territorios/deseos singulares. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:871-84.

A través de la experiencia del apoyo institucional de la Política Brasileña de Humanización en tres regiones de salud del interior del Estado de São Paulo, Brasil, el presente texto se propone exponer algunas problematizaciones referentes al proceso de articulación de mallas regionales de salud en regiones compuestas mayoritariamente por municipios con menos de veinte mil habitantes. Al problematizar la articulación de mallas de salud en regiones interioranas se pone en la pauta del proceso de descentralización y las relaciones inter-federativas enfatizando los aspectos políticos institucionales que penetran y modulan esta relación, principalmente en los municipios de pequeño porte. Por consiguiente, ponemos en cuestión los modos como las políticas de salud actuales llegan a estos territorios y el modo cómo estas mallas están siendo articuladas, teniendo como dirección el desafío de la ascendencia y transversalidad del proceso.

Palabras clave: Apoyo institucional. Mallas regionales de salud. Relación inter-federativa. Ascendencia. Transversalidad.

Recebido em 31/03/13. Aprovado em 20/09/14.