



Caminhos do Apoio Institucional na Estratégia de Saúde da Família

Paths of Institutional Support in the Family Health Strategy

Caminos del apoyo institucional en la estrategia de salud de la familia

Bruna Abbud da Silva

Marcos Adegas de Azambuja

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Resumo

Este artigo apresenta um relato acerca do Apoio Institucional (AI) como ferramenta para consolidação das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado nos conceitos da análise institucional, a experiência enquanto apoiadora mostra caminhos do trabalho do Apoio Institucional às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Refletindo a função de apoio às equipes da ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul, a serem avaliadas pela adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, objetivou-se: apresentar a função do AI auxiliando as equipes e, especificamente, mapear as relações de cogestão e autonomia preconizadas pelo SUS, explorando-se as práticas dessa construção. A ferramenta democratizou a relação entre trabalhadores e gestores, promovendo maior comunicação entre eles, constituindo-se como um aporte que priorizou, além dos saberes acadêmicos, o saber cotidiano dos atores envolvidos, dando voz às experiências destes em seus contextos sociais.

Palavras-chave: Apoio Institucional; Atenção Primária; Saúde.

Abstract

This article presents a report about Institutional Support (AI) as a tool for consolidating practices in the Unified Health System (SUS). Based on the concepts of institutional analysis, the experience as a supporter shows ways of working in Institutional Support for Family Health Strategy (ESF) teams. Reflecting the role of support to the FHS teams of a municipality in the interior of Rio Grande do Sul, to be evaluated by the adherence to the Access and Quality Improvement Program of Primary Care, the objective was: to present the role of the AI helping the teams and, specifically, to map the co-management and autonomy relationships recommended by the SUS, exploring the practices of this construction. The tool democratized the relationship between workers and managers, promoting greater communication between them, constituting a contribution that prioritized, in addition to academic knowledge, the everyday knowledge of the actors involved, giving voice to their experiences in their social contexts.

Keywords: Institutional Support; Primary attention; Health.

Resumen

Este artículo presenta un informe sobre el Apoyo Institucional (AI) como herramienta para la consolidación de prácticas en el Sistema Único de Salud (SUS). Con base en los conceptos del análisis institucional, la experiencia como acompañante muestra formas de trabajar en equipos de Apoyo Institucional a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Reflejando el papel de apoyo a los equipos de la ESF de un municipio del interior de Rio Grande do Sul, a ser evaluado por la adhesión al Programa de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Básica, el objetivo fue: presentar el papel de la AI ayudar a los equipos y, específicamente, mapear las relaciones de cogestión y autonomía recomendadas por el SUS, explorando las prácticas de esa construcción. La herramienta democratizó la relación entre trabajadores y directivos, promoviendo una mayor comunicación entre ellos, constituyendo un aporte que priorizó, además del conocimiento académico, el conocimiento cotidiano de los actores involucrados, dando voz a sus experiencias en sus contextos sociales.

Palabras clave: Apoyo institucional; Atención primaria; Salud.

Introdução

O Apoio Institucional (AI) tem se apresentado como importante ferramenta para consolidação das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta deste artigo é demonstrar possíveis caminhos do trabalho do Apoio Institucional no cotidiano das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); e, a partir de uma experiência (enquanto apoiadora), explicar sobre a interação com seu cotidiano, realizando discussões de casos e reflexões sobre o processo de trabalho e sobre reuniões de equipes.

Pretende-se refletir sobre a função de apoio junto às equipes da ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul, que viriam a ser avaliadas dentro de seis

meses em função da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no final de 2016¹. No ano de 2013, houve a implantação da ESF no município em questão, com cobertura de 100% neste território de aproximadamente oito mil habitantes, no qual, apesar de sua grande extensão de zona rural, 56% da população residia em perímetro urbano.

A relação do AI² nesse processo de avaliação com as equipes de ESF visa à produção de cuidado em saúde e ao diálogo com os profissionais, a partir da autoanálise e da aproximação com os princípios do SUS. Assim como a problematização do espaço, das relações, dos materiais, entre outras necessidades, a autoanálise se faz essencial para compreender o nosso papel

enquanto profissionais da saúde, na atuação em territórios de referência à população.

O Apoio Institucional é “uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores” (Campos et al., 2014, p. 984). Dessa forma, surge como uma metodologia proposta por Campos (2001) para inovar a gerência do Sistema de Saúde; em consonância, os apoiadores devem assumir um posicionamento ético-político e comprometer-se com as transformações nos processos de trabalho e de suas relações.

Em 2011, o AI ganhou um novo olhar, com o estabelecimento do PMAQ e, no ano de 2012, trouxe como etapas do seu desenvolvimento a função gerencial de uma supervisão em saúde, com objetivos de melhorar os serviços ofertados pela Atenção Básica a partir de incentivos para gestores e profissionais (Portaria n. 2.488, 2011). Esse modo de gestão necessitava romper com a lógica tradicional de supervisão e implicar-se ao coletivo em seu cotidiano, propondo a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (Ministério da Saúde, 2012).

O Apoio Institucional no PMAQ se caracterizava como um eixo estratégico para atingir metas específicas propostas pelo Ministério da Saúde (MS). Logo, consistiu em um dos compromissos do

município implantar o AI às equipes (Ministério da Saúde, 2017). O Apoio é uma ferramenta que se propõe a gerar mudanças, assumindo um espaço relevante na implementação do programa, já que “busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” (Ministério da Saúde, 2017, p. 22). Por isso, é necessário analisar a função do apoio nesse contexto. O mesmo foi alertado por Gastão ao ser entrevistado no ano de 2014. Na ocasião, apontou que o apoiador necessita ter como referência o projeto do SUS, ter autonomia para negociação e buscar a adaptação para não ser apenas um implementador de protocolos, um supervisor tradicional (Righi, 2014).

Por fim, esta experiência tem como objetivo principal apresentar como a função do Apoio Institucional auxiliou no cotidiano das equipes nesse município e, como objetivos específicos, mapear como se criaram as relações de cogestão e autonomia preconizadas pelo SUS, bem como explorar os discursos e práticas participativas nesse processo de construção.

Adentrando no Estudo

A vivência relatada baseia-se na perspectiva teórica da Análise Institucional (AI), da qual destacam-se alguns conceitos fundamentais à compreensão da atuação enquanto pesquisadora-apoiadora e dos resultados. Destarte, o conceito de “demanda” é elencado pelo que Baremblytt (2002) chama de *experts*, os conhecedores da estrutura e do processo da instituição. Para o autor, não existe uma demanda espontânea e sim produzida: os grupos e coletivos perdem a compreensão daquilo de que necessitam, acreditando que precisam daquilo que os *experts* trazem como necessidade. Por conseguinte, a AI, através da autoanálise, busca que os próprios grupos assumam uma postura ativa quanto a seus desejos, demandas e problemas.

A autoanálise não significa a exclusão dos *experts*, e sim configura-se como uma proposta de horizontalidade em que todos os membros da instituição possam ser protagonistas, gerando um espaço de saber compartilhado, que resulta na reformulação de práticas e organização da instituição. Assim, os gestores são *experts*, pois são eles que fazem o convite e relatam a demanda. Por outro lado, considerar os trabalhadores da ponta como *experts* no cuidado propicia, na autoanálise, a desmistificação do conhecimento que transcende à vida, alheio à história do

usuário, à relação profissional-usuário/gestor-usuário.

Através da solicitação da “demanda” é que se propõe uma “intervenção institucional”, sendo a gestão que solicita e oferta apoio e não as equipes que buscam um pedido de intervenção institucional. Na vivência observada, não foi diferente, pois foi a gestão que identificou a necessidade de uma análise do processo de trabalho das equipes, por entender que estas necessitavam de mudanças que estivessem alinhadas ao cuidado proposto pela Atenção Básica. Por exemplo, atendimento ao pré-natal e puericultura que ainda eram realizados por especialistas contratados pelo município e não na ESF como proposto pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), eram indicadores analisados pelo PMAQ para avaliação do acesso e continuidade do cuidado. Essa solicitação traz uma implicação importante, haja vista o espaço a ser ocupado e o motivo desta solicitação.

A construção do roteiro desta pesquisa aconteceu concomitantemente ao ingresso da autora no programa de mestrado, durante a experiência enquanto apoiadora institucional. Dessa forma, inicia com a constituição do “campo de análise”, que é o conhecimento e a apropriação do espaço que o institucionalista deve ocupar

para construir o campo de intervenção. A intervenção é precedida da “análise da demanda”, para que se compreenda em qual contexto foi solicitada, bem como as perspectivas dessa demanda. Também é importante salientar que existem interesses manifestos através dela, e o analista deve estar implicado em compreender a produção dessa solicitação.

A seguir, inicia-se a “análise de implicação”³. Essa ferramenta é considerada como uma “análise do compromisso socioeconômico-político-libidinal que a equipe analítica interventora, consciente ou não, tem com sua tarefa, ela começa pela análise da implicação existente na oferta, ou seja, na produção da demanda” (Baremlitt, 2002, p. 96). Logo, o fato de estar analisando os processos e, questionando, promover uma reflexão crítica do espaço que se está ocupando e da oferta, visando à conexão entre quem demanda e o analista institucional, é o que chamamos de “análise do encaminhamento”.

Na “análise do encargo”⁴, é necessário perceber se há modificação do papel do apoiador. Ressalta-se que os processos de transformação trazem conflitos, por já existir uma organização instituída, mas que é passível de mudança (Paulon et al., 2014). Assim, o apoiador é o

instituinte – desacomodado, traz desconforto –; por isso, a realização de um diagnóstico provisório com a finalidade de construção da intervenção coletiva se mostra essencial para o processo.

Sobre fazer, fazendo

Minha inserção na Rede de Atenção à Saúde desse município ocorreu para apoiar a organização das equipes de ESF e seu processo de trabalho, com o intuito de aproximar as práticas das equipes com a proposta da PNAB e ESF⁵.

Nessa esteira, o primeiro passo foi acompanhar as equipes com o intuito de conhecer seu cotidiano, desejos, dificuldades, processo de trabalho e organização. Foi observado que, no município, existiam 4 equipes de ESF: 2 em zona central e 2 no interior. Os profissionais da ESF eram terceirizados: anteriormente, contratados por uma cooperativa e, atualmente, por uma empresa filantrópica. Os médicos que atuavam nas equipes eram do Programa Mais Médicos: 1 cubana e 3 brasileiros. Ao todo, eram 4 enfermeiras, 7 técnicas em enfermagem, 4 auxiliares administrativos, 2 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal, 4 médicos e 13 agentes comunitários de saúde, realizando o cuidado de 100% do território.

Instrumentos como diário de campo, conversas informais, reuniões e atas, protocolos, diretrizes e manuais auxiliaram o processo de construção da experiência e de informações que, inicialmente, foi proposta como uma reunião mensal com os profissionais da ESF para apoio ao processo de trabalho, através da pesquisa, após o horário de cuidado assistencial. Contudo, não se obteve êxito, uma vez que, após o horário do expediente, alguns profissionais possuíam outro vínculo empregatício, e outros tinham qualificação profissional. Assim, a sugestão de grande parte dos profissionais foi que a reunião ocorresse durante o horário do expediente (com tempo reservado para a atividade), uma vez que consideravam o espaço também como um processo de trabalho. Dessa forma, organizou-se com as equipes, reuniões mensais ou de acordo com a demanda para apoio e implantação de um turno mensal de Educação Permanente para os profissionais, de acordo com as temáticas por eles sugeridas.

Orientamos que a Educação Permanente deve contemplar a atualização de conhecimentos e habilidades, a partir de problemas e desafios levantados no cotidiano do trabalho, analisando os diversos fatores que estão envolvidos e seus

atores. Ela leva em consideração o conhecimento que todos envolvidos possuem e propõe a educação a partir da problematização das necessidades dos profissionais e usuários (Ministério da Saúde, 2018). Por fim, considera-se uma ferramenta de mudanças no cotidiano por ser um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (Ministério da Saúde, 2017, p. 30).

Sobre nossas relações: Gestão, Serviços e Apoio

O primeiro contato que tive com a gestão e os trabalhadores do município, momento em que ocorreu a pesquisa, aconteceu através de um estágio de vivência realizado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Após essa experiência, fui convidada pela gestão a assumir a Coordenação Técnica da ESF com objetivo de apoiá-los para avaliação a ser realizada pelo PMAQ. Em 2016, a gestão aderiu ao PMAQ já que, ao cumprir metas do programa e melhorarem seus serviços, o MS repassava valores aos municípios como incentivo às mudanças. Não só os gestores aderiram, mas também os profissionais de cada equipe cadastrada. Para a adesão, os gestores se reuniram com os trabalhadores e explicaram o que era o

PMAQ, sua avaliação e incentivo e, após as coordenações de cada equipe, neste município, as enfermeiras assinaram a contratualização. Saliento que, por mais que as equipes tenham aderido ao programa, nem todos os participantes compreendiam seus objetivos e sua avaliação: de um lado, existia a angústia por não saber, mas sentir-se responsável pelo resultado; de outro, a desconfiança, pois houve atrasos no período de avaliação: o prazo que era de maio de 2017 foi estendido até outubro do mesmo ano.

Ao ser convidada, coloquei-me à disposição para ser Apoiadora Institucional, pois era de meu desejo estar entre a gestão, os trabalhadores e os usuários; assim, configurou-se a “oferta”, o que ocorreu pela necessidade de uma coordenação técnica. Observa-se que o apoiador se coloca entre a “oferta” e a “demanda”, na escuta qualificada e na realização do diálogo entre estas instâncias. Usei-me colocar no “apoio” não para levar informação ou ter uma conduta partidária, mas no intuito de mediar e articular, constituindo um “campo de intervenção” do “apoio” às equipes das Unidades Básicas de Saúde da Família.

Quando fui apresentada para as equipes de Estratégia de Saúde da Família, alguns profissionais estavam de férias, mas

lembro-me o estranhamento que ocorreu em todos os presentes: em mim, na gestão e nos trabalhadores. Confesso que me sentia, em alguns momentos, fora do ninho, sozinha. Em relação às equipes, a fala de uma técnica em enfermagem torna claro o pensamento reinante: *“Se quer mesmo entender nosso trabalho, ao invés de circular, faz uma sala para ti aqui e ajuda”*. A noção de saúde reduzida ao atender em uma sala fechada era exatamente o oposto à lógica da proposta que a ESF queria produzir no reordenamento da atenção, mas vê-se nela que o fixo ainda está incrustado no imaginário dos profissionais (para apoiar, temos de nos fixar), e não era esse método – eu queria circular.

Compreendia e necessitava, assim como os ciganos, de não ter um espaço fixo, mas de ser nômade: estar em todos os espaços para dialogar, observar, pactuar, conhecer o cotidiano junto a cada um. Minha ideia foi ser demandada e demandar, vivenciar os processos e ora ser vista como psicóloga, ora como gestão, ora como apoio, ora como uma estranha. Os papéis se misturavam e clareavam, sabe-se lá o que de fato era! Eu sabia mesmo era de meu desejo, o de circular, de viver essa “flexibilidade no território”, pois percebia o processo de trabalho e as burocracias endurecidas e centralizadas. Estar de fora,

mas me permitir adentrar, isso foi como afetar-me, conhecer minha implicação, colocar em análise a demanda e a oferta.

No processo de um lugar ou de um não lugar de ocupação, pude inventar formas de atuar em uma linha de fuga, negando a fixação em identidades, em funcionamentos rígidos. Dessa maneira, me permiti atender a uma livre demanda para construir-produzir outra, a demanda de apoio, de democratização das relações, trabalho, saúde integral. Para tanto, propus a organização da “minha sala” com o apoio e a ajuda deles. Observei que necessitava ofertar isso a eles para criar vínculos entre nós, mantendo a ideia da sala não como um lugar fixo, mas por entender que eles necessitavam desta referência de lugar.

No cotidiano, via-me de fora e compreendia que a produção de estranhamento sobre os serviços, trabalhadores, gestores e usuários, bem como a circulação dos afetos fariam com que eu pudesse realizar uma “análise de implicação” mais crítica às linhas duras e rígidas que ali circulavam nas formas de subjetivação do cuidado em saúde: proporcionando o estranhamento do campo sobre meus saberes e verdades acerca da concepção de saúde, cuidado e território.

O desejo da ESF para a gestão daquele município, visualizado através das

falas da prefeita e do secretário municipal da saúde em reuniões organizativas e entrevistas, era de que ela assumisse seu papel transformador na vida das pessoas através do cuidado longitudinal no território, que as equipes estivessem dentro da casa dos usuários e assumissem a responsabilidade por eles, que os nomeassem de clientes, rompendo com a lógica biomédica e se apoiando-se num olhar biopsicossocial. Essa era a “demanda” da gestão para o cargo que me foi proposto como coordenadora dos processos de trabalho dos profissionais da ESF; é importante analisar o desejo de que os trabalhadores assumissem a responsabilidade pelos usuários, pois, no SUS, trabalhamos com a corresponsabilização. Saliento que a linha é tênue entre o cuidado e a força de controle sobre a vida da população; por isso, esse olhar crítico é importante: a ESF pode gerir um governo sobre os usuários assistidos pelas equipes.

A gestão tinha a sensação de que ofertava uma estrutura de qualidade, com materiais bons e suficientes; no entanto, tinha a impressão de que não era bem usufruída pelos profissionais. Isso denotava a percepção de que os trabalhadores esperavam o problema chegar até eles, que aguardavam o paciente procurar a Unidades

Básicas de Saúde da Família (UBSF), que não promoviam ações comunitárias de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, que estão no escopo de ações propostas na Atenção Básica.

Foi possível realizar a “análise da demanda”, através do relato da gestão com a “análise do campo”, observando as falas dos trabalhadores em suas atividades cotidianas. Estas anunciavam o desejo de ter maior autonomia para propor atividades, denunciavam a dificuldade de relação e devolução de casos com outros pontos da rede e a falta de materiais, além de não perceberem apoio da gestão. Pelo contrário, os trabalhadores sentiam que houve atravessamentos em suas ações; e, segundo relatos, a gestão não estava no território para entender as dificuldades do cotidiano: seja com o carro, medicamentos ou vínculos com a comunidade. Necessitavam ter espaço para dialogar somente entre a própria equipe sobre casos, planejamento e realização da educação permanente e, para ampliar a comunicação, compreendiam que era necessária uma reunião mensal com as coordenações da rede e gestão.

Lembro que uma enfermeira me enviou uma mensagem dizendo que era necessária a aprovação da gestão para haver mudanças. Percebi essa fala como um endurecimento, uma expectativa de que a

determinação fosse vertical, não como uma ideia de disposição para pactuar. Ao mesmo tempo, a experiência com as equipes me conduzia como encarregada de transmitir sua voz à gestão, embora essa não fosse minha intenção inicial, pois objetivava promover o espaço de estar “entre” as pessoas e não “por alguém”. Essa foi a primeira “análise de encargo” e me afetou por visualizar a incorporação de uma gestão vertical pelos trabalhadores, a desapropriação de suas capacidades gestoras, de criar seus processos de trabalho, na expectativa de as mudanças virem de uma ordem hierárquica; e eu continuava a crer que a função “apoio” funcionava exatamente para desmistificar essas noções instituídas.

No primeiro momento, não me pronunciei, o que acarretou situações semelhantes, como conflitos entre as equipes, falta de vínculo com coordenação administrativa e mudanças de profissionais. O diálogo com uma enfermeira, ao visitar uma Unidade de Saúde, me fez refletir sobre as percepções que os trabalhadores estavam tendo:

Estou aqui há três anos. Já quis sair muitas vezes por não conseguir executar o que desejava. Não vai ser tu que vais dizer o que tenho que

fazer... Ou tu vens para somar ou não tens meu apoio.

Escutei seu desabafo, conversei sobre minhas intenções e, para diminuir o estranhamento e aumentar a aproximação, sentei-me com cada equipe para falar sobre meus desejos e escutar suas expectativas, objetivando dirimir falsas percepções.

Compreendi que deveria escutá-los e, na sequência, direcionar minha escuta à gestão. Precisava fazer com que eles dialogassem a fim de pactuarmos o meu papel, pois a gestão indicava alguns encargos que não eram de apoio, como fiscalizar folgas, advertir profissionais. Mesmo após essa pactuação, ainda houve estranhamentos; mas, aos poucos, os papéis ficaram um pouco mais claros. Optei por estar no cotidiano das equipes, experimentando na convivência o que o apoio fazia. No início, eles solicitavam suporte para casos, como um encaminhar, sem acompanhar, sentia-me como uma bombeira apagando “incêndios” e, nessa etapa, precisei parar para refletir sobre minha implicação e os encaminhamentos que realizava nesse processo. Assim, outra pactuação surgiu: ao solicitar o suporte para casos complexos, discutiríamos sobre as possibilidades de resolução e realizaríamos as intervenções juntos.

Além da aproximação com os trabalhadores, precisava alinhar, compreender e intervir também junto à gestão. Ressalto que, ao dialogar com a gestão, a fala que mais me chamou atenção foi: “*Tu és muito correta para o que temos*”. Indaguei-me sobre o que é o “correto”, e o que “eles têm”, pois meu desejo nunca foi levar uma verdade absoluta, e sim aproximar os princípios do SUS e da ESF com a realidade local, talvez um dos maiores desafios do “apoio”. Porém, quem conhece o cotidiano é o trabalhador que diariamente atende à demanda espontânea. Quando se está na ponta, pode ser difícil entender como alguém de fora poderá ajudar. Logo, o apoiador precisa conhecer a realidade local com os trabalhadores dos serviços e, a partir desse lugar de estrangeiro, fazer uma entrada de modo a compor com este conhecimento dos envolvidos. Portanto, minha inserção causar resistência entre as equipes e um misto de desgosto com nova perspectiva seria esperado. Contudo, é difícil colocar em análise o nosso fazer, refletir sobre nossas ações, uma vez que as mudanças causam insegurança, configurando a “força instituinte”.

E por que estar entre gestão e trabalhadores? A “análise do campo” me fez refletir sobre os afetos que circulavam.

Senti um bombardeio de desejos, dificuldades, decepções e vontades ao caminhar pelos serviços. Ao mesmo tempo, observava a “escuta dura” da gestão, não uma escuta sensível, de acolhimento, democrática, e me questionava o motivo que dá origem a essa “escuta dura”: de que forma o trabalho foi organizado produzindo esse rigor na escuta e qual frente aos processos de sofrimento da população? A gestão reunia-se somente uma vez ao mês com cada equipe, pois a profissional que estava anteriormente no cargo de coordenação tinha outras funções administrativas da enfermagem na Secretaria Municipal de Saúde, que não lhe permitiam estar mais presente no cotidiano da ESF. Assim, as equipes não tinham tempo hábil para dialogar, realizar educação permanente, planejar suas ações e rotinas.

Identifiquei a necessidade de a gestão estar mais próxima das equipes, conhecê-las mais, compreender seu trabalho e suas demandas para aproximar um plano de gestão à realidade municipal. Vi com satisfação o primeiro passo ser dado para a realização de uma gestão democrática, de cogestão, que foi a aplicação das intervenções sugeridas com um encontro entre gestores e trabalhadores.

Dois falas da gestão permitiram pensar essa fixidez, endurecimento e dissociação entre gestão e assistência ao usuário. A primeira foi: *“Será que precisam de reunião? Ficam discutindo, mas não chegam a uma resolução”*. Reitero que uma reunião pode não ter um retorno imediato, mas o ato da fala do encontro entre equipe técnica e agentes comunitários já é uma potência para a educação permanente: o compartilhamento de angústias e o diálogo.

Analiso a colocação como contraditória, porque os próprios secretários possuem reuniões semanais. Me questionei se esse pensamento seria uma projeção de suas reuniões, ou se, no geral, eles acreditam que as reuniões são improdutivas. Considero importante demonstrar interesse de que a equipe planeje suas ações com início, meio e fim, que dialoguem sobre casos para realizar atenção longitudinal e que realizem educação permanente com base no SUS; pois a ESF, para além da assistência à saúde, se constitui pelos encontros que propicia.

A segunda fala foi: *“Muito cara para estar parada”* (referindo-se à ESF). Mas o que significa estar parado? Uma controvérsia do desejo de planejamento, pois estar “parado” é também estar

produzindo, é refletir sobre que está ocorrendo; destarte, essas falas denunciam que, na percepção da gestão, apenas os gestores têm a necessidade de realizar reuniões e ter tempo para planejar. Conseqüentemente, resta aos trabalhadores a execução do que foi planejado pela gestão, o que não é democrático. Com essas falas gestoras somadas às dos trabalhadores que têm expectativa de mudanças vindas de uma ordem vertical, entende-se a incorporação de uma “gestão vertical”.

Ao observar essas necessidades, pactuou-se que as equipes teriam reuniões mensais com a gestão, com a frequente participação do secretário municipal de saúde nesses espaços; com a finalidade, conforme a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2010c), de produzir “transversalidades das relações”, através da valorização dos saberes e experiências dos atores, propondo relações menos hierarquizadas, mais democráticas e comprometidas com a produção de saúde.

Esses atravessamentos eram os que mais me tocavam, seja no processo de trabalho, nas ações ou no encaminhamento do usuário. Muitas vezes, ele era justificado pela falta de resolutividade, mas analiso essas situações como empecilhos para a responsabilidade de cada profissional e

organizações de fluxogramas, que foram necessários para orientar as equipes. Essas interferências diminuíram quando a secretária se fez mais presente no cotidiano das equipes, nas reuniões destas e de coordenações, pois ela passou a ter outra visão do “fazer” de cada profissional, das singularidades de cada território, e as equipes sentiam que possuíam mais voz. No início, incomodava-me sua participação: coloquei-me em disputa de espaço, como se estivesse perdendo autonomia sobre minha função, necessitei reavaliar minha implicação. Enfim, precisei parar, refletir e perceber que não tínhamos a mesma função, o olhar era outro, e essa mudança promoveu uma consolidação do meu papel enquanto coordenadora-apoiadora.

Pautei tudo na pergunta colocada na introdução: “*Temos o SUS como referência?*”. A partir daí, precisei entender minha implicação, as linhas de força que permeavam meu fazer. O SUS é militância, política, atenção, educação, direito; então, como promover uma gestão a que fui convocada/demandada, através do apoio institucional que ofertei? O relato de uma médica cubana do Programa Mais Médicos, em reunião junto às outras equipes e profissionais da rede, estando presentes

secretária municipal de saúde e prefeita, apontou:

Antes não me imaginava sentada com as gestoras e demais profissionais discutindo sobre construção de uma linha de cuidado, com motivação pelo trabalho, afeto pela comunidade e conhecimento da mesma. Percebo uma Estratégia de Saúde da Família consolidada.

Observa-se que houve diálogo entre eles, autonomia, ou seja, a comunicação fluiu. E para além de um fazer mecânico, com foco em custos, houve resistência, pois o fazer, o diálogo e a organização precisavam ser refletidos. Alguns pontos eram burocráticos demais e outros muito “soltos” e acabavam desarticulando as equipes, promovendo desavenças, falhas na atenção ao usuário e atravessamentos por parte da gestão. Ter o SUS como referência para atuação e compreender seus objetivos permitiu a sensação de consolidação do processo de trabalho das equipes, que será diário, pois nada está pronto, é tudo um caminhar, é todo um processo.

Além disso, a AI propõe um processo de “autogestão”. Essa foi a primeira ação micropolítica, micromovimento, ou seja, mais maleável, de processo que opera no detalhe, por meio

dos fluxos de intensidade (Ferreira Neto, 2015).

O Apoio Institucional no cotidiano das Equipes

Os casos que antes circulavam pela rede, sem referência, foram encaminhados para a equipe da ESF através das reuniões mensais entre gestão e coordenações. Isso trouxe de positivo o cuidado e a corresponsabilização, pois, conforme a PNH, o cuidado compartilhado fortalece o Princípio da Integralidade composta na Lei Orgânica n. 8.080 (1990): estimular a transversalidade do diálogo faz a comunicação e os saberes circularem entre os envolvidos. A título de exemplo, trago um caso:

Homem, 37 anos, alcoolista, beneficiário do Programa Bolsa Família, morador do interior do município. Por diversas vezes, buscava o serviço de urgência e emergência alcoolizado ou a UBSF que estava na região da cidade. No entanto, sua UBSF de referência estava localizada no interior. Para tal realização do cuidado compartilhado entre as equipes, foi levado o caso para discussão em reunião de coordenações, já que

nela se apresenta a coordenação do serviço de urgência e emergência, responsável pela atenção básica, coordenação da UBSF de referência do usuário e da equipe que acabava acolhendo o usuário. A partir desse diálogo, traçaram-se propostas de intervenção de acolhimento ao usuário e encaminhamentos para fortalecimento do vínculo do usuário com sua equipe de referência, atuação do ACS na busca de ser o elo entre usuário e equipe. Além disso, a equipe sentou-se com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), outro ambiente de circulação do usuário para afinar o diálogo. A equipe mostrou-se mais presente no cuidado do usuário, responsabilizando-se pelo seu cuidado, promovendo intervenções com a família, fez rede, o que proporcionou vínculo deste com a sua equipe de referência e construção de um Plano Terapêutico Singular com as possibilidades de cuidado que o usuário entendia ser melhor para si e que a equipe e rede poderiam ofertar. Por fim, o usuário diminuiu

a busca pelo serviço de urgência e emergência, tendo referência na sua ACS, equipe e no CRAS, onde busca apoio quando necessita e recebe seu acompanhamento em questões de saúde e desenvolvimento social, já que está em situação de vulnerabilidade social (Diário de Campo).

Com base no caso apresentado, observa-se que as reuniões da gestão com as equipes ocorreram com uma frequência maior no cotidiano; além disso, promoveram também melhorias na ambiência das unidades, bem como fizeram com que os profissionais se sentissem mais valorizados. A aposta em uma gestão democrática diminuiu a centralização das decisões, responsabiliza os gestores, profissionais e usuários sobre as escolhas tomadas: todos possuem voz⁶.

Isso ocorreu porque o gestor, ao frequentar o cotidiano das equipes, percebeu mais de perto as necessidades e dificuldades em relação à estrutura da Unidade de Saúde, falta de equipamentos, materiais e medicamentos; dessa forma, os trabalhadores e usuários foram beneficiados, pois melhoraram as condições de trabalho e o cuidado. Além disso, as ações comunitárias, que antes eram organizadas pela gestão, começaram a

surgir das equipes, tais como a horta comunitária, o canto do chá, a atividade noturna para realização de teste rápido, o campeonato de futebol, a ação de autoestima para mulheres, a ação solidária para crianças, a ação educativa para combate ao *Aedes Aegypti*, entre outras.

Descentralizar as organizações e produzir autonomia entre os profissionais e junto dos usuários para as ações de saúde amplia a participação social e vínculo entre trabalhadores e comunidade. Por isso, através dessas atividades realizadas, promove-se a educação e promoção em saúde, além de garantir o princípio da universalidade, ou seja, o acesso a todo e qualquer cidadão, sem discriminação, aos serviços de saúde (Lei n. 8.080, 1990).

O reflexo das reuniões de equipe foi o espaço para planejar as ações que foram gerenciadas. É nas equipes gerindo seu processo de trabalho que está o fazer de “gestão-atenção” dos trabalhadores. E, a partir dessa gestão das equipes sobre seu processo de trabalho, houve solicitação das coordenadoras das equipes e das enfermeiras das unidades de saúde para modificar aquilo que entendiam como necessidade de seu território como: horário/turno de atendimento para acolhimento e demanda espontânea, organização de grupos e ampliação de

horário de reunião. Como exemplo, temos o atendimento noturno para mulheres e homens trabalhadores, que não acessavam o serviço em decorrência de o horário de funcionamento ser comercial. Dessa forma, as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal ampliaram seus horários de 1 a 2 dias na semana, dependendo da demanda territorial.

Essa forma de gerir a saúde, através da gestão democrática, promove alterações no cotidiano das equipes, através da aproximação entre os envolvidos, e oportuniza transformações como maior resolutividade na atenção à saúde, maior compromisso e corresponsabilização. Assim, propor uma administração interativa amplia o diálogo e o fazer coletivo. E, apesar de a PNH ter perdido seu lugar e força no Ministério da Saúde, neste trabalho, ela se mostrou como uma ferramenta importante no campo, pois foi a referência utilizada na articulação do apoio institucional, junto à gestão e às equipes.

A PNH reverbera nas ações enquanto pensamentos, fluxos de ideias influenciando as práticas do SUS no município. Aqui está incluída a capacidade de resistência no SUS, dessa força dos trabalhadores, gestores e usuários na micropolítica local. A experiência do Apoio Matricial⁷ demonstra essa influência, pois

emergiu das equipes essa necessidade e foi pactuada entre gestão e trabalhadores, em que puderam refletir suas responsabilidades sobre o território, observar as demandas e dialogar, rompendo uma gestão vertical e de imposição.

Esse tipo de apoio objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (Campos & Domitti, 2007). As equipes da ESF começaram a demandar suporte técnico para casos de maior complexidade, o que culminou na criação de uma equipe de Apoio Matricial para os casos que a ESF estava com dificuldade no acompanhamento. Logo, diversos profissionais do município integraram esta equipe, isto é, trabalhadores de diversos pontos da rede que as equipes de ESF entendiam como imprescindíveis para o Apoio.

Sendo assim, proporcionou-se um espaço de diálogo na rede que, além de promover a comunicação entre os profissionais que atendiam o mesmo usuário, permitiu a efetivação da clínica ampliada, já que rompeu com a lógica do fazer do “núcleo específico” e deslocou-se para “atuação multiprofissional”. Observemos o caso a seguir e o quanto ele

representa as afirmativas presentes no contexto:

Gestante, 16 anos, acompanhada pelo Conselho Tutelar devido ao seu envolvimento com práticas de prostituição, com uso de substâncias psicoativas e tráfico de drogas. Gestante não desejava a gravidez, não estava comparecendo às consultas de pré-natal. Equipe solicita Apoio técnico para realizar o diálogo com a família e gestante que se mostravam resistentes. É proposta reunião com a equipe técnica e Agente Comunitária de Saúde com a finalidade de compreensão das maiores dificuldades encontradas. Após, é proposta reunião com a Rede de Saúde Mental, Assistência Social, Conselho Tutelar e Saúde da Família com a finalidade de dialogar sobre o caso, ver avanços e dificuldades, para então sentar com a família e montar o Plano Terapêutico Singular. Estive bastante presente sendo um suporte técnico para as equipes em relação à comunicação, promover reflexões sobre o caso e acompanhar o encaminhamento do mesmo com a finalidade de reduzir os danos de

uma gravidez na adolescência não planejada e que não havia o desejo de maternidade. Com o cuidado compartilhado, através da atuação multiprofissional, acredito que conseguimos promover um desenvolvimento mais saudável durante a gestação e suporte em saúde mental para a adolescente em seu reconhecimento enquanto mulher e prováveis responsabilidades a serem assumidas (Diário de Campo).

Para essa gestante, foi possível alinhar, entre usuária, família e a equipe, a frequência nas consultas de pré-natal para acompanhamento da gestação, a redução do uso de substâncias psicoativas e o encaminhamento para atendimento psicológico, uma vez que não era uma gravidez desejada. Durante as consultas de pré-natal e atendimento psicológico, foi possível dialogar sobre a gestação, o puerpério e os cuidados posteriores com o recém-nascido. Para tal, buscou-se junto à família a constituição de uma rede de apoio. Por não existir o desejo de maternidade, por parte da gestante, e no Brasil o aborto para sua condição não ter previsão legal, buscou-se com a família a possibilidade de guarda. Até o momento do nascimento, não houve uma indicação, então trabalhou-se

com a ideia de adoção. Após a recém-nascida já estar em uma casa de acolhimento e tramitar o processo de adoção, um casal, membro da família extensa, demonstrou interesse na adoção.

Os encontros entre apoio, equipes e gestão evidenciaram as dificuldades das equipes em dar seguimento aos casos mais complexos e que necessitavam de suporte – na época, sem equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) –, devido à dificuldade de acesso à rede, ora por falta de compreensão de fluxo, ora por falta de profissionais, ora pelos próprios nós da rede. Assim, a realidade do cotidiano exposta, a escuta da gestão, a demanda do usuário e o diálogo entre os sujeitos culminaram na criação da equipe de Apoio Matricial, que vem para complementar a assistência em saúde junto às equipes de referência, através de discussão de casos, educação permanente e atendimento ao usuário.

A equipe de Apoio Matricial foi composta pela equipe do Conselho Tutelar (CT), o que é peculiar do município; pois, em tese, compõem essa equipe os profissionais do quadro da saúde, sendo técnicos de nível superior e não é uma regra o CT possuir pessoas com nível superior na composição da equipe. Contudo, pelo município ser de pequeno porte e o CT

realizar o acompanhamento de parte dos casos mais complexos e ter impulsionado a formação da equipe de apoio, buscou-se então essa integração. O CT compor a equipe foi uma potência da experiência, que fortaleceu o vínculo e promoveu o diálogo na rede, já que essa equipe impulsionava na equipe de referência diálogo que refletiu na promoção de saúde e prevenção de agravos, devido à redução de danos para a gestante e o bebê que estava gestando, seu envolvimento com prostituição e uso de substâncias psicoativas, bem como o não desejo de maternidade.

Além disso, estar imerso no cotidiano, territorializado com o caso, promoveu aproximação entre a equipe de referência e o CT, pois o território é muito mais complexo do que uma teoria, do que um protocolo ou política. Para muito além, o CT proporcionou a escuta da equipe, que era o suporte de que ela necessitava para vislumbrar que o outro também se sentia afetado ao ver a situação, que possuía os mesmos desejos e compartilhava das mesmas angústias.

Com a criação da equipe de apoio, identificou-se a necessidade de a equipe de referência e a equipe de Apoio Matricial estarem com os usuários pactuando cuidado através do plano terapêutico singular da família.

A clínica ampliada, tecnologia proposta pela PNH (Ministério da Saúde, 2007), coloca a percepção do modelo biomédico em análise, já que engloba os diversos conhecimentos, uma atuação multiprofissional e a percepção do próprio usuário. Os sujeitos são complexos e necessitam colocar em discussão seu processo de saúde-doença; e a adesão ao tratamento significa sucesso ou não. Mas que sucesso é esse? O que é o sucesso em um caso? É a partir da concepção da equipe, da gestão ou do usuário? Os “fracassos” são uma potência de análise do processo de trabalho e, pela reflexão sobre eles, suas limitações e possibilidades, demonstra-se como nossa formação ainda tem “durezas” e precisa estar mais alinhada ao projeto do SUS. No momento em que se amplia essa discussão, tira-se do usuário a culpabilização do “insucesso” do seu tratamento e divide-se a responsabilidade sobre o caso através do que a PNH (Ministério da Saúde, 2007) coloca como “clínica ampliada”, isto é, assumir responsabilidade sobre o usuário, promover a intersetorialidade, ou seja, suporte de outros setores que também atendem o mesmo usuário, reconhecimento das limitações e análise de tecnologias que podem dar suporte para o caso.

As equipes que apresentavam um olhar com “julgamento” a partir do que para eles é uma organização “ideal”, deixando escapar a percepção do modo da disposição de vida dos usuários, legitimam esse arranjo e não ampliam esse olhar para além do que se espera como “ideal” para o “real”. Por isso, estamos falando de produção de autonomia, pois são usuários que vivem em localidade de grandes vulnerabilidades, precisavam ter suas questões evidenciadas, refletidas e circuladas entre os profissionais.

Nos casos mais complexos que foram acompanhados pela equipe de referência e apoio, optou-se por reuniões com os usuários e discussão de seu plano terapêutico singular (Ministério da Saúde, 2007), o que nos trouxe melhores resultados, pois a equipe conseguiu se aproximar dos desejos deles com uma escuta qualificada. Assim, foi possível revelar as necessidades dos usuários em serviços de saúde, garantindo seu acesso e direito à saúde, além de tornar mais efetiva a prática de saúde.

O território e a atenção centralizada na família são princípios da ESF (Ministério da Saúde, 2006; Cunha & Sá, 2013). No “território”, se lida com uma complexidade de situações que vão para além da dimensão biológica, devendo-se

considerar as questões sociais, ambientais, familiares, educacionais, psicológicas e também biológicas. Compreender a história local e da família, suas relações de poder, aspectos econômicos, epidemiológicos, socioculturais e político-administrativos proporciona uma ampliação da possibilidade do trabalho coletivo e do desenvolvimento de relações horizontais (Cunha & Sá, 2013).

Trabalhar com território não é uma tarefa fácil e especificamente a ESF atua em um espaço não institucional (Cunha & Sá, 2013), podendo produzir diferentes sentimentos nos trabalhadores e gestores ao se depararem com uma “demanda ainda não nomeada, não classificada, mas, por outro lado, pode compor alternativas complementares à organização do cuidado, implicando os atores ao se colocarem de outro modo em cena” (Cunha & Sá, 2013, p. 70). Dessa forma, o território é um espaço potente de trabalho vivo para ESF; mas, para isso, necessita romper com o fazer biomédico puramente assistencial e compreender suas diversas dimensões que podem potencializar o cuidado salutar ou limitar os problemas de saúde.

Em meio a mudanças que ocorreram nas políticas públicas de saúde, como, por exemplo, a extinção do PMAQ⁸, o Apoio Institucional mostra-se importante para

essas transições, promovendo espaços de diálogo e educação permanente para refletir os novos programas e portarias, bem como planejar e avaliar o trabalho.

Considerações Finais

Reconheço que não foi simples o ponto de partida deste estudo, feito com a investigação sobre o trabalho de gestão-apoio. E o afirmo por não conseguir separar a apoiadora da pesquisadora e a apoiadora da gestora, mas por se fazer necessário, em alguns momentos, essa problematização. Nessa condição, percebi-me angustiada e resistente em determinados momentos pelas mudanças que ocorreram durante o processo de pesquisa e trabalho.

Observei dificuldade em relatar minhas afetações em um diário de campo, em compreender que não estão envolvidas apenas as demandas dos trabalhadores e gestão, mas que existem as demandas externas ao trabalho, como, por exemplo, a PEC 241 (transformada na Emenda Constitucional n. 95, 2016) dispendo em seu projeto que durante 20 anos não haja aumento nos recursos da saúde, ferindo a garantia de direito fundamental a saúde, já que impacta na efetivação do cuidado com o subfinanciamento do SUS; e a PNAB 2017 (Portaria n. 2.436, 2017), que propõe

uma reformulação da Atenção Básica, descaracterizando a Estratégia de Saúde da Família referente à atuação de profissionais como o agente comunitário de saúde e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ao seu papel no território e sua centralidade do cuidado, além de reformular seu financiamento.

Todos os fatores supracitados convocam a cada um de nós, trabalhadores, militantes e usuários do SUS, a persistir nos seus princípios e lutar pela sua solidificação. Aceitei o desafio desta produção por acreditar que esta seja uma forma de militância e consolidação do SUS e por compreender que precisamos produzir outras formas de escrita que priorizem os saberes não só acadêmicos, mas o saber cotidiano dos atores envolvidos, os afetos e os desejos. Igualmente, creio que esta produção valoriza as experiências e os conhecimentos de trabalhadores e gestores nos seus contextos sociais.

O Apoio Institucional, como percebido neste trabalho, tem uma grande potência para efetivação de uma gestão coletiva, que valoriza a democracia institucional, não só pelo fato de ampliar a comunicação, responsabilização e tomada de decisões, mas de trazer resultados positivos no cotidiano dos trabalhadores a partir de uma abertura na comunicação, em

que os profissionais são ativos e atores no processo. Ter realizado gestão-apoio permitiu-me estar no cotidiano das equipes, sentindo com eles os afetos que circulavam.

Ao mesmo tempo em que estive junto à gestão na organização do processo de trabalho planejamento a construção de planos e metas para os serviços, observei que estes foram construídos não só pela gestão, mas pelos trabalhadores, tanto na escolha dos indicadores a serem avaliados, bem como na reunião que analisava o andamento das metas. Assim, foi cumprida a intenção de alinhar e organizar o que precisava ser focado de acordo com o que as equipes entendiam como demanda territorial, junto ao planejamento da gestão para Secretaria Municipal de Saúde. “Estar entre” ampliou minha visão e a deles, a partir momento em que se reuniram e começaram a dialogar com proximidade. Por isso, reafirmo que a “gestão-apoio” é uma força instituinte, uma vez que desacomoda, promove transformações, mudanças. No entanto, a autoanálise e as implicações devem estar presentes, com a finalidade de não se tornar mais um fazer burocratizado, vertical ou de encargo, podendo ocorrer tanto por via da gestão ou de trabalhadores.

As relações de cogestão e autonomia, preconizadas pelo SUS,

aparecem nos casos, ou seja, a gestão compartilhada do cuidado, com a responsabilização do usuário, dos profissionais e da gestão. Desse modo, promove-se uma cogestão e autonomia quando se dá voz ao trabalhador, quando as suas necessidades e desejos de organização e planejamento de linha de cuidado são ouvidas, quando o usuário pode dialogar sobre suas demandas e possibilidades pactuando com os profissionais seu plano terapêutico singular. É assim que surgem as práticas participativas nesse processo de construção e de apoio institucional, como percebido nas ações comunitárias.

O território se mostrou um potente analisador e deve ser explorado mais dentro das ações dos trabalhadores e planejamento da gestão; tanto no sentido de compreender as demandas singulares que existem, quanto de que forma ele influencia na condição de saúde da comunidade que vive nele. O município analisado possui quatro equipes de ESF, ou seja, quatro grandes áreas, as quais possuem muitas diferenças; por isso, a realização do diagnóstico situacional é uma importante ferramenta que pode auxiliar as equipes para o seu planejamento de ações em saúde, por levar em consideração essa plenitude de aspectos.

Por fim, se faz ainda necessário apontar a importância de o Apoio ter sido realizado em um município de pequeno porte, que tem suas peculiaridades frente às grandes cidades: os “pequenos” e “distantes” tão comumente “esquecidos” precisam ser problematizados. Por conseguinte, espero que este trabalho possa contribuir ao fazer social para o aprimoramento do SUS; enfim, que seja a saúde pública, em todas as suas instâncias e nuances, um ambiente inclusivo, democrático e cidadão.

Referências

- Baremblytt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5ª ed.). Instituto Felix Guattari.
- Campos, G. W. S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 863-870. doi: 10.1590/S0102-311X1998000400029.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002.
- Campos, G. W. S. (2001). *O apoio institucional e análise de demanda em saúde ou Apoio Paideia*. Rede Humaniza SUS, 2001. Recuperado de <http://redehumanizasus.net/59928-o-apoio-institucional-e-analise-de-demanda-em-saude-ou-apoio-paideia-gastao-wagner-sousa-campos-novembro2001/>.
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(1), 1865-1874. doi: 10.1590/S1413-81232007000700009.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.
- Campos, G. W. S., Figueiredo, M. D., Pereira Jr., N., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, 18(1), 983-995. doi: 10.1590/1807-57622013.0324.
- Cunha, M. S., & Sá, M. C. (2013). A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface*, 17(44), 61-73. doi: 10.1590/S1414-32832013000100006.
- Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, Presidência da República. (2016). Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

- Ferreira Neto, J. L. (2015). Micropolítica em Mil Platôs: uma leitura. *Psicologia USP*, 26(3), 397-406. doi: 10.1590/0103-656420140009.
- Guedes, C. R., Roza, M. R., & Barros, M. E. B. (2012). O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 20(1), 93-101. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-644869>.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Presidência da República. (1990). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010a). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2ª ed.). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010b). *Ambiência* (2ª ed.). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010c). *Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS* (4ª ed.). Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_base_para_gestores_e_trabalhadores_do_sus.pdf).
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2017). *Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017): versão preliminar*. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. (2007). *Política Nacional de Atenção Básica* (4ª ed.). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

- Paulon, S. M., Pasche, D. F., & Righi, L. B. (2014). Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface*, 18(1), 973-984. doi: 10.1590/1807-57622013.0379.
- Pereira Jr., N., & Campos, G. W. S. (2014). O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da gestão. *Interface*, 18(1), 895-908. doi: 10.1590/1807-57622013.0424.
- Portaria GM/MS n. 2.254, de 3 de setembro de 2021, altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde. (2021). Recuperado de http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/12/PORTARIA-GM_MS-N%C2%BA-2.254-DE-3-DE-SETEMBRO-DE-2021-PORTARIA-GM_MS-N%C2%BA-2.254-DE-3-DE-SETEMBRO-DE-2021-DOU-Imprensa-Nacional.pdf.
- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde. (2017). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Ministério da Saúde. (2011). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Ministério da Saúde. (2019). Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf.
- Righi, L. B. (2014). Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 18(1), 1145-1150. doi: 10.1590/1807-57622014.1146.
- Righi, L. B., Rohde, L. S. P., Macharell, A. A., Baibich, M. E. S., & Robinson, P. G. (2014). Apoio para a Produção de Redes de (em) Saúde: efeitos de percursos formativos em humanização da atenção e gestão do SUS. *Saúde e Transformação Social*, 5(2), 59-68. Recuperado de <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3261>.

Notas

¹ O programa objetivava, tendo em vista sua extinção no ano de 2019, avaliar o desempenho da Atenção Básica e, em contrapartida, incentivar gestores e trabalhadores a melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários através de mudanças no processo de trabalho

que tenham como referência os princípios do SUS, bem como ampliar o acesso aos serviços, além de aumentar repasses financeiros (Ministério da Saúde, 2017).

² O termo Apoio Institucional, constituído no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde, vai ao encontro da proposta de Campos (1998, 2000, 2007), no sentido de promover uma democratização institucional para diminuir as relações autoritárias e potencializar a relação entre gestores, equipes e usuários, através do diálogo horizontal, de corresponsabilização e de uma rede integral. O Apoio Institucional está proposto para o SUS, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 (Ministério da Saúde, 2010a), como suporte à Rede de Atenção à Saúde para efetivação das Políticas Públicas (Guedes et al., 2012).

³ “Por meio do apoio institucional, é possível pôr em cena as forças implicadas na produção de saúde e, com isso, convocar os grupos a uma análise de suas implicações (Righi et al., 2014, p. 65).

⁴ Considera-se encargo o momento em que esse recebe o “cargo de gestão com definição de papéis e atribuições” (Pereira Jr. & Campos, 2014, p. 900).

⁵ O PMAQ, através do AI, justificou a contratação e a inclusão desse cargo no quadro funcional durante 2017-2019, período em que também ocorreu a intervenção.

⁶ A ambiência, de acordo com a PNH, “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Ministério da Saúde, 2010b, p. 5). Sendo assim, melhora o acolhimento ao usuário e valoriza o trabalhador, com ambiente adequado e materiais suficientes para o seu trabalho

⁷ “[...] um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde (Campos et al., 2014, p. 984).

⁸ Esta se deu por meio de uma proposta nova de incentivo por desempenho através de alcances de indicadores, mudança na Política Nacional da Atenção Básica e no seu financiamento antes

valor fixo mensal, atualmente por captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e com base em critério populacional (Portaria n. 2.979, 2019; Portaria GM/MS n. 2.254, 2021).

Bruna Abbud da Silva. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Psicóloga formada pela Universidade Federal do Rio Grande, Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande e Coordenadora Técnica da Estratégia de Saúde da Família.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7184-9827>

E-mail: bruabbud@hotmail.com

Marcos Adegas de Azambuja. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2451-1644>

E-mail: marcos.azambuja@ufsm.br

Enviado em: 12/05/2020

1ª rodada: 25/09/2020

2ª rodada: 13/04/2021

3ª rodada: 12/01/2022

Aceito em: 08/10/2022
