

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Bruna Abbud da Silva

**APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DO
PROCESSO DA GESTÃO DE UM COLETIVO**

**Santa Maria, RS
2019**

PPGP/UFSM, RS

SILVA, Bruna Abbud da

Mestre 2019

Bruna Abbud da Silva

**APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO
DA GESTÃO DE UM COLETIVO**

Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia.**

Orientador: Prof. Dr. Marcos Adegas de Azambuja

Santa Maria, RS
2019

Silva, Bruna Abbud da
APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DA
GESTÃO DE UM COLETIVO / Bruna Abbud da
Silva.- 2019.
76 p.; 30 cm

Orientador: Marcos Adegas de Azambuja
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria,
Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, RS, 2019

1. Sistema Único de Saúde 2. Atenção Básica 3. Estratégia de
Saúde da Família 4. Gestão 5. Apoio Institucional I. Adegas de
Azambuja, Marcos II. Título.

Bruna Abbud da Silva

**APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO
DA GESTÃO DE UM COLETIVO**

Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia.**

Aprovado em 29 de Março de 2019:

Marcos Adegas de Azambuja, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Liane Beatriz Righi, Dr^a. (UFSM)

Vera Lúcia Pasini, Dr^a. (UFRGS)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

Desde o início o que importou não era aonde eu chegaria, mas o processo que estava ocorrendo, o caminho que eu estava trilhando. Desta forma, diversas foram as pessoas que cruzaram meu caminho e que, sem perceberem, construíram a ideia, o projeto, a pesquisa e os artigos comigo. Através dos afetos, trocas e sentimentos fui compondo minhas reflexões, escrevendo sobre meu cotidiano, dialogando com as equipes, gestores e usuários, construindo o meu saber-fazer de Apoio Institucional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua consolidação, meus questionamentos sobre a possibilidade de uma gestão democrática, no que vinha se encaminhando em relação à atual conjuntura política, perpassaram nas discussões no grupo de estudos, orientações, aulas do mestrado, reuniões de equipes, diálogos com a gestão, reunião do conselho municipal de saúde, conversas com amigos e familiares. Sinto-me grata e privilegiada por estudar em uma Universidade pública, gratuita e de qualidade, ter um emprego que me proporcionou o campo de estudo e tempo para realização do mestrado, em período de diminuição de direitos e com atual reforma da previdência.

Paulo Freire disse: “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou construção”, gratidão ao querido orientador, Marcos Adegas de Azambuja que proporcionou um espaço autônomo de produção, levando em conta sempre as singularidades de cada um, construindo um espaço acadêmico crítico e social; À Júlia Monteiro Schenkel, apoiadora desta construção de muitas mãos, agradecimento especial por seu apoio, as reflexões ainda permanecem: “será que temos o SUS como referência?”, aliás, são essas reflexões que nos impulsionam, nos movimentam e nos colocam em militância.

Sérgio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, disse: “É o momento de pensar quais são as possibilidades reais e concretas que nós temos de mudar o sistema de saúde hoje no Brasil” e nós, no município de Cristal buscamos pensar como nós poderíamos mudar nossa realidade para proporcionar mais acesso ao cuidado, resolutividade nas ações e autonomia em nosso processo de trabalho. Desta forma, agradeço as equipes de Estratégia de Saúde da Família, a responsável pela Atenção Básica, o antigo Secretário Municipal de Saúde, a atual Secretária Municipal de Saúde e a Prefeita Municipal pelo acolhimento e por aceitarem este desafio comigo. E assim, me proporcionarem esse espaço rico em conhecimento e produção.

Desde a graduação em psicologia levo a música “Tocando em frente” de Almir Sater em meus pensamentos: “Ando devagar porque já tive pressa e levo esse sorriso porque já chorei demais. Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe. Só levo a certeza de que muito pouco sei ou nada sei”. Assim, faço meus agradecimentos e dedicatória à minha família que sempre andou comigo, apoiou-me e esteve ao meu lado, não de forma presencial em todos os momentos, mas torcendo por cada conquista alcançada e desafio lançado.

Por fim, sobre o SUS, como Gastão resume na revista *Ciência & Saúde Coletiva* (2018): “ainda há esperança, apesar das dificuldades existentes, a constituição de um movimento amplo de defesa do SUS é uma possibilidade concreta”.

RESUMO

APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DA GESTÃO DE UM COLETIVO

AUTOR: Bruna Abbud da Silva

ORIENTADOR: Prof. Dr. Marcos Adegas de Azambuja

O presente projeto teve como objetivo descrever a atuação da pesquisadora enquanto apoiadora institucional da Estratégia de Saúde da Família no município de Cristal/RS, que fica no interior do Rio Grande do Sul. A metodologia proposta para a pesquisa foi qualitativa, tendo como base teórica a Análise Institucional e o método da pesquisa intervenção. Os participantes dessa pesquisa foram os/as trabalhadores/as da área da saúde, mais especificamente os da Estratégia de Saúde da Família do município de Cristal/RS. Os/as trabalhadores/as participaram de reuniões e espaço de educação permanente para produção das informações. As ferramentas utilizadas para produção de informações foram as próprias reuniões com a utilização da ata, das entrevistas, das ações e dos Diários de Campo da pesquisadora, as quais foram analisadas através da Análise Institucional de Baremlitt. O projeto teve como resultado dois artigos: Apoio Institucional no auxílio do cotidiano das equipes e Apoio Institucional no processo de democratização da gestão em cidades de pequeno porte.

Palavras-chave: Apoio Institucional. Gestão Democrática. Atenção Básica.

ABSTRACT

INSTITUTIONAL SUPPORT AT BASIC ATTENTION: AN ANALYSIS OF THE MANAGEMENT PROCESS OF THE COLLECTIVE

AUTHOR: Bruna Abbud da Silva

ADVISOR: Prof. Dr. Marcos Adegas de Azambuja

This project aim the researcher acting as institutional supporter of the Family Health Strategy in Cristal/RS an inner city of Rio Grande do Sul. Qualitative was the methodology used, theoretical base on Institutional Analysis, and intervention as the research method. The participants were workers from the healthy area, mostly Health Strategy of the city. The workers joined in attended meetings and educational places to produce the informations. The meetings were the tools for getting the informations with the notebook, the interviews, the actions and from the researcher field diaries, analyzed through Institutional Analysis of Baremlitt. As the project results came out two artiles: Institutional support in the daily support of teams and Institutional support in the process of democratization of management in small cities.

Key-words: Institutional support. Democratic Management. Basic Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CIB | Comissão Intergestora Bipartite |
| CIT | Comissão Intergestora Tripartite |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| COSEMS | Conselho dos Secretários Municipais |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FURG | Universidade Federal do Rio Grande |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RMSF | Residência Multiprofissional em Saúde da Família |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UBSF | Unidade Básica de Saúde da Família |
| UFMS | Universidade Federal de Santa Maria |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 ADENTRANDO NO ESTUDO | 11 |
| 2 ARTIGO 1- CAMINHOS DO TRABALHO DO APOIO INSTITUCIONAL NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 14 |
| 3 ARTIGO 2- APOIO INSTITUCIONAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: ESTRATÉGIAS DE DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO | 44 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 76 |

1 ADENTRANDO NO ESTUDO

Este projeto se caracteriza por uma pesquisa descritiva exploratória, a qual aborda a temática do Apoio Institucional para o processo de Gestão Coletiva. A psicóloga, pesquisadora, especialista em Saúde da Família e militante do Sistema Único de Saúde (SUS), pretendeu promover ambientes de diálogo entre a psicologia, o SUS e espaços que poderia ocupar enquanto psicóloga social comunitária, na ideia de proporcionar uma gestão do coletivo no que se refere ao campo do SUS.

Através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a presença no dia a dia de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Rio Grande, ocupando espaços em reuniões intersetoriais com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua e na Coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do mesmo município, a pesquisadora pode vivenciar os diversos pontos da rede de atenção à saúde, culminando no interesse pela gestão e valorização da educação permanente para profissionais. Percebendo, através dessa experiência, a gestão em seu papel fundamental nas relações estabelecidas para organização do trabalho e processo do cuidado. Além disso, foi possível acompanhar a promoção de uma gestão horizontal e democrática, que prevê a cogestão e valorização do profissional por meio da Educação Permanente em saúde, pontos-chave para efetivação do SUS.

A partir da experiência da pesquisadora na Coordenação da ESF, no município de Rio Grande, e o desejo de conhecer mais sobre a gestão da Atenção Básica, foi realizado um estágio junto à Secretaria Municipal de Saúde de Cristal/RS com a finalidade de conhecer a gestão da saúde em um município menor. Cristal possui uma população de mais ou menos oito mil habitantes e tem 100% de cobertura da ESF. Algumas demandas em saúde foram observadas nessa experiência, além de questões referentes à implantação da ESF no município (quatro anos), recente adesão ao Programa de Melhoria e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a terceirização de contrato dos profissionais da ESF e as discordâncias que ainda havia em relação à Política Nacional da Atenção Básica.

Ao conhecer o campo, a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), os profissionais e a organização do trabalho, foi identificado que o município possui três UBSF, duas situadas no interior e uma central e quatro equipes de Saúde da Família. Das dificuldades e desejos reconhecidos nas equipes, estavam: reuniões de equipe semanais, pois eram

mensais; educação permanente para todos os profissionais, pois até então era realizada apenas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); ações comunitárias periódicas, não apenas campanha de vacinação; e algumas mudanças em relação à estrutura das UBS, pelos profissionais considerarem a necessidade de revisão. A gestão municipal propõe em suas práticas um fazer transversal, em que se sugere a atuação em conjunto das secretarias, com a autonomia dada a esses cargos de confiança, através do diálogo horizontal que se mostrou possível nesse município.

O manual instrutivo do PMAQ (2017) propõe como eixos estratégicos a Educação Permanente e o Apoio Institucional. Nessa perspectiva e pelas necessidades do município, a pesquisadora foi convidada pela Gestão, para trabalhar como Apoiadora Institucional e estar junto às equipes na organização do processo de trabalho e superação dos desafios cotidianos. Junto a esse momento da trajetória profissional da pesquisadora, ela insere-se no mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e o desafio para o projeto é de integrar as experiências do trabalho com a pesquisa. Compreende-se que a pesquisa deve estar ligada ao fazer e que deve ter um sentido real, não só para quem investiga, mas também para quem ajuda no desenvolvimento da mesma. Poder realizar o mestrado, junto ao trabalho é de uma relevância importante, pois dessa forma aproxima-se a academia do campo, permitindo a reflexão da prática e podendo compartilhá-la em tempo real e fortalecendo os dispositivos de saúde e educação, através do diálogo, críticas e reflexões, já que se constituem em um espaço que é possível relacionar a teoria com a prática, suas idealizações e contradições.

Esta dissertação de mestrado foi escrita através da experiencição do cotidiano de uma tripla relação: pesquisadora-gestora-apoiadora. Optou-se durante o mestrado por pesquisar o campo de trabalho, inicialmente enquanto Apoio Institucional e em um segundo momento enquanto Coordenadora Técnica da ESF. A escolha deste campo ocorreu unicamente pela emergência de defender as práticas democráticas do SUS, as quais vêm sendo atacadas diariamente. Além disso, através das pesquisas na esteira acadêmica também é uma forma de lutar pelo SUS usando ferramentas que podem auxiliar no cotidiano das equipes, dos gestores e dos usuários dos serviços.

Ao pesquisar este campo e estas relações, está pesquisa teve como objetivo mostrar ao leitor como o Apoio Institucional pode fortalecer a organização do processo de trabalho, as práticas participativas na Atenção Básica e ser uma estratégia para enfrentar as dificuldades do cotidiano através de uma gestão coletiva, seja na relação gestão-trabalhador, seja na

relação trabalhador-usuário e/ou gestor-usuário. Estas experiências trabalhadas criticamente culminando em dois artigos: o primeiro sobre a função do Apoio Institucional no auxílio do cotidiano das equipes, a partir da criação de relações de cogestão e autonomia, preconizadas pelo SUS, bem como na identificação das práticas participativas no processo de construção e de Apoio Institucional. O segundo artigo visa analisar o Apoio Institucional no processo de democratização da gestão em cidades de pequeno porte, seguindo o mapeamento das práticas participativas no processo de construção do Apoio Institucional junto à gestão, além de problematizar os efeitos do Apoio Institucional em relação às expectativas de ampliação da resolutividade no campo da saúde para gestores e profissionais. Por fim, para analisar estas experiências utilizei como base a Análise Institucional, seus conceitos e ferramentas.

2 ARTIGO 1- CAMINHOS DO TRABALHO DO APOIO INSTITUCIONAL NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ¹

O Apoio Institucional tem se apresentado como uma ferramenta importante para consolidação das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à promoção de espaços democráticos entre gestores, trabalhadores e usuários, suporte às equipes de referência da Atenção Básica no território, agenciamentos para garantia de direitos, qualidade, acesso e resolutividade na atenção à saúde da população e do trabalho das equipes. A proposta deste artigo é mostrar ao leitor os possíveis caminhos do trabalho do Apoio Institucional no cotidiano das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir de uma experiência enquanto apoiadora, explanando sobre a interação com seu cotidiano, realizando discussões de casos e reflexões sobre o processo de trabalho e sobre reuniões de equipes, para tornar-se visível essa vivência.

A experiência enquanto *apoio* no contexto da pesquisa surgiu a partir da imersão no campo através de um estágio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul para vivenciar a Gestão. Ao longo do estágio surge a oportunidade de compor a equipe de ESF na condição de coordenação técnica para dar suporte às equipes em sua organização do processo de trabalho e adequar os serviços para a avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ao pactuar tal espaço, nasce a proposta de ser *apoio* às equipes. Nesse mesmo espaço de tempo, ao iniciar a Pós-graduação em Psicologia e de escolha do tema de pesquisa, por compreender a riqueza das pesquisas do cotidiano, passa a existir a ideia de pesquisar essa vivência. Ao longo do artigo, tentarei, nessa cronologia aqui colocada das escolhas tomadas, falar sobre a função apoio em um município de pequeno porte.

Assim, pretende-se refletir sobre a função de *apoio* junto às equipes da ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul, que seriam avaliadas dentro de seis meses em função da adesão ao PMAQ no final de 2016. No ano de 2013 houve a implantação da ESF com cobertura de 100%, em um território de aproximadamente oito mil habitantes e grande extensão de zona rural, com 56% da população vivendo no perímetro urbano e uma economia que se baseia na produção primária (cultural anual, pecuária e florestal).

A Atenção Básica está entre os três níveis de atenção ao usuário, tendo como característica tecnologias leves, aquelas relacionadas ao vínculo, ao acolhimento (MERHY;

¹ O artigo será submetido para revista Ciência & Saúde Coletiva

FEUERWERKER, 2009), além de promover um cuidado territorial e longitudinal. De acordo com a Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que aprova e revisa as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2007), essa política caracteriza-se por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2011, p.2).

Esse nível de atenção é o resultado da luta de diversos atores do SUS e objetiva a atenção integral à população e a autonomia dos sujeitos. Na sua formulação original, propõe práticas de cuidado, gestão democrática e participativa, através de uma equipe multiprofissional de referência em território definido.

A ESF, antigo Programa de Saúde da Família (PSF), quando implantada, teve como objetivo a reorganização da Atenção Básica, através da prática territorial e de cuidado longitudinal, sendo a referência dos usuários em um território definido (BRASIL, 2012). Tem como proposta ampliar a resolutividade da Atenção Básica e o seu impacto na saúde (BRASIL, 2007). A Atenção Básica, mais especificamente a ESF, tem seu grande potencial não só na territorialização das ações de cuidado, mas na composição de uma equipe multiprofissional com perspectiva de trabalho interdisciplinar, para atender de forma integral o sujeito em seus diversos aspectos (FRUTUOSO; SAUR, 2011), não mais focada na ausência de doença, mas na promoção de saúde e prevenção de agravos. Por que, então, relacionar o Apoio Institucional com a ESF?

O Apoio permeia os quatro cantos do Quadrilátero do SUS. Como propõem Ceccim e Feuerwerker (2004): assistência à saúde, educação permanente, controle social e gestão, ou seja, o Quadrilátero é um método para efetivação do SUS através de práticas como a cogestão, valorizando a autonomia dos sujeitos e que pode trazer melhorias ao cotidiano dos serviços. Tem a finalidade de inovar as práticas, apoiar as equipes em seus planejamentos, oportunizar a educação permanente em saúde e, em casos complexos, promover espaços de diálogo próximo à gestão e aos usuários para consolidação do SUS como uma política pública de saúde (BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016).

O diálogo com os profissionais da ESF, através do Apoio Institucional, visa à produção de cuidado em saúde, a partir da problematização, da autoanálise e da aproximação com os princípios do SUS. Entendemos que, assim como a problematização do espaço, das relações, dos materiais, entre outras necessidades do dia a dia das equipes, a autoanálise se faz essencial nesse processo, para compreensão do nosso papel enquanto profissionais da saúde,

que atuam em um território que é referência para a população. Desse modo, é fundamental pensar: como agimos para produção de cuidado em saúde? Qual postura ético-política adotamos? Temos o SUS como referência?

O termo Apoio Institucional, constituído no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde, vai ao encontro da proposta trazida por Campos (1998, 2000, 2007) de uma democratização institucional, na tentativa de diminuir relações autoritárias e potencializar a relação entre gestores, equipes e usuários, através do diálogo horizontal e da corresponsabilização, articulando-se em rede na busca da garantia da integralidade. O Apoio Institucional está proposto para o SUS, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 (BRASIL, 2003), como uma ferramenta de suporte à Rede de Atenção à Saúde para efetivação das Políticas Públicas (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012). O Apoio, no SUS, surge como uma metodologia proposta por Gastão Campos (2001) para inovar a gerência do Sistema de Saúde. Os apoiadores, segundo Gastão, devem assumir um posicionamento ético-político consonante com a do Apoio e comprometer-se com as transformações nos processos de trabalho e de suas relações. 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).

O apoiador não está ali para fazer por alguém, mas para pensar junto e fazer com a equipe. Quando Campos (2001) propõe o conceito Apoio, anterior ao lançamento da PNH. Sua intenção é de reformular as formas de gestão tradicional, para uma gestão que se exerça entre os sujeitos, em um modo de cogestão. No que toca o Apoio Institucional, dentre suas propostas, o que priorizamos para este trabalho é o cotidiano das relações, a autonomia do profissional e ter como projeto de referência o SUS.

Com a finalidade de contextualizar a PNH (BRASIL, 2003), ao contrário do que se pode pensar, a ideia não é de humanizar o ser humano, mas de enfrentar práticas desumanizadas de relações de cuidado e poder. A proposta ético-metodológica adotada com essa política é agir com o outro no processo de trabalho e produção de saúde. E, por essa característica, optamos por trabalhar sob a influência da PNH, com a finalidade de repensar e, quem sabe, promover mudanças na prática de atenção, gestão e formação em saúde.

A PNH (BRASIL, 2003) promoveu avanços no SUS quanto à descentralização da atenção, fragmentação do processo de trabalho, processos verticalizados e pouca corresponsabilização. A proposta dessa política é de produzir transversalidades das relações, através da valorização dos saberes e das experiências dos atores envolvidos, propondo

relações menos hierarquizadas e mais democráticas, bem como mais comprometidas com a produção de saúde.

Quando a PNH traz o conceito de Apoio Institucional é com o objetivo de promover o processo de mudanças de organização, com base na análise institucional e democratização da gestão. Conforme o documento apresentado, o Apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. O apoiador deve ter como diretriz a democracia institucional e autonomia dos sujeitos, tendo como função ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros (BRASIL, 2008).

Em 2011, o Apoio Institucional ganha um novo olhar, com o estabelecimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Desde o seu primeiro ciclo, o PMAQ, no ano de 2012, traz como etapas do seu desenvolvimento o Apoio Institucional, que é pensado como uma função gerencial de uma supervisão em saúde. Esse modo de gestão necessitava romper com a lógica tradicional de supervisão e implicar-se junto ao coletivo em seu cotidiano, propondo a democracia institucional e autonomia dos sujeitos, além de garantir a efetivação dos princípios do SUS (BRASIL, 2012). Tal programa tem como objetivo melhorar os serviços de saúde ofertados pela Atenção Básica a partir de incentivos para gestores e profissionais (BRASIL, 2011). O Apoio Institucional no PMAQ se caracteriza como um eixo estratégico deste programa (BRASIL, 2017) para atingir metas específicas propostas pelo Ministério da Saúde. Por esse motivo, se faz necessário analisar a função do Apoio nesse contexto. Gastão (2014) alerta que o apoiador necessita ter como referência o projeto do SUS, ter autonomia para negociação e buscar a adaptação para não correr o risco de ser apenas um implementador de protocolos, um supervisor tradicional (RIGHI, 2014).

O Apoio Institucional traz efeitos significativos no SUS. Alguns estudos o apontam como um dispositivo de democratização, espaços de formação, protagonismo e autonomia (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012). Outro estudo indica o foco no território para reconhecimento e planejamento das equipes, a realização de uma gestão compartilhada e suporte para reorganização da gestão na Atenção Básica (BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016). Em outra pesquisa, o Apoio aparece como mediador entre gestores, profissionais e usuários vinculado à cogestão, potencializando relações horizontais, ampliando a autonomia e a responsabilização dos profissionais (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014). No

entanto, ainda é recente a inserção do Apoio Institucional no PMAQ, o que evidencia a importância desta pesquisa.

Faz-se necessário, então, analisar como se produzem processos de cogestão, autonomia e participação que são incitados pelas políticas do SUS e pelo próprio Apoio Institucional. Quais os efeitos nos trabalhadores, gestores e usuários? Que práticas surgem para inovar o cuidado em saúde? Que relações de poder-saber atravessam as organizações de processo de trabalho? Que ação micropolítica ocorre nas equipes?

A reflexão das conexões realizadas entre gestão, profissionais e usuários tem relevância para entender quais foram os agenciamentos realizados no campo de possibilidade que foi constituído, na zona de compartilhamento, o que se mostra entre os sujeitos. Quais são os campos de força estabelecidos nos processos de trabalho que colocam ou não em risco a cogestão e a autonomia? Que análise micropolítica pode ser observada através da relação do Apoio Institucional com a gestão, e as equipes com o cenário atual de instabilidade relativa às políticas públicas em saúde?

Ao entrar em contato com o campo de trabalho, diversas foram as instigações, pelo contexto em que o Apoio Institucional foi inserido, em um momento em que a política do SUS estava no auge da instabilidade, já que se tinha um Projeto de Emenda Constitucional Nº 251/2016 (RIO GRANDE DO SUL, 2016) e uma proposta de reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2017: de um lado, um projeto que congela investimentos de recursos na área da saúde, não levando em consideração o perfil epidemiológico do Brasil; de outro, a nova política que fragiliza os vínculos usuário-profissional de território, além de inverter o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para um agente assistencial, ocasionando a precarização do serviço, com a volta ao assistencialismo e a exploração funcional. Afirmo isso, pois a história da Saúde Pública permite essa visão, já que a luta pelo SUS completa seus 30 anos e não cessa. Dentro desse cenário e com a convicção de que o Apoio deve ter como referência o SUS, esta proposta tem por base a gestão de trabalho em saúde por meio da política de humanização, educação permanente e com referência na saúde coletiva.

Em relação ao campo de atuação, cabe salientar que a ESF, no município em questão, possui quatro equipes que são de referência para todo o território, o que permitiu aproximar dos profissionais as problemáticas do cotidiano da população, foco que busquei abordar com as equipes.

Para melhor compreensão da Rede de Atenção à Saúde no município, é preciso esclarecer que, até janeiro de 2018, não havia uma equipe formada de Núcleo de Apoio à Saúde da Família e, para essas demandas, identificou-se a necessidade de criar uma equipe de Apoio Matricial, isto é, profissionais de apoio que compartilhassem os casos com as equipes de referência, na busca de suporte, educação permanente, atuação no território, atendimento compartilhado, ações territoriais. Para isso, foi pactuada com profissionais do município a integração destes nessa equipe de Apoio Matricial, isto é, profissionais de diversos pontos da rede, os quais as equipes de referência entendiam como imprescindíveis para o Apoio. Sendo assim, podemos entender e conceituar Apoio Matricial segundo CAMPOS et al. (2014, p. 984) por "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."

Esse tipo de apoio objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Dessa forma, o Apoio vai além da assistência em saúde, propondo-se ampliar para um suporte pedagógico, a partir da construção coletiva e compartilhada, com foco na clínica ampliada, na corresponsabilização e cogestão.

A equipe de Apoio Matricial relaciona-se com a equipe de referência, esta última tem a responsabilidade quanto ao território, à longitudinalidade do cuidado do indivíduo, à comunidade, à família a ser acompanhada. Conforme Campos e Domitti (2007), a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. No caso desta pesquisa, trata-se da equipe de ESF.

A equipe de Apoio Matricial conta com profissionais especialistas, que são diferentes da equipe de referência, para que possa agregar o conhecimento específico e contribuir em ações que tragam maior resolutividade para as situações encontradas. Procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No caso aqui analisado, contou-se com uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais, uma nutricionista, uma enfermeira e a equipe do Conselho Tutelar.

A proposta da equipe de Apoio Matricial não é trabalhar a especialidade, mas a interação dos diversos saberes para proporcionar o atendimento da clínica ampliada, através da compreensão do indivíduo como um todo, no seu processo de interação com o meio social,

suas emoções, trabalho, ambiente, escola e demais aspectos individuais; sugerindo, por meio dessa necessidade identificada e pactuação, a gestão compartilhada do cuidado pelos profissionais da rede, através da ação multiprofissional. Sendo assim, a ação do Apoio Institucional, junto às equipes, aos usuários e à gestão, é promover novos modos de relacionamento entre os diversos sujeitos no SUS. A base é o diálogo entre eles, tomadas de decisões através do compromisso de todos os envolvidos e suas participações, rompendo com a lógica de uma relação vertical em que poucos fazem a gerência.

Assim, este artigo tem como **objetivo principal** analisar como a função do Apoio Institucional auxiliou no cotidiano das equipes nesse município e, como **objetivos específicos**, analisar como se criam as relações de cogestão e autonomia preconizadas pelo SUS, bem como mapear os discursos e as práticas participativas nesse processo de construção e de *Apoio Institucional*. A análise institucional foi metodologia adotada para analisar a experiência de apoio no município no qual se realizou a pesquisa.

SOBRE FAZER, FAZENDO

A pesquisa aqui relatada baseia-se na perspectiva teórica da Análise Institucional (AI). Alguns conceitos mostram-se importantes para a compreensão da atuação enquanto pesquisadora-apoiadora e dos resultados. O conceito de **demanda** tem um valor significativo na AI, pois ela é elencada pelo que Baremlitt (2002) chama de “*experts*”, os conhecedores da estrutura e do processo da instituição. Para o autor, não existe uma demanda espontânea e sim produzida, em que os grupos e coletivos perdem a compreensão daquilo de que necessitam, acreditando que precisam daquilo que os *experts* trazem como necessidade. AI, através da **autoanálise**, busca que os próprios grupos e coletivos assumam uma postura ativa referente aos seus desejos, demandas, interesses e problemas. Para Baremlitt (2002, p. 17), o processo de autoanálise está relacionado ao da **auto-organização**, em que:

A comunidade se articula, se institucionaliza, e se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida sobre a terra. Na medida em que essa organização é consequência e, ao mesmo tempo, um movimento paralelo com a compreensão dada pela autoanálise, ela também não é feita de cima para baixo, nem de fora, mas elaborada no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado.

A autoanálise e a autogestão não significam a exclusão dos *experts*, pois o conhecimento deles é necessário. Significa uma proposta de horizontalidade em que todos os

membros da instituição possam ser protagonistas, gerando um espaço de construção de conhecimento e saber compartilhado, resultando na reformulação de práticas e organização da instituição. Podemos identificar os gestores pelo termo trazido por Baremblytt (2002) como *experts*, já que são eles que fazem o convite e relatam a demanda. Por outro lado, podemos considerar os trabalhadores da ponta como os *experts* no cuidado e aqui a autoanálise propicia a desmistificação desse lugar de um conhecimento transcendente à vida, estando de fora da história do usuário, comunidade, população, da relação profissional-usuário, gestor-usuário.

A AI influenciou na proposta do apoio institucional, para além da proposta de autogestão, o apoio busca a cogestão e essa está prevista na PNH, a qual prevê uma gestão democrática e participativa no SUS. Conforme Righi et al. (2014, p. 65), “o desafio do apoio é fomentar, nessa rede, o exercício do protagonismo dos sujeitos e convocar o potencial criativo próprio da vida para a construção de novos modos de gerir o trabalho que não sejam novas formas de assujeitamento.”

Através da solicitação da **demanda** é que se propõe uma **intervenção institucional**. Vale colocar em análise que, o apoio, na maioria das vezes, quem pede é a gestão e não as equipes, ou seja, não há um pedido de intervenção institucional pelas equipes e sim uma oferta pela gestão. No caso dessa pesquisa não foi diferente, quem identificou a necessidade de uma análise do processo de trabalho das equipes e suporte foi a gestão. Essa solicitação traz uma análise de implicação importante, tendo em vista o espaço a ser ocupado e o motivo desta solicitação.

A construção do roteiro inicia com a constituição do **campo de análise**, que é a apropriação do espaço que o institucionalista deve ocupar, produzir conhecimento sobre o local, conhecer suas histórias e, então, construir o campo de intervenção. A intervenção deve estar precedida da **análise da demanda**, a fim de compreender quem solicitou, em que contexto foi solicitada e as perspectivas dessa demanda, pois, como dito anteriormente, não existe uma demanda espontânea. Há interesses manifestos através dessas demandas, e o analista deve estar implicado em compreender a produção dessa solicitação. A partir desse momento, inicia-se a **análise de implicação**. Para Righi et al. (2014, p. 65), “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”. Sendo assim, análise de implicação é “a análise do compromisso sócio-econômico-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.” (BAREMBLITT, 2002, p. 96).

Nesse sentido, a importância de estar sempre analisando os processos, questionando, ou seja, promovendo uma reflexão crítica do espaço onde se está ocupando e da oferta, buscando a conexão entre quem demanda e o analista institucional, é o que chamamos de **análise do encaminhamento**.

A **análise do encargo** é outro passo importante da intervenção institucional, pois, diferentemente da demanda, esse é “um pedido que envolve os três níveis da discriminação que fizemos entre má-fé, desconhecimento e recalque” (BAREMBLITT, 2002, p. 99). Nesse caso, poderíamos considerar encargo o que Pereira Júnior e Campos (2014, p. 900) percebem com a modificação do papel do apoiador, quando este recebe o “cargo de gestão com definição de papéis e atribuições”. Os processos de transformação trazem conflitos, por já existir uma organização instituída, que está posta, mas que, ao mesmo tempo, é passível de mudança (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014). O apoiador é o que chamamos de instituinte – desacomoda, traz desconforto – e, para isso, a realização de um diagnóstico provisório com a finalidade de construção da intervenção coletiva se mostra essencial para o processo. A **transversalidade** (GUATTARI, 1987) está relacionada à comunicação, que, dependendo, pode aproximar ou afastar, pois, à medida que ela aumenta é capaz de superar impasses e horizontalizar as relações. A Análise Institucional propõe processo de **autogestão**, pressupondo que a autonomia dos atores envolvidos resulta na análise e compreensão das condições envolvidas. Por fim:

Reúne-se a equipe interventora e parte-se para analisar toda a colheita, fazendo-se a análise da demanda e do encargo definitivo. Da mesma maneira que ativamos esse coletivo ou mobilizamos e o colocamos em condições de manifestar-se muito mais livremente, muito mais ricamente, também somos mobilizados, somos igualmente ativados, temos uma vivência de contato diferente. Então, temos de voltar a fazer uma autoanálise da implicação: o que foi que isso acordou, despertou em nós, que não tínhamos percebido em todos os passos anteriores? (BAREMBLITT, 2002, p 103-104).

Os profissionais envolvidos no caso clínico, através do relato de seus afetos, afecções, projeções, organização, escolhas, desenharam comigo os processos e os caminhos. Mas quem são eles? Os que estão vinculados ao território nesta pesquisa: a enfermeira, a médica e a agente comunitária de saúde. Aceitar o desafio desta produção foi necessário por dois motivos: acredito que esta seja uma forma de militância e consolidação do SUS e compreendo que precisamos produzir outras formas de escritas que priorizem os saberes não acadêmicos:

os saberes cotidianos dos atores envolvidos, seus afetos e desejos. Igualmente, esta produção aproxima a academia da prática, rompe com a crença de que somente a universidade detém o saber, valorizando, assim, as experiências, os conhecimentos dos trabalhadores, gestores e o contexto social.

O que será observado e analisado? Com sugere Rolnik (1989), tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido. Ou seja, todas as fontes, elementos das relações entre Apoio, redes de atenção municipal e equipe da ESF são bem-vindos para cartografar a experiência com o Apoio. Serão investigadas aquelas transformações que meu olhar capturou, que meu corpo foi testemunha, aqueles processos que meu corpo de apoiadora-gestora se modificou.

Como descrito na introdução, o município ao qual se propôs esta pesquisa localiza-se no interior do Rio Grande do Sul. Quanto à gestão em saúde é de sua responsabilidade a Atenção Básica. No entanto, por interesse da Gestão Municipal, com objetivo de promover maior resolutividade, compõem a Rede de Atenção à Saúde profissionais da Atenção Secundária. A escolha desses profissionais e a implantação de serviço da Rede Especializada se deram a partir de uma Análise Situacional de Saúde do município, com o objetivo de realizar o cuidado no território, já que as referências para Atenção Secundária e Terciária são distantes da cidade.

A minha inserção na Rede de Atenção à Saúde desse município deu-se 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 ESF. Aqui a análise de implicação será importante, com a finalidade de não reproduzir a captura de um gestor detentor do saber, no lugar de *expert*. A proposta é aproximar os saberes cotidianos de cuidado das equipes com os desejos da gestão, sustentado pela ética de valorização do trabalho no SUS. O PMAQ, através do Apoio Institucional, justificou a contratação e a inclusão desse cargo no quadro funcional.

A inserção no município ocorreu antes da proposta da pesquisa, como dito na introdução. O estágio ocorreu em janeiro de 2017 e com ele a minha imersão no campo, levantamento de demandas, aproximação com as equipes e gestão. O diálogo com os trabalhadores bem como a minha apresentação enquanto gestora-apoiadora ocorreu no final de Fevereiro de 2017, já a escolha de pesquisar o cotidiano ocorreu em Outubro de 2017. Confesso que a minha inserção institucional sempre foi um ponto que coloquei em análise, em relação à oferta do cargo, à resistência em ocupar um espaço de gestão e por compreender

que os atravessamentos políticos partidários permeiam o campo, mas o *apoio* adota uma postura ética junto aos princípios do SUS.

O primeiro passo, ainda no estágio da Residência, foi acompanhar as equipes com o intuito de conhecer seu cotidiano, desejos, dificuldades, processo de trabalho e organização. No município existem quatro equipes de ESF, duas em zona central e duas no interior. As equipes do interior contam com equipe de saúde bucal, diferente das equipes da zona central, em que o atendimento é realizado por dentista do Centro de Saúde. Os profissionais da ESF são terceirizados, antes contratados por uma cooperativa, hoje por uma empresa filantrópica, acontecimento importante, pois foram garantidos direitos trabalhistas, que antes não eram previstos pela cooperativa. Os médicos que atuam nas equipes são do Programa Mais Médicos: 1 cubana e 3 brasileiros. Ao todo, são 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.

Após, já como gestora-apoiadora, foram realizadas pactuações entre gestão e equipes com a finalidade de aproximar os desejos às necessidades, bem como aos indicadores do PMAQ. Instrumentos, como diário de campo, conversas informais, reuniões e atas, protocolos, diretrizes e manuais auxiliaram o processo de construção da pesquisa e de produção de informações. Inicialmente, propôs-se reunião mensal com os profissionais da ESF para apoio ao processo de trabalho e educação permanente, através da pesquisa, após o horário de cuidado assistencial. Não havendo êxito, organizou-se, com as equipes, reuniões mensais ou de acordo com a demanda de apoio, além da implantação de Educação Permanente junto às equipes, já que essa é uma potente ferramenta de mudanças no cotidiano por ser um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2017, p. 30). 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 os envolvidos possuem e propõe a educação a partir da problematização das necessidades dos profissionais e usuários (BRASIL, 2007). O diário de campo foi essencial para esse momento, para compreender relações, demandas, necessidades, cotidiano, desejos, dificuldades, potências.

As primeiras reuniões, fora do horário de assistência, foram gravadas e registradas em ata, sendo um total de três encontros. Diferente das reuniões junto às equipes, das quais foram realizadas apenas atas, essas ocorrem de forma mensal desde Março de 2017. Durante os

encontros, são discutidas questões administrativas, processos de trabalho, casos, dificuldades encontradas no cotidiano das equipes, bem como é realizada a educação permanente. Outro espaço de diálogo construído enquanto gestora-apoiadora foi com as coordenações, com as enfermeiras coordenadoras das UBSF, Coordenação Administrativa da ESF, responsável técnica da Atenção Básica e Secretário de Saúde, com o intuito de aproximar a gestão dos trabalhadores, suas ações, dificuldades encontradas no cotidiano, para, assim, promover suporte para estas, além de promover diálogos mais próximos e possíveis pactuações para melhoria do processo de trabalho, organização e ações. Esse é um dos principais espaços de análise para cogestão, formação de um colegiado gestor (BRASIL, 2007), ou seja, espaço em que o poder pode ser compartilhado, análises podem ser realizadas em conjunto, assim como decisões e avaliações.

Os encontros entre apoio, equipes e gestão evidenciaram as dificuldades das equipes em dar seguimento a casos mais complexos e que necessitavam de apoio – 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.

A equipe de Apoio Matricial se organizou junto às equipes com realização de reuniões mensais para discussão de casos, construção de Plano Terapêutico Singular (PTS), educação permanente, atendimento individual e interconsultas, tendo sua implantação em fevereiro de 2018 e término em julho de 2018, com a contratação de profissionais para o NASF. Para compreender, analisar as relações, construções e processos de criação, foi escolhido um caso que foi o disparador para a constituição da equipe de Apoio Matricial. Através deste, realizei a análise e as problematizações dos processos de cogestão e autonomia.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por mais que as equipes tenham aderido ao PMAQ, nem todos compreendiam seus objetivos e avaliação: de um lado, a angústia por não saber, mas sentir-se responsável pelo resultado; do outro, desconfiança, pois houve atrasos no período de avaliação, que tinha como prazo Maio de 2017 e foi realizada em Outubro de 2017.

Quando convidada a trabalhar na ESF, coloquei-me à disposição para ser Apoiadora Institucional, pois era de meu desejo estar entre a gestão, os trabalhadores e os usuários, aqui está a **oferta**. O apoiador se coloca entre a **oferta** e a **demanda**, na escuta qualificada desta,

realizando o diálogo entre o que se traz como oferta e o que se tem como demanda. A proposta em que me usei colocar é de não levar informação ou tomar partido, mas de mediar, dialogar, articular, esta é a oferta: o que trago enquanto Apoio às equipes das UBSF que é o meu **campo de intervenção**. A **demanda** é o que eles trouxeram como necessidade, ou seja, uma coordenação técnica.

Via-me de fora e compreendia que, dessa forma, 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** de maneira mais crítica às linhas duras e rígidas que ali circulavam nas formas de subjetivação do cuidado em saúde: proporcionar o estranhamento do campo sobre minhas concepções, meus saberes e verdades sobre a concepção de saúde, cuidado, território.

O sonho de ESF para a Gestão era que ela assumisse seu papel transformador na vida das pessoas através do cuidado longitudinal no território, que as equipes estivessem dentro da casa das pessoas, que assumissem a responsabilidade pelos usuários, que os nomeassem de clientes e os percebessem como um todo, rompendo com a lógica biomédica e se apoiando 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. Importante analisar o desejo que os ‘trabalhadores assumissem a responsabilidade pelos usuários’ pois, no SUS, trabalhamos com a corresponsabilização, ou seja, a responsabilidade não pode ser somente dos profissionais, o usuário deve ser responsável pelo seu tratamento e cuidado. A linha é tênue entre o cuidado e a força de controle sobre a vida da população, esse olhar crítico faz-se necessário, já que o trabalho na ESF pode proporcionar esse governo sobre os usuários a que as equipes realizam sua assistência.

A gestão tinha a sensação de que ofertava uma estrutura de qualidade, com materiais bons e suficientes que, no entanto, não era bem usufruída pelos profissionais. A impressão era de que os trabalhadores esperavam o problema chegar até eles, que o paciente viesse procurar a UBSF, não havendo ações comunitárias de promoção de saúde e prevenção. Aqui é possível realizar a **análise da demanda**, através do relato da gestão e com a **análise do campo**, quando observo nas falas dos trabalhadores, ao adentrar o seu cotidiano, que apareciam o desejo de ter maior autonomia para propor atividades, a dificuldade de relação e devolução de casos com outros pontos da rede, a falta de materiais para efetuar atividades de educação permanente, além de não verem apoio da gestão, isto é, os trabalhadores percebiam que havia atravessamentos em suas ações. Segundo relato, a gestão não estava no território para

entender as dificuldades do cotidiano: seja com o carro, medicamentos, vínculos com a comunidade, entendimento da singularidade de cada um. Sentiam o desejo de ter espaço para dialogar com a própria equipe sobre casos, planejar, realizar a educação permanente, se olharem, se perceberem enquanto equipe. Além disso, compreendiam que era necessária uma reunião mensal com as coordenações da rede e gestão, para ampliar a comunicação.

Ao passo que essa aproximação poderia tornar-se real, lembro de uma das enfermeiras me enviar uma mensagem dizendo que era necessária a aprovação da gestão para haver mudanças. Assim, percebi essa fala como um endurecimento, uma expectativa de que a determinação fosse vertical, não como uma ideia de disposição para pactuar. Percebi-me, nesse momento, como uma encarregada de transmitir a voz deles, embora essa não fosse a intenção inicial. Minha vontade era promover o espaço em que eles pudessem dialogar, estar entre e não por alguém. **Essa foi a primeira análise de encargo que me afetou**, por perceber a incorporação de uma gestão vertical pelos trabalhadores, a desapropriação da sua capacidade gestora, de criar o seu processo de trabalho, na expectativa das mudanças virem de uma ordem hierárquica. Essa é lógica gerencial dos serviços, a qual Gastão denuncia e propõe a cogestão para enfrentar esse gerencialismo na produção de cuidado em saúde. A função *apoio* nesse momento apoia na desmistificação dessas noções instituídas nos trabalhadores.

Sendo assim, no primeiro momento, não me pronunciei, o que acarretou que outras situações semelhantes aparecessem, como conflitos entre a equipe, falta de vínculo com coordenação administrativa, mudanças de profissionais. Compreendi que eu deveria em um primeiro momento escutá-los e na sequência direcionar minha escuta à gestão. Precisava que a gestão dialogasse com os profissionais com a finalidade de pactuarmos meu papel, pois a gestão, em algumas situações me dava encargos que não eram de apoio, como fiscalizar folgas, advertir profissionais.

Após essa pactuação, ainda houve resistências, estranhamentos, mas, aos poucos, os papéis ficaram um pouco mais claros. Optei por estar mais presente no cotidiano das equipes, mostrando, através da vivência, o que o apoio fazia. No primeiro momento, as equipes solicitavam suporte para casos, como se fosse apenas um encaminhar, sem acompanhar. Sentia-me como uma bombeira apagando incêndios. Nessa etapa, precisei parar para refletir sobre a **minha implicação** e **os encaminhamentos** que realizava nesse processo. Para tal, fiz outra pactuação: ao solicitar o suporte para casos complexos, discutiríamos sobre as possibilidades de resolução, realizaríamos as intervenções juntos, não por eles. Aqui está outra intervenção realizada.

Quando fui apresentada para a equipe, alguns profissionais estavam de férias. Lembro-me que o estranhamento foi algo que ocorreu em todos: em mim, na gestão e nos trabalhadores. Sentia-me, em alguns momentos, fora do ninho, sozinha. Quanto à equipe, duas falas são claras para esse momento. A primeira foi de uma técnica em enfermagem: “*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, o oposto à lógica da proposta que a ESF quer produzir no reordenamento da atenção. Vê-se nela que o fixo ainda está encrustado no imaginário dos profissionais: para estar apoiando temos de nos fixar. Eu queria circular.

Compreendia que necessitava, assim como os ciganos, não ter um espaço fixo, mas ser nômade, estar em todos os espaços para dialogar, observar, pactuar, conhecer o cotidiano junto de cada um. Minha ideia foi ser demandada e demandar, vivenciar os processos, ora era 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 meus desejos, o de circular, viver essa *flexibilidade no território*, pois percebia o processo de trabalho e as burocracias endurecidas e centralizadas. Estar de fora, mas permitir-me adentrar, foi como permitir-me ao afeto, conhecer minha implicação, colocar em análise a demanda e a oferta.

Nessa mistura de papéis de um lugar, não-lugar de ocupação pude inventar formas de atuar em uma linha de fuga, negando a fixação em identidades, em funcionamentos rígidos. Permitindo-me atender uma livre demanda para construir-produzir outra demanda, a demanda de apoio, de democratização das relações e do trabalho, de uma saúde integral. Ao final, propus a organização da ‘minha sala’ com o apoio deles e com ajuda deles, pois vi que necessitava ofertar isso a eles para vincularmos.

A segunda foi de uma enfermeira: “*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 compreensão das inseguranças. Para diminuir o estranhamento e aumentar a aproximação, sentei-me com cada equipe para falar sobre os meus desejos e escutar suas expectativas, com a finalidade de diminuir falsas percepções.

Já em relação à 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? Meu desejo não era levar uma verdade única, era 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, então para quem está lá na ponta

pode ser difícil entender como alguém, de fora, poderia auxiliar nessa aproximação. Por isso, antes de qualquer coisa, o apoiador precisa conhecer a realidade local com o trabalhador dos serviços. E a partir desse lugar de estrangeiro, fazer uma entrada de modo a compor com esse conhecimento do trabalhador. A minha inserção era causar resistência entre as equipes e um misto de desgosto com esperança seria esperado, porém, é difícil colocar em análise nosso fazer, refletir sobre nossas ações, pois as mudanças causam insegurança, **aqui está a força instituinte.**

E por qual motivo estar entre gestão e trabalhadores? A **análise do campo** me fez refletir sobre afetos que circulavam, senti como um bombardeio de desejos, dificuldades e decepções, vontades ao caminhar pelos serviços. Ao mesmo tempo, via a *escuta dura* da gestão, não uma escuta sensível, de acolhimento, democrática. O que será que produz a ‘escuta dura’? De que forma o trabalho foi organizado produzindo essa dureza na escuta? Quanto a dureza dos casos possui relação com uma defesa frente aos processos de sofrimento da população? A gestão sentava uma vez ao mês com cada equipe, pois a profissional que estava no cargo de coordenação tinha outras funções na Secretaria Municipal de Saúde. As equipes não se reuniam para dialogar sobre casos, realizar educação permanente, se olharem, planejar suas ações e rotinas. A gestão precisava estar mais próxima das equipes, conhecê-las mais, para compreensão do trabalho no cotidiano e demandas das equipes, para, então, aproximar um plano de gestão à realidade municipal. O primeiro passo para a realização de uma gestão democrática, da realização de uma cogestão, **as intervenções sugeridas**, é o encontro entre gestores e trabalhadores.

Eles² precisavam se encontrar, conhecer, dialogar, mostrar as necessidades da gestão, desejos dos trabalhadores. Pactuou-se, então, que as equipes teriam reuniões mensais com a gestão, com a frequente participação do Secretário Municipal de Saúde nesses espaços. Outra pactuação foi que as equipes teriam espaço durante sua rotina de trabalho para a reunião de equipe uma vez por semana, pois, por sua demanda, a coordenação se faria presente uma vez por mês. Por fim, pactuou-se a organização de educação permanente mensal para as equipes. Qual era a finalidade dessas pactuações? A promoção de um diálogo transversal que, conforme a Política de Humanização (BRASIL, 2003), é uma forma de produzir **transversalidades das relações** através da valorização dos saberes e experiências dos atores

²Aqui, distancio-me da gestão de forma proposital, pois nesse momento não me via como gestão e resistia a esse papel, o processo de gestora-apoiadora não foi fácil, por um lado a mistura de papéis me permitia um lugar não-lugar de liberdade, por outro um estranhamento sobre que função era essa.

envolvidos, propondo relações menos hierarquizadas e mais democráticas, bem como mais comprometidas com a produção de saúde.

Nem todas as pactuações foram fáceis, principalmente as reuniões semanais para as equipes. Trago isso pois as reuniões representam as contradições, visto que, hoje, são percebidas como ponto positivo e com resultados importantes para resolução de casos e planejamento de ações das equipes. Duas falas que partem da gestão nos permitem 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*”. Nem sempre a reunião terá um retorno imediato, mas o ato da fala, de permiti-la circular, do encontro entre equipe técnica e agentes comunitários, por si só, já é uma potência, no que se refere à educação permanente, ao compartilhamento de angústias e diálogo do dia a dia no cotidiano.

Analiso como contradição por dois motivos: primeiro porque os próprios secretários possuem reuniões semanais. Seria uma projeção de suas reuniões? Será que eles sentem que suas reuniões não chegam a nenhuma resolução? Segundo por demonstrar interesse de que a equipe planeje suas ações com início, meio e fim, que dialoguem sobre os casos para realizar atenção longitudinal, que realizem educação permanente, que tenham como base o SUS. A ESF é para além do assistencialismo puro, ela é feita de encontros.

A segunda fala foi: “*Muito cara para estar parada*” (referindo-se à ESF), mas o que significa estar parado? Vem-me como uma controvérsia do desejo de planejamento, pois estar parado é também estar produzindo, é refletir o que está ocorrendo, é planejar, é encontrar-se. Essas falas denunciam que na percepção da gestão apenas os gestores têm a necessidade de realizar reuniões e ter tempo para planejar. Consequentemente resta aos trabalhadores a execução daquilo que foi planejado pela gestão, o que não é democrático. Com essas falas e as das trabalhadoras na expectativa de mudanças vindas de uma ordem vertical, entende-se a incorporação de uma gestão vertical.

Esses atravessamentos foram o que mais me tocavam, seja no processo de trabalho, das ações, no encaminhamento do usuário. Muitas vezes ele era justificado pela falta de resolutividade, mas o que significa essa palavra? Analiso essas situações como empecilhos para a responsabilidade individual 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, me incomodava sua participação. Coloquei-me em disputa de espaço, como se estivesse perdendo autonomia sobre minha função, **necessitei reavaliar minha implicação**. 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.

Carreguei, durante supervisões e análises, a seguinte pergunta colocada na introdução “**Temos o SUS como referência?**”. Coloquei-a no sentido de entender minha implicação nesse processo, as linhas de força que permeavam meu fazer. O SUS é militância, é política, é atenção, é educação, é direito. Como promover uma gestão, a que fui convocada/demandada, através do apoio institucional que ofertei? Através do 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, ela disse: *“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”*.

E por quê? Porque houve diálogo entre eles, autonomia. Ou seja, a comunicação fluiu, pode-se observar para além de um fazer mecânico, com foco em custos. Houve resistências, pois o fazer, o diálogo e a organização precisavam ser refletidos. Alguns pontos burocráticos demais e outros muito soltos, que acabam desarticulando as equipes, promovendo desavenças, falhas na atenção ao usuário, 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. Nada está pronto. É um caminhar, como disse, é um processo.

A Análise Institucional propõe processo de **autogestão**, pressupondo que a autonomia dos atores envolvidos resulta na análise e compreensão das condições envolvidas. 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). A ação está realizada através do Apoio Institucional. E como percebi o resultado dessa aproximação de diálogo (entre gestão e coordenações, entre trabalhadores) no cotidiano das equipes?

1. Casos que antes circulavam pela rede, sem referência, foram referenciados para equipe da ESF através das reuniões mensais entre gestão e coordenações da rede.

O que isso traz de positivo para Rede de Atenção à Saúde? Organiza o cuidado, como proposto pela Política Nacional da Atenção Básica, promove a corresponsabilização do cuidado conforme a PNH e cuidado compartilhado, fortalece o Princípio da Integralidade composta na Lei Orgânica Nº 8080/90 (BRASIL, 1990). Além disso, promove a transversalidade do diálogo entre os envolvidos, faz com que a comunicação, os saberes circulem 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).

2. Equipes da ESF se envolveram na organização de grupos para gestantes, hipertensos e diabéticos, que antes era organizado por um membro da Coordenação da Atenção Básica do município.

Os atendimentos em grupos estão propostos na Política Nacional da Atenção Básica e são uns dos indicadores do PMAQ para avaliação; mas, para além das políticas, protocolos e programas, o atendimento em grupo fortalece vínculos comunitários, o diálogo entre os pares circula. Promove-se educação em saúde, além de promover uma clínica ampliada, já que os diversos membros da equipe atuam nas atividades. O grupo visa a ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e reabilitação; no entanto, atinge algo maior que isso, o contato das vozes dos usuários sobre sua condição de saúde, sobre seus desejos.

3. Equipes da ESF demandaram suporte técnico para casos de maior complexidade.

Proporcionar o espaço de diálogo da rede, além de promover a comunicação entre os profissionais que atendem o mesmo usuário, permite a efetivação da clínica ampliada, já que rompe com a lógica do fazer do núcleo específico e desloca-se para atuação multiprofissional.

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 pensar como 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. Neste caso 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 a prática do 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).

4. As reuniões da gestão com as equipes, a ida até o cotidiano, promoveu melhorias na ambiência das unidades, bem como fez com que os profissionais se sentissem mais valorizados.

A aposta em uma gestão democrática diminui a centralização das decisões, responsabiliza os gestores, profissionais e usuários sobre as decisões tomadas: todos possuem voz. A ambiência melhora o acolhimento ao usuário e valoriza o trabalhador, com ambiente adequado e materiais suficientes para o seu trabalho.

5. Ações comunitárias que antes eram organizadas pela gestão começaram a surgir das equipes, como: horta comunitária, canto do chá, atividade noturna para realização de teste rápido, campeonato de futebol, ação de autoestima para mulheres, ação solidária para crianças, ação educativa para combate ao *Aedes Aegypti*, entre outras.

Descentralizar as organizações e produzir autonomia entre os profissionais e junto dos usuários promoverem ações de saúde amplia a participação social e vínculo entre trabalhadores e usuários. Através dessas ações realizadas, promove-se a educação em saúde, promoção de saúde, além de garantir o princípio da universalidade. Aqui podemos dizer que está o reflexo das reuniões de equipe, com a criação dos espaços para as equipes se planejarem ações foram gestadas. São as equipes gerindo seu processo de trabalho, aqui está o fazer de gestão-atenção dos trabalhadores.

6. As equipes começaram a solicitar mudanças em seu processo de trabalho, de acordo com o que elas compreendiam que necessitava de mudanças para uma melhor adequação. Um dos exemplos é o atendimento noturno para mulheres e homens trabalhadores.

Essa forma de gerir a saúde, através da gestão democrática, promove mudanças no cotidiano das equipes, através da aproximação da gestão. Mudanças como maior resolutividade na atenção à saúde, maior compromisso e corresponsabilização. Propor uma administração interativa amplia o diálogo e o fazer coletivo. Apesar de a PNH ter perdido seu lugar e força no Ministério da Saúde, aqui neste trabalho ela se mostra como um campo de força, pois foi a base para a articulação do apoio institucional, mesmo que justificada a contratação pelo PMAQ.

A PNH reverbera nas ações enquanto pensamentos, fluxos de ideias influenciando as práticas do SUS no município. Está aqui a capacidade de resistência no SUS, dessa força dos trabalhadores e gestores na micropolítica local. A experiência do Apoio Matricial demonstra influência, pois emergiu das equipes essa necessidade, foi pactuada entre gestão e trabalhadores, em que os envolvidos puderam refletir sobre suas responsabilidades sobre o território, observar as demandas e dialogar, rompendo com uma gestão vertical, de imposição e culpabilização da não resolutividade.

7. Criação de uma equipe de Apoio Matricial para casos mais complexos que a equipe da ESF estava com dificuldade no acompanhamento.

Essa implantação promoveu a ampliação da atenção ao usuário e das práticas de cuidado em saúde através da responsabilização desse cuidado e do vínculo terapêutico. A equipe de Apoio Matricial vem para complementar a atenção junto às equipes de referência, através de discussão de casos, educação permanente e atendimento ao usuário. Dessa forma, proporcionou uma organização da atenção ao usuário com a proposta de Plano Terapêutico Singular e ampliou a oferta de ação em saúde com foco nas singularidades dos sujeitos, através de uma equipe multiprofissional.

Esse último item, o da criação da equipe de Apoio Matricial, foi escolhido para analisar as relações e problematizar os processos de cogestão e autonomia. Brevemente, informações sobre equipe e caso: **Equipe de Referência:** médica, enfermeira e agente comunitária; **Apoio Institucional:** psicóloga; **Apoio Matricial:** Conselho Tutelar, assistente social, enfermeira, terapeuta ocupacional, nutricionista; **Quadro segundo a equipe:** usuário com alto índice de vulnerabilidade social, colocando em risco a saúde dos menores e do casal,

tendo em vista que a paciente é HIV+; **Dificuldade percebida pela equipe no caso:** comprometimento no tratamento, no acompanhamento do pré-natal e puerpério, pós-nascimento.

A equipe sentiu necessidade de suporte de outros profissionais quando identificou que a paciente desejava uma gravidez, que tinha como diagnóstico HIV e não realizava tratamento há dois anos, havendo relação sexual com um parceiro menor de idade. A expectativa da equipe com a equipe de Apoio Matricial era dar suporte em relação à higiene pessoal da usuária e sua família, à adesão ao tratamento e conscientização do quadro clínico que colocava em risco outras pessoas.

A equipe de Apoio Matricial ser composta também pela equipe do Conselho Tutelar (CT) é peculiar do município; pois, em tese, compõe essa equipe os profissionais do quadro da saúde, sendo técnicos de nível superior e não é uma regra o Conselho Tutelar possuir pessoas com nível superior na composição da equipe. Contudo, pelo município ser de pequeno porte, essa equipe ser presente no acompanhamento dos casos da rede e dos casos complexos que impulsionaram a formação da equipe de apoio ser com envolvimento do Conselho Tutelar, buscou-se essa integração.

O CT compor a equipe foi uma potência da experiência, pois fortaleceu o vínculo entre os profissionais, mostrando-se como elo por circular e promover o diálogo na rede. A própria equipe de referência evidencia o suporte e o resultado dessa articulação quando relata entender que teve suporte principalmente do Conselho Tutelar, por eles compreenderem as angústias da equipe, sua preocupação. A partir desse momento, a equipe considera ter tido suporte, para dialogar com a família e com outros serviços da rede, como exemplo o desenvolvimento social, que a equipe identificava como dificuldade de acesso e diálogo. O Conselho tinha o mesmo entendimento de que as crianças estavam em risco, já que acompanhavam a família há cinco anos aproximadamente.

Estar imerso no cotidiano, territorializado com o caso, promoveu aproximação entre a equipe de referência e o CT; no entanto, ter a compreensão de que outros profissionais da rede não estavam engajados suficientemente e pela equipe da ESF entender que esses profissionais não compreendem as suas angústias, sua preocupação, não deixa de ser uma linha de fuga da equipe, por perceber a complexidade do caso e o não controle deste. A academia ainda forma profissionais com discurso pronto e uma receita do que fazer; entretanto, o território e o cotidiano são muito mais complexos do que uma teoria, do que um protocolo ou política pode evidenciar. O CT, que também fazia parte da equipe de Apoio Matricial, proporcionou a

escuta da equipe, aí estava o suporte de que ela necessitava, de perceber que o outro também se sentia afetado ao ver a situação, possuía o mesmo desejo, compartilhava das mesmas angústias.

Mesmo com a equipe articulada, com o Apoio, identificou-se que não era o suficiente, pois a usuária engravidou no período, e o filho mais velho teve uma tentativa de suicídio. Foi quando se identificou a necessidade de a equipe de referência e a equipe de Apoio Matricial sentarem com a usuária para pactuar o cuidado e montar o plano terapêutico singular da família. A clínica ampliada, uma das tecnologias proposta pela PNH (BRASIL, 2007), coloca a percepção do modelo biomédico em análise, pois dentro do processo saúde-doença existem diversos fatores que influenciam em sua evolução ou não. Os sujeitos são muito mais complexos e necessitam dessa visão ampliada. O caso escolhido para análise evidencia ainda esse pensamento, em que 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? Do usuário? De quem e para quem é o sucesso? Os ‘fracassos’ também possuem uma potência de análise do processo de trabalho e, a partir daí colocá-lo em discussão, para refletir sobre ele, suas limitações e possibilidades, demonstram como nossa formação ainda tem durezas e precisa estar mais alinhada ao projeto do SUS.

Quando ampliada essa discussão, tirou-se da usuária toda culpabilização do “insucesso” de seu tratamento e dividiram-se responsabilidades sobre o caso através do que a PNH (BRASIL, 2007) coloca como clínica ampliada: assumir responsabilidade sobre 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. A usuária não é só a falta de higiene, desorganização (do ponto de vista da equipe) do seu ambiente familiar e cuidado, diagnóstico. As equipes apresentavam um olhar com julgamento a partir do que para eles é uma organização ideal, deixando escapar a percepção do modo de organização de vida dessa usuária. Afinal, ela tem uma organização, que para eles é desorganizada, mas para ela é o modo de organização que ela tem. E como legitimar isso também, pois estamos falando de produção de autonomia. É uma mulher, com três filhos (um afastado do ambiente familiar), vivendo em uma localidade de vulnerabilidade, com pouco suporte familiar, com marido que era único que trazia renda para o lar e não genitor dos filhos nascidos. Essas questões precisavam ser evidenciadas e circuladas entre os profissionais. Não que faltasse informação, mas uma resistência à reflexão. Nesse caso, optar por reunir-se com a usuária e discutir seu plano terapêutico singular (BRASIL, 2007) foi a

tecnologia utilizada que trouxe melhores resultados, pois a equipe conseguiu se aproximar do desejo da usuária, escutou o que ela queria, ou ao menos dizia querer.

O que é um plano terapêutico singular? A PNH traz o mesmo como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2007). Ele tem como objetivo analisar a singularidade do caso para promover a articulação com o usuário para o seu tratamento. Com o diálogo realizado entre a equipe de referência, de Apoio Matricial e usuária, a equipe de referência nota que tiveram resultados positivos no acompanhamento da usuária, por entender algumas dificuldades que estavam sendo empecilhos para o acompanhamento e, assim, dar suporte a ela, para que ela pudesse então responsabilizar-se pelo seu cuidado.

O plano terapêutico singular, conforme a PNH (BRASIL, 2007), fala de quatro momentos dessa tecnologia: o diagnóstico, observando as questões biopsicossociais, observando as singularidades do sujeito; definições de metas pactuadas com o usuário; divisão de responsabilidades; e reavaliação. Após a reunião com a usuária, a equipe de referência e a de Apoio Matricial percebeu uma boa adesão ao tratamento do HIV, que ela realizou o acompanhamento do pré-natal, que o parceiro se envolveu no pré-natal, e ela tinha a equipe da ESF e de Apoio Matricial como referência para dúvidas, angústias. A equipe de referência ainda tinha o sentimento de preocupação e momentos de raiva por entender que a paciente colocou a vida das crianças em risco, gerando angústia. Em relação à equipe de Apoio Matricial, os integrantes sentiram-se amparados, compreendidos, “falando a mesma língua”.

O território e a atenção centralizada na família são princípios da ESF (BRASIL, 2006; SÁ; CUNHA, 2013). No território, se lida com uma complexidade de situações que vão para além da dimensão biológica, devendo 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, isso proporciona uma ampliação da possibilidade do trabalho coletivo e do desenvolvimento de relações horizontais (SÁ; CUNHA, 2013). Trabalhar com território não é uma tarefa fácil, e isso fica evidente através do relato da enfermeira que disse:

Com a aproximação do nascimento nos organizamos com a equipe de apoio para ajudar a montar a casa da família, o quarto do bebê e das crianças e buscar por

doação de roupas para o recém-nascido. Sentimo-nos mais aliviadas por perceber que o bebê estava bem, que havia dado tudo certo com o parto e o pós-parto. (Diário de Campo).

O trabalho no território envolveu os profissionais psiquicamente também, pelos afetos que as envolveram, suas projeções, angústias, incongruências e mobilizações. O território caracteriza-se por um espaço não institucional (SÁ; CUNHA, 2013), produzindo 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” (SÁ; CUNHA, 2013, p. 70). O território é um espaço potente de trabalho vivo para ESF, mas, para que a mesma seja eficiente, necessita romper com o fazer biomédico puramente assistencial e compreender suas diversas dimensões que podem potencializar o cuidado em saúde ou limitar os problemas de saúde.

Neste relato, a equipe de referência junto à de Apoio Matricial buscou com a usuária as possibilidades para enfrentar os impasses que surgiram durante sua gestação, mostrando quão potente as tecnologias de cuidado da PNH são e ainda reverberam no SUS, bem como as articulações possíveis que o território permitiu da rede local de saúde. Por isso, podemos dizer que são ações que possuem o SUS como referência e permitem sua consolidação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconheço que não é simples pesquisar o trabalho de gestão-apoio, por não conseguir separar a apoiadora da pesquisadora, a apoiadora da gestora, mas ser necessário, em alguns momentos, essa problematização. Percebi-me angustiada e resistente em determinados momentos pelas mudanças que ocorreram durante o processo de pesquisa e trabalho, da dificuldade em relatar minhas afetações em um diário de campo, de 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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016) e a PNAB 2017 (BRASIL, 2017) que convocam, nós, trabalhadores, militantes e usuários do SUS, a persistir nos seus princípios e lutar pela sua solidificação.

Todos esses fatores, acima citados, estão relacionados e precisam ser analisados constantemente e compreendidos. Aceitei o desafio desta produção por dois motivos: acredito 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 acredito que

esta produção valoriza as experiências, os conhecimentos dos 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 pelo fato 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 passo em que estava junto à gestão na organização do processo de trabalho planejamento a construção de planos e metas para os serviços. Estar *entre* ampliou minha visão, bem como a deles, no momento em que se reuniram e começaram a dialogar com proximidade. A gestão-apoio é uma força instituinte, pois desacomodou, promoveu transformações, mudanças, no entanto, a autoanálise e as implicações devem estar presentes, com a finalidade que não se tornar somente mais um fazer burocratizado, vertical ou de encargo, podendo ser 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. Promove-se uma cogestão e autonomia quando se dá voz ao trabalhador quanto as suas necessidades e desejos de organização e planejamento de linha de cuidado, ao usuário quando este pode dialogar sobre suas demandas e possibilidades, ao pactuar com os profissionais seu plano terapêutico singular. E assim 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. No sentido de compreender as demandas singulares que existem nessa complexidade que se chama território, de que forma ele influencia na condição de saúde da comunidade que vive nele. Esse município possui quatro equipes de ESF, ou seja, quatro grandes áreas, as quais possuem muitas diferenças. 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 analisar o fato de essa gestão ter sido realizada em um município de pequeno porte, que tem suas peculiaridades frente às grandes cidades.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. **O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 23-33, jan./mar. 2016.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Funcionários do SUS**. 4. ed. Brasília: Secretaria Executiva; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Documento para Discussão**. Brasília: Secretaria Executiva; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 2 jan. 2019.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **PEC 241/2016**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>. Acesso em: 2 jan. 2018.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S. **O apoio institucional e análise de demanda em saúde ou Apoio Paideia**. Rede Humaniza SUS, 2001. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/59928-o-apoio-institucional-e-analise-de-demanda-em-saude-ou-apoio-paideia-gastao-wagner-sousa-campos-novembro2001/>. Acesso em: 7 jan. 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al., **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** *Interface, Botucatu*, v. 18, n. 1, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. **O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014.

CECCIM, Ri. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero para a formação na Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** *Phisys: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FERREIRA N.; João L. **Micropolítica em Mil Platôs: uma leitura.** *Psicologia USP*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 397-406, 2015.

FRUTUOSO, J. T.; SAUR, B. **O sistema único de saúde brasileiro e a clínica ampliada.** In: ZURBA, Magda do Canto (Org.). *Psicologia e saúde coletiva*. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011. p. 41-50.

GUATTARI, F. **Tranversalidade.** In: *A revolução molecular*. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 95-102.

GUEDES, C. R.; ROZA, Monica M. R.; BARROS, M. E. B. **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*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-74.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. **Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança.** *Interface, Botucatu*, v. 18, n. 1, p. 973-984, out. 2014.

PEREIRA J. N.; CAMPOS, G. W. S. **O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão.** *Interface, Botucatu*, v. 18, n. 1, p. 895-908, 2014.

RIGHI, L. B. **Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos.** Interface: Comunicação, Saúde e Educação, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1145-1150, dez. 2014.

RIGHI, L. B., et al. **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, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 59-68, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 251 /2016.** Disponível em http://proweb.procergs.com.br/temp/PEC_251_2016_02012019200844_int.pdf?02/01/2019%2020:08:45. Acesso em: 2 jan. 2018.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SÁ, M. C.; CUNHA, M. S. **A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território.** Interface, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.

3 ARTIGO 2- APOIO INSTITUCIONAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: ESTRATÉGIAS DE DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO³

O trabalho que aqui percorreremos, através da escrita de uma vivência enquanto apoiadora-gestora-pesquisadora, ocorreu em um município do interior do Rio Grande do Sul de aproximadamente oito mil habitantes, que tem como prioridade o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da organização e consolidação da Rede de Atenção à Saúde, com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ordenadora dessa rede. A proposta de analisar questões que atravessam esse território, referente à gestão, como o Programa Mais Médicos (PMM), financiamento da Atenção Básica, contratação de profissionais, organização do processo de trabalho e da rede de atenção à saúde foi devido às características peculiares a um município de pequeno porte. Para compreender, a partir disso, como se produz a relação apoiadora-gestora através de estratégias de democratização da gestão, mas também de ampliação da garantia de resolutividade do acesso à saúde.

Quando Gastão Campos propõe a metodologia do apoio, sua principal preocupação está relacionada à democratização do poder nas instituições (PAVAN; TRAJANO, 2014). Nesse movimento de proposição de uma nova organização do processo de trabalho na saúde, surge o método do apoio a processos de cogestão e a noção de apoiador institucional como um sujeito estratégico para a promoção de mudanças nas práticas institucionais (PAVAN; TRAJANO, 2014). De acordo com a PNH, a função do apoio institucional implica estar “entre”, em um não lugar, já que ele se dá no movimento de coletivos, como suporte aos movimentos de mudança (HECKERT; NEVES, 2010).

O objetivo do apoiador é *fazer com* os profissionais, gestores e usuários, promovendo transformações no processo de trabalho e na sua organização (HECKERT; NEVES, 2010). Conforme estudo realizado em 2016, a função apoio ainda possui um território em construção e em conquista de um espaço político, técnico e administrativo (BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016), possuindo, ainda, um distanciamento daquilo que se idealiza enquanto apoio e aquilo que se faz no trabalho em ato, isso porque, segundo as autoras, não há uma definição do cargo de forma institucional. A partir dessa reflexão, a respeito do fazer do apoiador, junto com a experiência de apoio em um município de pequeno porte, analisar essa função mostra-se relevante, já que a proposta de apoio foi idealizada a partir da atuação em grandes centros urbanos, como exemplo Gastão Campos, autor proponente da metodologia do apoio, em

³ O artigo será submetido para revista Ciência & Saúde Coletiva

Campinas/SP. E, como se sabe, o Brasil é extenso, e por esse motivo extremamente heterogêneo, fazendo-se necessária uma análise dessa função em outras relações e dimensões de espaços geográficos, sociais e políticos nas cidades do país em que se busca o fortalecimento do SUS por meio dessa metodologia.

Os municípios, denominados aqui de pequeno porte, assim são chamados por possuir nível populacional pequeno. No caso do município desta pesquisa, segundo o CENSO 2010, possui 7.280 habitantes; desses, 56% vivem na zona urbana e 44%, na zona rural. Junto à questão populacional, pode-se acrescentar as questões de vulnerabilidade como uma “fragilidade de vínculos afetivos-relacionais e a desigualdade de acesso a bens e serviços públicos” (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 2), posto que o número de habitantes influencia na implantação de alguns serviços da média e alta complexidade. Mendonça et al. (2016) trazem em seu estudo a relação de escassez de médicos no Brasil devido à má distribuição desses profissionais, principalmente nos municípios de pequeno porte e de difícil acesso. E por qual motivo falar sobre esses dois estudos? Pois eles justificam a importância de investir em políticas públicas e programas que diminuam essa desigualdade, com foco no território, como, por exemplo, as ESF, as quais têm como diretriz o território definido para atuação que, conforme diagnóstico epidemiológico, pode variar seu atendimento entre 3.500 a 4.000 pessoas a serem assistidas, através de relações de vínculo e responsabilização do cuidado, caracterizando-se como porta de entrada para o usuário no SUS (BRASIL, 2011).

O PMM é outro programa que contribui para promover o acesso à saúde da população, com foco na Atenção Básica, pelo País possuir um número inferior de médicos atuando, já que, em geral, os médicos “estão concentrados em grandes centros urbanos e atuando no meio hospitalar” (MENDONÇA et al., 2016, p. 2908). Isso se torna mais preocupante em municípios de pequeno porte que estão em áreas isoladas. Segundo Mendonça et al. (2016, p. 2908), “do total de 1304 municípios brasileiros que apresentam algum grau de carência de médicos na atenção básica, 875 (67,1%) são de pequeno porte, ou seja, com menos de 20 mil habitantes”. Qualquer município pode aderir ao PMM, entretanto, como o objetivo é diminuir a desigualdade de acesso, existem alguns critérios para adesão, sendo que o município onde se realizou esta pesquisa entrou pela cobertura da Atenção Básica abaixo do necessário e essa baixa cobertura está relacionada à dificuldade de contratação de médico 40 horas para atuar nesse nível de atenção.

Apesar das diversas reformas ocorridas desde 1990 no campo da saúde, que tinham como objetivo diminuir as distintas vulnerabilidades sociais e de saúde, atualmente, diferentes

projetos políticos e concepções ainda interferem nos direitos de acesso à saúde da população. O SUS foi criado a partir do Movimento Sanitarista, que envolveu profissionais e usuários na luta pelo direito à saúde a todos os cidadãos, com serviços de qualidade e acesso a todos, tendo seu marco histórico na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O objetivo desse movimento era de construção de uma nova política de saúde democrática, com a proposta de gestão descentralizada e participação da comunidade. A Lei nº 8080, em 1990, por sua vez, dispõe sobre as diretrizes e os princípios do SUS. Dentre suas diretrizes está a descentralização, que significa a cooperação da gestão entre os três entes governamentais, União, estados e municípios (BRASIL, 1990), em que todos possuem poder e responsabilidade sobre a administração do SUS, com objetivo de promover maior resolutividade e eficiência nos serviços, bem como formular, financiar, executar, controlar e avaliar serviços e programas.

Em 2011, o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011c), que regulamenta a Lei Orgânica 8.080/90 (BRASIL, 1980), institui o COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde), uma forma de gestão estratégica para selar compromissos entre as Regiões de Saúde, que são regiões instituídas pelo Estado, com o objetivo de garantir acesso resolutivo, qualidade na atenção à saúde, efetivação do processo de descentralização e diminuir as desigualdades loco-regionais (BRASIL, 2014a). Esses diálogos e pactuações ocorrem nos espaços da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Regional (CIR).

As ações e os serviços públicos de saúde, conforme o art. 198 da Constituição (BRASIL, 1988), devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. As Regiões de Saúde ocorrem em nível de Estado e, conforme a Resolução da CIB nº 555/12 e atualização da mesma 499/14, o Estado do Rio Grande do Sul possui 30 Regiões de Saúde e 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, que têm como função realizar a coordenação das Regiões de Saúde e acompanhar o planejamento de ações dos municípios que estão adstritos à sua região conforme pactuação estadual de indicadores para saúde. Conforme a Resolução nº 1 de 29 de setembro de 2011 (BRASIL, 2011a), que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), dentre os objetivos para a organização das Regiões de Saúde está: buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e a eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais (BRASIL, 2011). E o que são as

Redes de Atenção à Saúde (RAS)? Diferente das Regiões de Saúde que estão no nível estadual, as RAS pertencem ao nível municipal, mas sob acompanhamento das Regiões de Saúde. Essa rede, conforme o princípio de Hierarquização do SUS, deve estar organizada conforme a complexidade tecnológica exigida pelo diagnóstico e tratamento (SANTOS, 2017) e a partir das necessidades loco-regionais de cada território e das demandas de saúde dos usuários.

A Atenção Primária, conforme o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011c), é a principal porta de entrada dessa rede, devendo ser a ordenadora do cuidado em saúde, já que se constitui enquanto elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica (SANTOS, 2017). Quando se propõe que essa rede seja a coordenadora do cuidado em saúde, é por ela sustentar-se,

na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com suas expectativas pessoais. (ALMEIDA et al., 2011, p. 84-85).

Ao colocar essa responsabilidade no primeiro nível de atenção, enquanto porta de entrada e ordenadora da atenção conforme uma rede hierarquizada, segundo Almeida et al. (2011), traz impactos quanto: ao papel de filtro para delimitar os encaminhamentos para outros níveis de atenção e à capacidade de resolução, prestígio e reconhecimento profissional.

Através da ESF, que é composta por equipes multiprofissionais, foram incluídas nesse nível de atenção atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários e execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar (ALMEIDA et al., 2011). Nesse nível se compreende que a atenção possui capacidade de resolver as principais problemáticas de saúde, por estar no território e prover um cuidado longitudinal, conforme traz a Portaria 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e considera a ESF como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2011b).

A Gestão Democrática procura estabelecer espaços coletivos para circulação de comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, com objetivo de promover a democratização das relações no trabalho e da produção de saúde. Dessa forma, acredita-se que promova maior autonomia entre os sujeitos. O apoiador é um elemento importante nesse processo, pois, com a sua metodologia de apoio institucional pode ressignificar a compreensão de processos de trabalho em saúde e gestão (CARDOSO et al., 2016). O Apoio Institucional, nesse sentido, é uma potente metodologia de intervenção que:

Expressa um modo de fazer em grupalidade, buscando-se redes de coletivos. Os apoiadores exercem a função de ampliar a capacidade de as pessoas lidarem com o poder, com a circulação de afetos e saber, ao mesmo tempo em que estão trabalhando, cumprindo tarefas. Sua potencialidade está na sua implicação, a partir da inserção no cotidiano de produção de saúde. (CARDOSO et al., 2016, p. 2).

Ainda com Cardoso et al. (2016), os autores referenciam alguns trabalhos em que a inserção da estratégia de Apoio Institucional na Atenção Primária em Saúde (APS) trouxe resultados importantes no processo de gestão e atenção à saúde na esteira da:

ampliação na capacidade de análise e de intervenção das equipes de saúde e dos gestores de serviços de saúde; qualificação das intervenções de saúde na capacidade de gestão do cuidado; inserção de ferramentas de coordenação do cuidado e de governança clínica; indução de espaços colegiados como dispositivos para cogestão em saúde; ampliação da participação do usuário e sua corresponsabilização; conformação da clínica compartilhada entre os especialistas e clínicos da Atenção Primária; fortalecimento da Atenção Primária na consolidação das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e mudanças no processo vertical da transmissão passiva do conhecimento, instituindo o apoiador como formador em processos de educação permanente inseridos no cotidiano do trabalho. (CARDOSO et al., 2016, p. 2).

Conforme Rech et al. (2018), o Brasil possui um acesso difícil à saúde, e isso pode ser percebido pelo menor número de consultas médicas no SUS (2,77 consultas/habitantes/ano), comparado a outros sistemas de saúde em países em que a Atenção Primária em Saúde é mais forte, em que o país com maior número de consultas possui 7,7 (consultas/habitantes/ano). O estudo dos autores mostra que isso está relacionado à baixa densidade de médicos no SUS (1,95/1000 habitantes), enquanto outros países em que a Atenção Primária em Saúde (APS) é mais fortalecida possuem 3,8 médicos a cada 1000 habitantes. Outro ponto importante apresentado nesse estudo é que há três vezes mais médicos na rede privada do que na rede pública (RECH et al., 2018). Além de levar médicos para essas localidades, o programa também investiu na construção, reforma e ampliação de UBS. Na época de sua idealização, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que metade da população mundial vivia em áreas de difícil acesso e que metade desta recebia atendimento médico (BRASIL, 2015).

Dessa forma, em 2013, para assistir à população e promover acesso à APS, foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa possui compromisso federal, com apoio dos estados e municípios para promoção da melhoria do acesso ao SUS, pois, diante da situação que se encontrava de insuficiência de médicos para atuar no Brasil, não só os usuários, mas também os gestores municipais e estaduais do SUS aumentaram a exigência

e a pressão pela criação de políticas nacionais que pudessem ampliar a quantidade de médicos e dar mais racionalidade e equidade à distribuição deles no território (BRASIL, 2015).

No SUS os gestores possuem diferentes compromissos, mas todos devem estar comprometidos em garantir a saúde para a população. Quanto ao ministro da saúde, gestor em nível nacional, sua principal responsabilidade é coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade, bem como planejar e fiscalizar o SUS no país, sendo também responsável pela metade dos recursos.

O governo estadual pode criar suas políticas estaduais e executar as nacionais. Segundo Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000), devem aplicar, no mínimo, 12% de seus recursos próprios na saúde, além dos repassados pela União. São os estados que definem os hospitais de referência e realizam a gerência de serviços de atendimentos especializados nas regiões de saúde.

Os municípios, com apoio da União e estado, devem garantir o serviço de Atenção Básica e a prestação de serviços no território e têm autonomia de criar políticas municipais, mas devem executar as estaduais e nacionais. Além dos recursos federais e estaduais, devem aplicar no mínimo 15% de sua receita na área da saúde (BRASIL, 2014, 2017).

Esta pesquisa realiza-se no nível municipal, sendo construído o campo de pesquisa a partir da inserção da pesquisadora primeiramente como apoiadora e após gestora da ESF, com a demanda da gestão voltada para a organização da Rede de Atenção à Saúde do município. No espaço de onde se fala, circulam relações de diversas ordens: relações acadêmicas através do Programa de Pós-Graduação; com o SUS, por considerar esse espaço uma forma de militância e consolidação do SUS; público-privadas, já que o serviço é público, mas acontece através da terceirização das equipes. Da posição de onde se analisa, é possível testemunhar e contribuir para efetivação do fortalecimento da ESF, organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Básica como ordenadora do cuidado.

No município pesquisado, desde o início da atuação da prefeita na gestão pública, quando foi secretária (2001-2011), havia o desejo de implantação da ESF, participando da CIB, CIT e dos Conselhos de Secretários Municipais (COSEMS e CONASEMS), dialogando sobre o fortalecimento e a garantia de financiamento da ESF para municípios pequenos. Sem o incentivo federal para isso, hoje, o município em que a pesquisa foi realizada não teria condições da implantação e continuidade dessa oferta para população. Esse financiamento, bem como o PMM, foram fundamentais para concretização do serviço da ESF. A importância desse programa se percebe frente ao desafio de encontrar médicos que quisessem trabalhar

40h semanais em um município pequeno, do interior e com duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com difícil acesso. O fato de o município ter sido contemplado com o PMM oportunizou acesso à saúde para essa população, que antes apenas encontrava serviços de saúde a 35 km de sua residência.

Essa situação foi vivenciada por diversos municípios antes da implantação do PMM. Um exemplo que demonstra que tal situação também ocorreu em âmbito nacional é o movimento dos prefeitos eleitos nas eleições de 2012, denominado “Cadê o médico?”, para que o Governo Federal tomasse medidas para enfrentar o problema da falta desses profissionais (BRASIL, 2015). Além desse movimento, tiveram as manifestações da população, junto com a análise situacional da saúde no Brasil realizada pelo governo da época, anterior a instituição do PMM em 2013, o qual se destina a prover profissionais para a atuação na Atenção Básica do SUS em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais, por uma perspectiva da integração ensino-serviço, (BRASIL, 2015).

Com a instabilidade que atualmente enfrentam esses programas em relação aos incentivos financeiros, mesmo que apareçam como política de Estado, esses necessitam compor planos de governo também para a garantia de repasse de recurso. Para a Gestão Municipal, a terceirização dos profissionais, no município em que foi realizada a pesquisa, se mostrou como uma solução para composição das equipes de ESF quando refletem sobre essa instabilidade, pois, como dito anteriormente, os municípios de pequeno porte possuem diversos desafios, desde encontrar profissionais para compor as equipes até dificuldades financeiras para sua efetividade. A experiência no SUS nos apresentou grandes avanços na saúde com desenvolvimentos na saúde pública (2012-2016) quanto aos programas governamentais, mas, atualmente, percebemos uma instabilidade com a troca de governo federal e o congelamento de gastos na área da saúde. Essa situação traz insegurança ao cotidiano de gestores e trabalhadores da área, pois vemos recursos faltando e/ou diminuindo, filas aumentando para especialistas por falta de profissionais, hospitais paralisando, e outras consequências da interrupção por não ter repasses de recursos federais e estaduais.

Nesse sentido, justifica-se a importância de contar sobre a experiência de apoio em um município de pequeno porte, que teve como avanço no setor da saúde atingir 100% de cobertura da ESF devido a concepções de Governo Federal e Municipal que tinham como foco o fortalecimento do SUS. Hoje, em um contexto de precarização e desmonte, bem como das demais políticas sociais em nosso país, mostrar experiências como essa demonstra uma

forma de resistência aos ataques que o sistema vem sofrendo, além de evidenciar a importância de seus serviços de saúde para sociedade, quando possuem o SUS como referência para suas ações.

Os serviços de saúde, de acordo com diagnóstico realizado pela PNH (2009), organizaram seu processo de trabalho com foco nos saberes de cada núcleo de saber e não com o objetivo comum, tendo o SUS como referência nas ações de assistência ao usuário. Nessa perspectiva, a Gestão Participativa pode auxiliar na mudança de uma prática mais burocratizada e uniprofissional, para ampliação de reflexões coletivas. Conforme a PNH, os serviços de saúde possuem três pontos, não fixos, mas que, combinados, promovem compromisso dos envolvidos com o SUS, ou seja,

a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, em um pacto de corresponsabilidade. (BRASIL, 2009, p. 8).

O modelo de gestão democrática prevê o trabalho coletivo, no qual o planejamento surja de quem está na base, no cotidiano, de quem executa as tarefas, mas também que seja através de um colegiado, em que o diálogo circule e as tomadas de decisão sejam realizadas em conjunto, sem o poder ser centralizado na figura do gestor e, sim, que as análises, decisões e avaliações sejam realizadas no coletivo.

Nessa perspectiva, no município em que foi realizada a pesquisa, o contrato realizado entre a gestão com a instituição que terceiriza profissionais dos serviços da ESF, Primeira Infância Melhor (PIM), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi através de indicadores pactuados entre gestão, instituição contratante e trabalhadores, por meio de diagnóstico situacional do município. Dessa forma, foram selecionados 10 indicadores por serviço, para que realizassem plano de ação e metas, para aumento ou diminuição destes, que são acompanhados pelas coordenações dos serviços e avaliação trimestral, realizada por uma comissão composta por membros do Conselho Municipal de Saúde, da gestão e da instituição contratada.

Os indicadores pactuados foram: 100% gestantes orientadas e preparadas para parto normal; diminuição em 5% da gravidez na adolescência – 10 a 16 anos (2017 – 15%); aumento para 80% no índice de crianças com aleitamento materno exclusivo até o 3º mês; 100% pré-natal de baixo risco na ESF com sete ou mais consultas de pré-natal por gestante e 100% teste rápido em gestante 1º e 3º trimestre (2017 – 78%); 100% de exame Citopatológico

(CP) entre 25 e 64 anos (2017 – 94%); aumento em 50% de usuários acompanhados em grupos prioritários com atividades organizadas de educação em saúde; aumento no acompanhamento da Saúde do Trabalhador (duas ações anuais com empresas adstritas ao seu território); visita domiciliar mensal aos usuários cadastrados no território pelos agentes comunitários; pelo menos uma educação permanente em reunião de equipe por mês e quatro ações anuais com as escolas adstritas ao território.

Com a criação do PMM estados e municípios tiveram apoio para melhorar o acesso ao atendimento médico em regiões do interior e periferia de grandes cidades, locais estes que possuem falta de profissionais médicos.

Nos seus 25 anos de existência, o SUS possibilitou um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para população brasileira. Entretanto, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam dificuldades de acesso a serviços de saúde. (BRASIL, 2015, p. 25).

Essa realidade não ocorre apenas do Brasil, muito menos somente no município no qual realizei a pesquisa, demonstrando a importância da visibilidade de programas como esse, de uma gestão participativa e com o SUS como referência para evidenciar seus resultados. Analisando o cenário macropolítico de 2012-2014, houve investimento na Atenção Básica pelas três esferas do governo (União, estados e municípios), com objetivo de consolidá-la como ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

A implantação de um serviço com as características da antiga PNAB e o desejo de promover assistência à saúde de forma integral para população, a partir de uma rede articulada e transversal, sempre foram propostas da gestão atual do município. Essa implicação e esse compromisso com a pasta da saúde repercutem, provavelmente, devido à gestora ser uma profissional da área da saúde. Enquanto a base para investimento nas despesas com ações e serviços públicos de saúde sobre a receita líquida de impostos e tributos é de 15% (conforme Emenda Constitucional nº 29/2000 e LC 141/2012), a gestão no último quadrimestre (2018) investiu 21,38%, enquanto o estado do Rio Grande do Sul, no 2º quadrimestre de 2018, aplicou o percentual de 11,51%. Esse é um importante analisador da implicação da Gestão Municipal com a garantia do direito à saúde, pois recursos da União e estado atrasam, principalmente em tempos de congelamento de investimentos na saúde e demais políticas sociais proposta pelo atual Governo Federal, acarretando em um gasto maior para os municípios para que os serviços continuem sendo ofertados. No entanto, deve ser um desejo do gestor priorizar tais serviços.

O município em estudo integra a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, atendendo a pactuação plena em atenção básica. Para fins de contextualização, o sistema de saúde local é formado por uma policlínica que realiza atendimentos 24 horas – médico e de enfermagem de urgência e emergência, além de procedimentos ambulatoriais, consultas especializadas (psiquiatra, neurologista, traumatologista, ginecologista, obstetra, nutricionista, cirurgião para pequenas cirurgias, pediatra), um centro de saúde, que divide o espaço com atendimento de fisioterapia, odontologia, quiropraxia, setor de agendamento de consultas para especialistas e duas equipes de ESF, bem como três UBS, localizadas na zona rural. As UBSF possuem a cobertura de 100% do atendimento, tendo este serviço sido implantado no ano de 2014. Já o acesso aos especialistas e serviços especializados é construído a partir da Atenção Básica, mais especificamente da ESF, por ser o serviço de referência do usuário que vai desde a avaliação da necessidade de especialista, o encaminhamento até o acompanhamento, com a finalidade de realizar o cuidado longitudinal.

Compõe, ainda, a Rede de Atenção à Saúde deste município o Centro Municipal de Inclusão (CIM), local em que se realizam atendimentos de diversas especialidades para pessoas com deficiência, além de proporcionar turno escolar para crianças e adolescentes com Autismo, Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, Deficientes Intelectuais e Microencefálicos. Os atendimentos são de Fonoaudiologia, Neurofisioterapia, Quiropraxia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Psicopedagogia, além de oficinas de música, instrumentos musicais e artísticos. Nesse mesmo centro está o Serviço de Saúde Mental com profissionais da Psicologia e Oficina Terapêutica. As oficinas ocorrem de forma centralizada nesse centro e descentralizada junto às UBSF que se localizam na zona rural, de forma quinzenal, com objetivo de promover o cuidado em saúde mental no território para os usuários.

Com a finalidade de organizar essa rede e realizar sua integração, principalmente com o desafio da comunicação através da referência e contrarreferência, tendo como ordenadora da Atenção Básica a ESF, fui convidada pela Gestão Municipal a compor a equipe enquanto coordenadora técnica da ESF. A principal pactuação para realizar essa função foi me colocar enquanto apoiadora institucional, para romper com a lógica vertical das relações; e com base na Análise Institucional, com a finalidade de analisar as relações nesse processo e compreender que o apoiador não deve estar externo aos grupos e, sim, ser percebido como “alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra” (EDELWEIN, 2014, p. 12).

Com base nessas contextualizações do campo de pesquisa, programas e políticas, reflexões foram surgindo e constituindo questões de pesquisa, como **quais os desafios**

encontrados na Gestão Pública na pasta da saúde em um município de pequeno porte?

Como o Apoio Institucional pode fortalecer essa rede de atenção em saúde frente às dificuldades da gestão no município de pequeno porte? **Como construir uma gestão apoiadora?**

O Apoio Institucional no SUS surge, principalmente, para promover mudanças na forma de gerir, no processo de trabalho e organização em que se efetive o SUS como uma política pública através de seus princípios. Por meio de diálogo e pactuações, o apoiador articula as relações entre gestão, profissionais e/ou usuários com o objetivo de assegurar o acesso ao cuidado, promover maior resolutividade e participação social, estabelecer relações horizontais, de autonomia, cogestão e responsabilização dos sujeitos. Desse modo, o Apoio vem para complementar, não fazer por alguém, pois visa promover uma análise crítica das ações em saúde através de suas intervenções no cotidiano junto aos gestores, profissionais e/ou usuários.

As políticas públicas de saúde demonstram a importância da indissociabilidade entre a clínica e a gestão, devendo articular essas para promoção da resolutividade das necessidades em saúde da população (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015). Para isso, a gestão deve ser ativa no processo de planejamento e dialogar com os trabalhadores que estão no cotidiano e com os usuários que recebem esse serviço. Nessa perspectiva, enquanto gestão-apoio, faz-se necessário analisar a potência dessa gestão ampliada: que potências emergem da duplicidade no papel gestão-apoio? Penso sobre a constituição do apoiador institucional que, estando entre os profissionais e gestão, na proposta de ser o elo entre eles e os entraves que acabam acontecendo, por assumir esse papel, ora é visto como “salvador”, ora como “mau”. Essa desconfiança, por vezes, assumida pelos profissionais, aconteceu, inicialmente, em situações nas quais foi proposto repensar o processo de trabalho e refletir sobre outras formas de organização da rede e diálogo interno. Os espaços para equipe dialogar, planejar suas ações, realizar discussão de casos e educação permanente eram formados nos corredores entre uma consulta e outra, e mensalmente com a gestão. Era esperada uma reação de resistência inicial e de dúvidas sobre o que estava por vir. Além de que o papel no início causou confusão: Apoio ou Gestão, Apoio-Gestão? Trabalhadores ou Gestores? Trabalhadores e Gestores? Como apoiar e, ao mesmo tempo, avaliar os resultados das equipes cujo trabalho estava sob minha coordenação?

Compreendo que o Apoio Institucional, com base na análise institucional, é capaz de promover autoanálise e novas produções de cuidado em saúde; pois, nesse espaço, optamos

por trabalhar com as ofertas e demandas, com os analisadores, com as implicações dos sujeitos. É no cotidiano das equipes, com suas necessidades e problemáticas, com os recursos que possuem que iremos trabalhar através das pactuações estabelecidas com as implicações dos sujeitos envolvidos. A análise de implicação foi proposta pelos socioanalistas com a perspectiva de “pôr em evidência o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação” (PAULON, 2005, p. 23). Para o pesquisador, ao se inserir no campo e, nesse caso, uma pesquisadora-gestora-apoiadora, é importante colocar em análise sua própria função, as relações instituídas nos serviços, bem como a própria pesquisa para não correr o risco de ser engolfada em um processo de burocratização do apoio e sobrecarregada por encargos advindos da gestão ou, até mesmo, acabar fazendo pelos profissionais e não com eles.

Aliado a isso, propor uma gestão compartilhada, com a descentralização política e desfragmentação do trabalho, pode ser um fator de maior interesse profissional e engajamento, por este se sentir ator fundamental para o processo de gestão, já que as ações de saúde se fazem no cotidiano. Assim, o objetivo principal deste artigo é **analisar o Apoio Institucional no processo de democratização da gestão em cidades de pequeno porte**. Como objetivo secundário, busca-se **mapear as práticas participativas no processo de construção do Apoio Institucional** junto à gestão, a partir da reflexão de quais esboços de compartilhamentos de gestão foram possíveis construir. Problematizar também os **efeitos do Apoio Institucional** em relação às expectativas de **ampliação da resolutividade** no campo da saúde para gestores e profissionais, ou seja, como foi esse processo? Quais os avanços? Quais entraves?

CRIAÇÃO DE UM CAMPO DE PESQUISA

O referencial teórico-metodológico aqui abordado nessa pesquisa-intervenção se realiza por meio da Análise Institucional que, para além de ser uma forma de análise de dados, é uma atitude de pesquisa. Conforme Rossi e Passos (2014, p. 177), “pesquisa-intervenção está atenta à encomenda, à produção de demanda, ao modo como o serviço é ofertado, à totalidade da intervenção como análise da implicação, trabalhando com analisadores”.

A pesquisa-intervenção almeja o movimento:

[...] a pesquisa-intervenção questiona o “sentido” da ação, investindo nos movimentos de metamorfoses, não definindo a partir de um ponto de origem o alvo a ser atingido, mas uma diferenciação de expressão singular. (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 176).

A análise do campo, primeira etapa realizada de identificação e estabelecimento do espaço a ser analisado, proporcionou o conhecimento da organização do trabalho das equipes, da visão da gestão, das dificuldades encontradas, perspectivas dos profissionais e dos gestores, culminando no campo de intervenção. O **campo de análise** é a apropriação do espaço em que o institucionalista se ocupa, produz conhecimento sobre o local, conhece suas histórias e pode, então, construir o campo em que realizará sua intervenção. Para a gestão, a proposta de Apoio estaria mais ligada à gestão do que aos profissionais, mas não que estes não estejam relacionados. O suporte, enquanto apoiadora, está em ser o elo entre gestão e trabalhadores, em seu cotidiano, problemáticas, ações, discussão de casos, organização do processo de trabalho e articulação da rede. Aqui, surge a demanda para a função apoio.

Ao fazer contato com o campo pela primeira vez, já fazia dois anos e meio da implantação da ESF no município, havia a recente adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e percebia-se algumas discordâncias que ainda havia com a PNAB. Quanto às equipes de ESF, no início da pesquisa, havia três equipes e, atualmente, quatro. A produção de informações deu-se através de conversas informais com os profissionais, observação do processo de trabalho e escrita do diário de campo. Dentre as dificuldades encontradas, as que apareceram mais foram: não possuir reuniões de equipe semanais e sim mensais, o que os profissionais compreendiam como negativo para seu planejamento e discussão de casos; não execução da educação permanente entre equipe e para os profissionais executada pela gestão; falta de ações comunitárias; e revisão da estrutura física e do processo de trabalho das UBSF.

A partir desses dados, o campo de intervenção foi estabelecido, através da imersão, de conversas informais com os profissionais das equipes da ESF, Coordenação da ESF, Secretário Municipal da Saúde anterior (gestão 2013-2017), Secretária Municipal de Saúde atual (2018) e prefeita; reunião com as equipes e observação do campo. A construção dos dispositivos de intervenção deu-se por meio da análise da demanda e de implicação e por meio da transversalidade, na ideia de atingir a democracia institucional. Sendo assim, o primeiro passo após o estabelecimento desse campo foi reunir-se com as coordenações das equipes da ESF (3 enfermeiras na época, 4 enfermeiras atualmente) e gestão para analisar a encomenda deste trabalho e, assim, a produção da demanda, construída para a proposta de

intervenção, ou seja, adequar a demanda da função apoio com a demanda que surge das equipes, para que a oferta dessa função fosse ao encontro dos desejos da gestão e dos trabalhadores.

Esse método propõe o seguinte:

[...] no momento da intervenção, identificam-se analisadores que indicam os objetivos da intervenção tanto quanto a forma como se deve intervir, mantendo a gênese social do objeto de pesquisa concomitante à gênese teórica metodológica. (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 177)

Além das informações já obtidas durante o processo de inserção no campo, posto que estou inserida no Apoio Institucional das equipes, foi organizado um espaço de diálogo mensal através da reunião de coordenações, com as coordenadoras das UBS (enfermeiras), gestora e responsável técnica da Atenção Básica. As atas desses encontros compõem o material de análise.

Foi realizada entrevista com a prefeita e o secretário municipal de saúde que atuou na gestão entre os anos 2013-2018, o que serviu de base para análise da demanda da gestão, por serem eles que solicitam o apoio ao processo de trabalho das equipes.

Outro instrumento é o Diário de Campo, que é composto de relatos e reflexões, que está sempre em movimento e produzindo análises (LIMA et al., 2007). “O pesquisador está, portanto, incluído no processo da pesquisa e se restitui, ele também, na operação de análise das implicações” (BARROS; PASSOS, 2015, p. 172-173), a utilização do Diário de Campo ajudou a desvelar o processo enquanto pesquisadora, de engajamento e relacional na investigação. Por fim, será realizada uma discussão em cima de um caso clínico acompanhado pelas equipes de saúde, com a perspectiva de mapear a demanda real do território, que é percebida como uma potência de cuidado.

As nossas memórias, assim como afetos, percepções, desejos, estão guardados em nós. O espaço não importa e sim as sensações que nos causam ao deparar com as situações, lembranças, ações e diálogos. Em relação aos resultados e suas discussões, ao passo que adentrei o campo, pude captar diferentes sensações, informações, perspectivas e as guardei. Contudo, se faz necessária compartilhar e refletir sobre o que está guardado em nós com o apoio daquilo que chamamos de materiais de produção de informações. Com a finalidade de organizar, dividirei em dois blocos de análise: primeiro, para analisar o Apoio à gestão e análise da demanda, permitindo analisar a democratização da gestão e mapear as práticas participativas por meio de entrevistas e o Diário de Campo; já o segundo bloco será composto

através dos casos acompanhados durante a pesquisa e os dados produzidos e lançados também no Diário de Campo, cuja proposta é problematizar a função do apoio quanto à expectativa de ampliação da resolutividade.

A função apoio no processo de democratização da gestão e práticas participativas

A Gestão Municipal optou pela contratação dos profissionais da ESF de forma terceirizada, através de uma instituição filantrópica, pois, em entrevista com a gestora, “Para boa prática do serviço, compreendo que a terceirização consegue delimitar melhor a atribuição do profissional, selecionar um perfil mais ‘adequada’, e eliminar aqueles não ‘adequados’”.

Ao analisar essa busca por um perfil “adequado”, algo disparou a minha atenção enquanto apoiadora, ou seja, que a maioria dos profissionais concursados na Secretaria da Saúde residem fora do município, enquanto a grande maioria dos terceirizados residem no município. Ainda, de acordo com a gestora:

[...] compreendo que o concurso acaba contribuindo para que inadequações no serviço sejam perpetuadas pela falta de compreensão de suas atribuições e perfis inadequados. Por esse motivo, optei por terceirizar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, mas sempre priorizando os profissionais residentes do município. (Dados da entrevista).

Priorizar os profissionais que residem no município contribui para que a renda circule na própria cidade, amplia a possibilidade de emprego para a população, pois o município possui uma grande extensão rural e poucas oportunidades de emprego, sem ser o setor público, questões políticas podem estar envolvidas, já que são membros votantes do município. Segundo a gestão, os concursados, por serem residentes de fora do município e possuírem mais de um emprego (concurso neste local e terceirizado em outra cidade), acabavam priorizando o emprego terceirizado. Para a responsável da Atenção Básica, esse era o principal problema enfrentado, pois, quando realizada a escala para o serviço da Policlínica 24h, esta acabava tendo dificuldades para organizá-la, visto que precisava adequar os horários dos profissionais ao outro serviço.

A ESF, diferente da Policlínica 24h, trabalha com carga horária fixa de 40h semanais; assim, essa dificuldade, possivelmente, não apareceria pelas diferenças de objetivos, princípios e diretrizes do serviço. Ampliando a análise, podemos refletir sobre a Reforma Trabalhista (**Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**), que traz uma insegurança e instabilidade

para os profissionais da ESF e referente aos concursados: será que direcionar a responsabilidade para eles não seria um escape para refletir sobre as leis que embasam os concursos e suas devidas cargas horárias? Cabe à gestão escolher a forma de realização dos concursos e a inclusão ou não de prova de títulos que demonstrem experiência no SUS como, as Residências Multiprofissionais em Saúde, ou até mesmo incluir tempo de experiência em serviço do SUS como requisito. Além da escolha da banca de realização da prova, que seja de conteúdos relacionados à saúde pública e coletiva.

Através do caminho percorrido, as escutas realizadas por meio de entrevistas ou diálogos informais com a gestão, com a Responsável Técnica pela Atenção Básica e Coordenações dos serviços de saúde, demonstraram a insatisfação de estar em cargos de gestão pela relação com os profissionais do quadro do município que são concursados pelas relações construídas e estigma local. Em decorrência desse pensamento, a gestão optou não por repensar os concursos, mas sim por terceirizar a contratação de profissionais para executar esses serviços. Diante desse cenário, como promover e autorizar o servidor público, terceirizado, a participar de forma realmente democrática, e que possa se sentir amparado legalmente para dar sua opinião sobre o trabalho, sem medo de ser dispensado?

Para a gestora municipal, o serviço da ESF já apresentava resultados positivos, antes da proposta de contrato, através de indicadores e metas. No entanto, relata que “Teve muitos avanços através desse serviço, mas ainda falta pactuação de indicadores e cumprimento de metas através de plano de ação” (Dados da Entrevista). A proposta de realizar contrato através de indicadores e planejamentos de metas teve como objetivo para a Gestão Municipal maior controle de resultados sobre ações realizadas pelos profissionais, além de maior aproximação sobre os desejos da gestão do que se tem como plano de governo, demandas que surgiam dos usuários quanto ao retorno aos encaminhamentos e à resolução dos casos e necessidades que os profissionais compreendiam como sendo do território, conforme diagnóstico realizado e planejamento das ações das equipes.

Assim, foi executado, em um primeiro momento, um levantamento dos indicadores pactuados junto ao Estado, com a gestão estadual, e dos indicadores apontados no plano de gestão municipal; após, cada equipe identificou os indicadores que entendiam como importantes para seu território. Em um terceiro momento, reuniram-se gestora da saúde, responsável pela Atenção Básica, coordenação da ESF e das UBSF para pactuação dos indicadores, com a finalidade de selecionar em comum, entre as equipes, 10 indicadores propostos pela gestão, estes já mencionados na introdução. Pactuar com os trabalhadores os

indicadores que por eles serão alcançados é uma forma de dar voz ao servidor terceirizado, já que serão escolhidos por eles aqueles indicadores que compreenderem ser importantes de acordo com o seu cotidiano de trabalho. Ou seja, tornar o trabalhador como o gestor de seu processo de trabalho, encarnando a indissociabilidade entre gestão e atenção.

Para análise dos indicadores especificados anteriormente, uma comissão foi criada e nela está o Conselho Municipal de Saúde, membro da Secretaria Municipal da Saúde e da instituição contratada. As equipes realizam relatórios mensais de atividades a partir de seu planejamento, que é avaliado trimestralmente pela comissão. O relatório é outro meio da equipe colocar seus resultados e opiniões. Além disso, garantir o espaço do Conselho Municipal na análise dos indicadores é garantir um espaço de voz da comunidade atendida.

As equipes então escolheram seus 10 indicadores e, posteriormente, planejaram suas ações para alcançá-los, pensando em ações a curto, médio e longo prazo. Para acompanhamento dos indicadores pela comissão de avaliadores, as equipes realizaram relatórios mensais com a finalidade de, através da escrita, analisar seus resultados conforme seus planejamentos, refletindo sobre o que ocorreu com o que se planejou e não foi alcançado. Observou-se que, para as coordenações das equipes, a escrita do relatório tornou-se não um meio de autoanálise, mas de trabalho a ser cumprido, o que se torna um ponto negativo, pois é visto como um desgaste. Além disso, os relatórios foram escritos apenas pelas coordenações, não passando pelo olhar dos outros profissionais que integram a equipe, que seria positivo já que a proposta é que todos se engajem e comprometam-se com o planejamento das ações e cuidado. Duas equipes por dois momentos não entregaram o relatório na data acordada. A partir da leitura dos relatórios e acompanhamento dos processos de trabalho, percebi que as equipes tinham dificuldades de escrever sobre seus planejamentos, ações e resultados. Os primeiros relatórios tiveram um caráter mais qualitativo, no entanto a gestão solicitou dados quantitativos para avaliar os indicadores, o que foi visto como negativo entre as equipes.

Essa proposta da gestão trouxe um resultado positivo em alguns indicadores, como 100% do Pré-Natal de baixo risco através do acompanhamento mais próximo e alimentação de dados que fortalecem o cuidado; Educação Permanente mensal entre a equipe que fortaleceu a relação entre os trabalhadores; além de promoverem educação em saúde com foco nas problemáticas do cotidiano da equipe; a realização de mapa vivo do território, por exemplo, mostrando, para além dos limites geográficos, questões de saúde, sociais, ambientais e políticas da área atendida por uma das equipes da ESF.

Outros indicadores que tiveram uma incidência positiva na produção de saúde foram: a realização de quatro ações na comunidade com foco nas demandas dos usuários através de escuta da população que frequentam os grupos através de reunião de comunidade e ampliação do cuidado da saúde do trabalhador com atendimento noturno semanal. Em relação aos indicadores de Ações do Programa Saúde na Escola as equipes sentaram com as diretoras e supervisoras para avaliar pontos positivos e negativos das atividades ao longo do ano de 2018 e assuntos que a escola compreendia ter como demanda. Essa aproximação e diálogo são positivos, já que antes era realizada a pactuação entre os secretários da educação e saúde verticalizando o processo, visto que são os trabalhadores que atuam no cotidiano e visualizam melhor as demandas.

As equipes têm alcançado as metas a que se propuseram, apresentando, todavia, algumas dificuldades quanto ao número de visitas domiciliares dos ACS, um dos indicadores pactuados, devido ao tempo chuvoso em um dos meses. Quanto à dificuldade em atingir a meta de 100% de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, dentre os motivos apareceram a demora no resultado do exame, a insegurança quanto ao resultado, e a realização do exame particular. Outro indicador que sinalizou problemas enfrentados pelas equipes foi o da puericultura na ESF, pois como o município possui duas médicas pediatras que realizam atendimento semanal na Policlínica 24h, os responsáveis preferem realizar o atendimento com as especialistas. Algumas metas, que dependem de empresas, escolas ou outros serviços saíram prejudicadas, igualmente, por nem todas as equipes obterem retorno. A título de exemplo, trago a situação de uma das equipes.

A equipe que fica 35 km no centro urbano possui uma escola adstrita ao seu território. Dentre as metas propostas, houve quatro ações anuais em escola localizada na comunidade e diminuição em 5% da gravidez na adolescência. No entanto, a equipe possuiu dificuldades em pactuar com a escola ações em conjunto para atingir resultados nessa meta. Para tal problema, foi solicitado pela equipe de ESF apoio para mediação entre a equipe e a escola, já que houve resistência da direção.

Nesse sentido, o primeiro passo para a solução dessa dificuldade foi escutar a equipe para conhecer sua demanda e suas propostas; por segundo, foi marcar reunião com a escola para dialogar sobre a demanda da equipe e dificuldades que a escola encontrava para tal ação. Durante a reunião, a escola apresentou as diversas demandas que tinham, expressando que a escola se via sozinha. Em resposta, a ESF colocou-se como parceira, com o intuito de participar junto com a escola e não ocupar um espaço, o que tornou possível o diálogo. Após

essa reunião, combinou-se que a coordenadora da UBSF sentaria com a equipe para pensar nos temas para atividades e voltaria na escola para pactuação.

Por conseguinte, com o intuito de permitir o diálogo entre UBSF e escola com suas supervisoras educacionais e diretora, o apoio não se fez presente na reunião seguinte, mas foi realizado com êxito o cronograma de temáticas por meses. Por fim, para findar a pactuação, reuniram-se o apoio, a coordenação da UBSF e a direção da escola. Nesse momento, a escola demandou da equipe uma participação maior, no intuito não de cuidar apenas dos alunos, mas dos professores também. Além disso, a diretora entendeu que seria interessante a participação da UBSF na primeira reunião com os pais no ano, com objetivo de falar sobre as atividades e realizar uma fala de cuidado em saúde. Surpreendemo-nos aqui com o efeito de contágio do apoio: a equipe de ESF é apoiada e, posteriormente, a mesma passa a apoiar a escola. O apoio mostrou-se, nessa oportunidade, como um auxílio ao desenvolvimento das metas com a equipe, articulando-se com a escola e equipe com a finalidade a apoiá-los segundo as suas demandas, não com a ideia de falar por alguém, mas de estar junto no diálogo.

A função apoio e a ampliação da resolutividade

A proposta da contratação de uma coordenadora técnica, que ficou sob minha responsabilidade, ocorreu, segundo a gestora, porque “tínhamos uma necessidade de fazer o elo entre a ESF (por ser um serviço terceirizado), articulação da rede municipal num cenário micro e macrorregional do sistema de saúde”. Mesmo que com o cargo de coordenação, ou seja, função gerencial, já que realizada através do apoio, buscou-se reformular o processo de trabalho, através da cogestão, rompendo com a centralização do poder e realizando o planejamento e avaliação junto dos profissionais, além da supervisão no cotidiano. A construção desse diálogo e a proposta de uma gestão horizontal foram construídas junto com a gestão e trabalhadores, com a perspectiva de estar entre, não de um lado ou de outro.

Através dessa perspectiva, como dito anteriormente, foi pactuado com a gestão as minhas atribuições. A demanda colocada pela gestão era de realizar a organização da Rede de Atenção à Saúde, através da Coordenação Técnica da ESF. Em contrapartida, ofertei realizar essa articulação e acompanhamento das equipes a partir da função do apoio institucional. Minha proposta não foi a criação de um cargo de apoiador e, sim, ter ele como base para minha atuação. Dessa forma, entendo que me afastei do engessamento e burocratização desse espaço, ou seja, da institucionalização do apoio. A potência está na produção que se apresentou a partir do campo real, não como uma idealização a ser seguida, instituída;

ampliando, assim, a análise da minha implicação no campo. Como exemplo, trago uma das situações vivenciadas junto às equipes e gestão que romperam com o fluxo dado pelos protocolos:

Equipe solicita apoio para caso de usuário de 18 anos, com mutilações, sem uso de medicação, vulnerabilidade social, com dificuldade de diálogo com responsáveis, três internações sem sucesso. Ao mesmo tempo, a escola da comunidade em que este menino está inserido solicita apoio à gestão devido ao caso de estudantes que encenaram usar cocaína com pó de giz. Comunidade faz reclamação para gestão que familiares do usuário de 18 anos estão fazendo uso de substância e tráfico. O que fazer? Que pontos temos na rede para referenciar? Que suporte dar para a escola? Que diálogos ter com a comunidade? Como está a Rede de Atenção Psicossocial? (Diário de Campo).

Os questionamentos foram muitos, pela sensação de fragilidade na rede para dar suporte a demandas que emergiam do território. Era a comunidade solicitando apoio, querendo ser escutada, pedindo ações e cuidado no território. Comunidade essa afastada cerca de 30 km da zona urbana da cidade, com poucas atividades de lazer, apenas Ensino Fundamental no território, poucas possibilidades de emprego, pouco acesso à informação. A equipe, que duas vezes na semana realizava cuidado descentralizado, sentiu-se perdida, como se tivesse esgotado as possibilidades. Entretanto, a pergunta foi: “O que podemos fazer no território? Que pedidos estão sendo feitos? O que estamos fazendo?”. Por conseguinte, sentaram-se gestão e trabalhadores para pensar nas diferentes demandas, mas que estavam interligadas. Para usuário e família, pactuou-se o cuidado no território, com visita domiciliar semanal da agente comunitária de saúde e quinzenal da equipe técnica; organizou-se, com o serviço de saúde mental do município, atendimento psicológico semanal para o usuário e familiar responsável para suporte e atendimento mensal com o psiquiatra. O familiar responsável tinha por principal função o cuidado com as medicações e o acompanhamento nas consultas.

Com a escola, realizou-se reunião com estudantes, direção, professores, equipe e gestão para ver possibilidades de ações de promoção de saúde e prevenção aos riscos de doenças e uso abusivo de substâncias. Foram organizadas ações quinzenais com os alunos no período escolar e ação pontual com os responsáveis. Para escuta da comunidade, foi realizado chamamento de uma reunião de comunidade na UBSF para fazer a escuta das angústias da comunidade, bem como visualizar possíveis ações da equipe de saúde no território. As deliberações tomadas nessa reunião foram: atividade quinzenal de convivência com a comunidade e ação comunitária proposta para um domingo. Essa ação, que foi um

campeonato de futebol, envolveu a comunidade, a escola, os profissionais do Programa Primeira Infância Melhor, profissionais da saúde e gestão. A equipe de referência da comunidade foi no período da manhã com atividade de alimentação saudável, cuidados com a higiene bucal, prejuízos do uso de tabaco, álcool e outras drogas para o organismo. No período da tarde foi realizado o campeonato com ações do programa Primeira Infância Melhor e Saúde Bucal e, à noite, Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e realização de teste rápido.

A potência dessa experiência foi do diálogo entre gestão, trabalhadores e usuários para refletir sobre as possibilidades no território, ações em conjunto e suporte mútuo. O apoio ampliou a capacidade dos trabalhadores e dos gestores colocarem em análise os seus processos de trabalho e da instituição, já que o que estava sendo feito mostrou-se insuficiente para a demanda que se tinha e necessitava de outro olhar, outra escuta, além de perceber as fragilidades da rede ao verificar que se necessitava de uma reorganização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e maior comunicação. A gestão, entendendo essa necessidade de organização, ampliou a equipe do NASF com a contratação de profissional para coordenar a RAPS. Essa vivência evidencia a potência das construções coletivas de gestão compartilhadas com um planejamento ascendente, partindo de demandas reais do território, que foram ações possíveis nessa experiência de apoio, além do espaço de escuta e análise de implicações.

A organização da RAPS não se dá apenas por uma análise da necessidade do território, mas pela análise situacional do município em questão. Por ser um município de pequeno porte, alguns serviços não podem ser implantados e, a partir das pactuações regionais, supre-se essa demanda. E será que de fato supre? A gestão municipal dialogou por diversas vezes com os profissionais para avaliar o acompanhamento dos usuários no território e nos serviços de referência, com a finalidade de compreender se, de fato, estamos realizando a atenção integral e resolutiva para a situação do usuário. Os principais problemas encontrados foram: dificuldade de vínculo nos serviços de referência, não compreensão do território em que o usuário se situa, fragilidade na referência e contrarreferência e atraso no transporte municipal. A partir disso, como articular a rede? O caso a seguir demonstra o que foi percebido como possibilidade:

Homem, alcoolista, vive sozinho em uma oficina em que o pai trabalha durante o dia e vai para cidade vizinha no final do dia. Separado devido à situação do uso de álcool, realizou internação para desintoxicação, frequentou o Centro de Atenção Psicossocial, que se localiza no município vizinho. Usuário relata desejo de fazer cuidado no território, por conhecer os profissionais, estes saberem onde ele vive e

sentir-se mais seguro. Pai concorda com filho e compromete-se em estar mais presente no cuidado. (Diário de Campo).

A primeira avaliação foi a situação de solidão e a busca de vínculo e referência nos profissionais. Para tal, acordou-se visita domiciliar semanal do psicólogo do serviço de saúde mental. A equipe de ESF realizaria o acompanhamento do usuário, encaminhamento para psiquiatra e cuidado continuado. A Agente Comunitária de Saúde faria visita domiciliar semanal para ver evolução do caso e dialogar com equipe de referência. No entanto, havia vínculos frágeis e isolamento, mas não somente desse caso. Existiam outros no município, que acabavam por não aderir ao serviço de referência fora do município. Nesse momento, a gestão e os trabalhadores, ao dialogar, entenderam a necessidade de um grupo para usuários de álcool e outras drogas no município, priorizando o cuidado e o acompanhamento no território. Articulou-se, dessa forma, a ESF, Centro Municipal de Inclusão através do serviço de saúde mental, NASF e Centro de Referência em Assistência Social para organização, encaminhamentos e execução do grupo.

Esse caso evidencia um dos grandes desafios sobre a diferença do que se propõe para as políticas públicas e a realidade organizacional, pois, a exemplo deste município, outros tantos não possuem os requisitos básicos, por ser de pequeno porte, para implantar um Centro de Atenção Psicossocial. Desse modo, como fazer a RAPS em municípios sem esse serviço? Aqui, entrou uma das possibilidades da função Apoio para o fortalecimento da Rede frente ao desafio, ou seja, fortaleceu-se a Atenção Básica como um dos pontos da RAPS. A Reforma Psiquiátrica dialoga sobre a importância do cuidado no território e aponta para o cuidado em saúde mental junto à ESF, com a finalidade de romper com a lógica de que apenas serviços específicos de saúde mental podem fazer esse cuidado. Esse resultado demonstra um dos efeitos do Apoio Institucional em relação à ampliação na resolutividade do cuidado em saúde, através da articulação da Rede e criação de respostas singulares às demandas reais dos usuários do território.

Para analisar a operacionalidade da longitudinalidade do cuidado, demonstra-se a forma de coordenação das redes de atenção, no sentido de refletir sobre o envolvimento da ESF no percurso do usuário até o especialista, bem como de acompanhar as situações em que ele é encaminhado que trago um caso concreto destas articulações.

Paciente com transtorno de humor depressivo grave, apresentando isolamento, falta de apetite, mudanças no hábito de higiene. Ao realizar visita domiciliar, ACS identifica essas mudanças e leva para discussão com enfermeira coordenadora da UBSF, em reunião de equipe. É marcada visita com a enfermeira para avaliação do quadro, referência para o especialista

por abandono ao tratamento medicamentoso e oficinas terapêuticas. Especialista faz avaliação e novo tratamento. ACS, com a finalidade de acompanhamento, realiza visita domiciliar para acompanhar uso de medicações e melhora do quadro. Para conhecimento das condutas e encaminhamentos, enfermeira e especialista usam da referência e contrarreferência para diálogo e comunicação sobre datas de consultas, medicamentos e acompanhamento clínico. ACS realizava visitas ora antes das consultas, ora depois, para informar a enfermeira. Necessitando de apoio, ia ao domicílio para reforçar a importância deste acompanhamento. Com o passar de seis meses e a paciente estar estabilizada, suas renovações de receita começaram a ser na UBSF de referência, iniciou atividades na ONG da comunidade e seus acompanhamentos com o especialista tornaram-se mais espaçados: inicialmente, mensal e, após, trimestral. (Diário de Campo).

Esse caso evidencia o papel do ACS no território, como elo entre a equipe e usuário, ao identificar suas demandas e necessidades, além de acompanhar mais de perto a evolução ou não do caso. A articulação da rede se dá através da equipe de referência que está na UBSF e o especialista, a partir da referência e contrarreferência, ferramentas estas que auxiliam no diálogo, quando este não pode ser realizado no ato, outra estratégia de acompanhamento. A articulação não se deu apenas entre equipe de referência e especialista, mas com a comunidade, em verificar local que apoiasse a usuária, além da família, com orientações para manejo, uso de medicações e suporte.

A Gestão Municipal inscreveu-se no 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Dessa forma, realizar uma análise do processo de trabalho e suas organizações fazia-se necessário, a exemplo da construção de fluxos para orientar os profissionais sobre caminhos das Redes de Atenção à Saúde e da própria organização da linha de cuidado na ESF. Sendo assim, dois momentos foram cruciais e demonstraram que o espaço de gestão colegiada contribuiu para democratização da gestão: primeiro, a organização do fluxograma da Visita Domiciliar e, segundo, do Acolhimento à Demanda Espontânea. Para pensar nesse arranjo do Acolhimento, pactuou-se com a gestão a realização do primeiro fluxo junto às enfermeiras coordenadoras e, posteriormente do segundo fluxograma, junto aos auxiliares administrativos, técnicos em enfermagem e enfermeiras coordenadoras.

Para as visitas domiciliares, a organização deu-se através de uma reunião junto à responsável pela Atenção Básica e enfermeiras, ação cujo objetivo era refletir os “nós” que apareciam entre a solicitação da visita e sua realização. Os pontos de reflexão foram: Quem pode solicitar? Usuário, familiares, cuidadores ou somente o ACS? Quem avalia a solicitação: técnico, enfermeira, médico? Em quais casos as visitas serão realizadas no dia ou agendadas?

Após esse diálogo, fomos montando o fluxograma, sabendo que ele poderia sofrer alterações e que deve ser flexível, pois cada situação tem sua singularidade e deve ser analisada. Depois dessa organização, percebi que as enfermeiras se sentiram mais seguras, pois uma das pautas que elas levantavam era sobre alguns atravessamentos que ocorriam de pedidos à gestão, que o usuário ia direto para secretário (2013-2017) ou prefeita para solicitar, ao invés de procurar seu ACS ou equipe de referência. Nessa questão é importante de analisar o que ocorre em um município de pequeno porte, demonstrando a aproximação que se tem entre as pessoas também, é comum encontrar a prefeita, secretária, enfermeiras na rua, não é só o ACS que mora na mesma comunidade, mas 3 das 4 enfermeiras também. Sendo assim, essa proximidade das relações provocava atravessamentos, que, com a construção de um fluxograma, diminuiriam.

O segundo fluxograma foi organizado a partir de uma demanda trazida da gestão, por compreender que precisávamos organizar os turnos da manhã nas UBSF com demanda espontânea e, à tarde, com demandas agendadas, pois o município foi apontado, dentro de um dos itens do PMAQ, por possuir um grande número de demandas agendadas e poucas espontâneas. Notou-se que, na verdade, houve um erro de digitação no momento de preencher o sistema de informações eletrônico do SUS (E-SUS), para isso, e com a perspectiva de dar mais autonomia aos profissionais nessa organização referente à sua avaliação, pois anteriormente era por ordem de chegada, realizamos uma Educação Permanente em Saúde para os profissionais que realizavam o acolhimento ao usuário. Primeiramente, realizou-se um diálogo sobre o que o Ministério da Saúde trazia como sendo Acolhimento à Demanda Espontânea em seu Caderno da Atenção Básica nº 28 (BRASIL, 2013). Após, cada equipe reuniu-se para refletir e responder algumas questões:

Como realizamos o acolhimento em nossa unidade? Que profissionais estão na “linha de frente” do acolhimento? Eles mudam em diferentes horários? O que ofertamos no acolhimento? Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana? Qual o perfil da demanda espontânea? O que as pessoas que estão cedo na UBS estão demandando? Quantas são com cada grupo de demandas? Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários? São demandas passíveis de serem negociadas para outros horários de menor movimento? (BRASIL, 2013, p. 31-32).

Em um segundo momento as equipes ficaram encarregadas de discutir internamente com suas equipes e pensar, de acordo com seu território e demandas, a melhor organização do fluxograma. Por fim, reuniram-se; responsável pela Atenção Básica e enfermeiras coordenadoras para apresentar o fluxograma. Uma das enfermeiras entendeu que ficava difícil

negociar algumas demandas para horários de menor movimento, pois a UBSF encontra-se no interior do município ficando longe da residência, tendo um custo alto para os usuários que chegam até lá. Sendo assim, apenas as demandas agendadas ficaram para essa UBSF: pré-natal, puericultura, pessoas com doenças crônicas e exame citopatológico. Essas ações promoveram um diálogo horizontal em que as equipes puderam dialogar sobre seus planejamentos, organizações, processo de trabalho, função de cada profissional; além de compartilhar com a gestão as dificuldades do cotidiano, demonstrando que o projeto deve ser o mesmo, mas com flexibilidade devido às singularidades de cada território.

Por fim, se faz necessário, a partir dessa vivência e relações construídas entre gestão-profissional-usuário, analisar “o que é o Resolutivo no SUS”. Foi possível perceber que, de acordo com a perspectiva da gestão, muitas vezes se avalia essa resolutividade a partir de dados estatísticos, indicadores, resultados passíveis de serem apresentados e isso acontece também quando nós militantes queremos defender o SUS para mostrar que ele é efetivo. Mas para os trabalhadores, é outro ponto de vista que está em jogo, e dos usuários, ainda outro! A linha é tênue quando tratamos de resolutividade, pois se deve estar atento para não ser um controle de saúde mascarado, e o Apoio tem essa função de colocar em reflexão essa ideia. Nesse sentido, não é somente quando o usuário realiza o tratamento do modo como o profissional determina que se é resolutivo, ou quando o cidadão solicita e recebe a solicitação de um exame que pediu. A resolutividade está no elo entre o desejo, demanda e necessidade de resolução que se apresentam entre gestão-profissional-usuário. Conforme Franco & Júnior

A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde. (FRANCO; JÚNIOR, 2004, p.3).

A assistência à saúde centrada no modelo biomédico prescritivo não é capaz de atuar em todas as dimensões do sujeito, carecendo da relação entre o saber e a prática que auxiliam na integralidade da atenção à saúde (FRANCO; JÚNIOR, 2004), diferente da clínica ampliada que propõe um cuidado integrado, de conhecimento do sujeito, sua história e determinantes de saúde e doença. A partir dessa reflexão trago um caso de saúde mental, em que o desejo da gestão é a organização da Rede de Atenção Psicossocial com o intuito de diminuição de casos de internação e encaminhamentos para fora do município, ou seja, realização do cuidado no território, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Para o profissional, a resolutividade está na realização do cuidado do usuário, na

diminuição do sofrimento, na possibilidade de construir um acompanhamento e intervir nesse processo de produção de adoecimento. Já para o usuário e seus familiares a resolutividade estava em ser acolhidos.

Paciente mulher, 35 anos, mãe de um filho de 7 anos, desempregada, com muitas dívidas procura a ESF para tratamento de infecção urinária. Médico avalia sintomas de mania, persecutórios, necessidade de avaliação com serviço de saúde mental. Faz contato imediato e encaminha para acolhimento. Após avaliação da equipe de saúde mental, a equipe de ESF convoca reunião solicitando apoio comigo para discussão de caso e organização de diálogo com a Rede, tendo como proposta reunião com Psiquiatra e Psicólogos que realizaram acolhimento, equipe da ESF de referência e familiares. É realizado primeiro o contato com a família, que solicita reunião e espaço de escuta com serviço de saúde mental e ESF, e que relata histórico familiar, dificuldades encontradas, medos e anseios, sinalizando e relatando desejar suporte para manejo do caso e disposição para cuidado no território. Equipe explica necessidade de avaliação psiquiátrica e acompanhamento da família na consulta para avaliação do caso e construção do Plano Terapêutico Singular. Pactuada consulta e visita domiciliar para acompanhamento da usuária e oferta do atendimento psiquiátrico. Após a visita domiciliar a mesma aceita a proposta e é marcado atendimento. No entanto, familiares não comparecem ao atendimento, realiza-se contato telefônico para repactuar o acompanhamento e responsabilidades no cuidado. Paciente opta por não realizar tratamento medicamentoso, seguir com acompanhamento psicológico. Familiares solicitam nova reunião, desta vez pactuamos que seja com a usuária, além da equipe de referência e de saúde mental. Na reunião escutam-se os familiares, a usuária, os profissionais, todos colocam seus anseios, medos, desejos. São desmistificadas percepções e é colocada a equipe como apoio, suporte, sendo pactuado com usuária e familiares suas responsabilidades do cuidado. Nesse momento montou-se o Plano Terapêutico Singular a partir do ponto em comum que ligava todos os desejos, necessidades e demandas. Profissionais perceberam que para o caso ser resolutivo era necessário propor algo que fosse possível para a família. Familiares compreenderam que necessitavam responsabilizar-se para ter resolutividade e a usuária, para mim a mais disposta e resistente, precisava nesse momento acabar com muitas crenças negativas e aceitar que nesse momento precisava de cuidado, pois ela cuidou de todo mundo por muito tempo, aceitar essa condição não seria fácil. (Diário de campo).

Pode-se dizer, a partir desse caso, que o vínculo, a responsabilidade pelo cuidado e a proposta de uma clínica ampliada e não centrada no modelo biomédico produziram uma

maior resolutividade. “O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissional e usuário” (FRANCO; JÚNIOR, 2004, p. 3) e a resolutividade deste caso está justamente relacionada ao acolhimento dos possíveis e não naquilo que o saber profissional entende como ideal para saúde, atendimento, serviço, usuária e familiares. Mas sim, o possível para usuária, para os familiares, para esta equipe, para esta Rede Municipal de Atenção Psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia de Resolutividade não é uma só, depende de onde se olha e o apoiador tem a delicada missão de estar atento a esses diferentes pontos de vista e realizar a interlocução desses diversos olhares e colocá-los em reflexão. Todos os casos devem ser olhados de forma singular para alcançarmos a resolutividade que buscamos. Essa ação resolutiva não seria então uma resolutividade ideal, mas sim uma resolutividade singular construída a partir dos possíveis de cada pessoa, familiares, redes e territórios. O Plano Terapêutico Singular seria então uma ferramenta que pode apoiar o trabalhador e usuário, assim como o diagnóstico situacional de saúde pode apoiar a gestão e trabalhadores a serem mais resolutivos em suas demandas.

E o Apoio Institucional e a Resolutividade estão justamente relacionado nesse campo de possibilidades e reflexões. O Apoiador está entre a produção, construção, organização dos processos de trabalho e linhas de cuidados que perpassam o desejo de implantação da proposta, desejo político da gestão, além dos recursos materiais, humanos e financeiros, para que assim seja viabilizada a organização. O apoiador articula-se entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, usando como base para suas intervenções a teoria e a prática para atuar nas organizações. E como o apoio pode contribuir para construção da resolutividade do cuidado na Atenção Básica? A partir do diálogo, proposta de educação permanente e reflexões sobre as inovações nas linhas do cuidado e na organização dos processos de trabalhos, bem como na sustentação da organização das Redes de Atenção à Saúde, através do fortalecimento da clínica ampliada, referência e contrarreferência, já que essa última ainda falha no diálogo entre a rede diminuindo a resolutividade das intervenções, por vezes pela não compreensão do cuidado compartilhado em saúde e sim pela prática de encaminhar e não acompanhar, o que prejudica a responsabilidade do cuidado em saúde.

O Apoiador deve construir e acompanhar junto à gestão e equipes seus planejamentos em saúde, através das demandas dos usuários. Desconstruindo a lógica vertical, autoritária e propondo um fazer coletivo e reflexivo. A potência desta função está em ser um articulador, estar entre proporcionando uma análise da Rede e assim promover espaços de diálogos e construção. Singularizar a resolutividade em saúde é um ato de democratização, já que promove uma escuta dos possíveis em cada ente.

Outra potência desta função está na escuta e acolhimento das demandas, a qual promove uma reflexão do cotidiano, do processo de trabalho na busca de desenvolver maior autonomia dos profissionais para implementar junto à gestão novas linhas de cuidado e avaliando as possibilidades e necessidades do território. Estar aberto a acolher e atuar no que é possível, além de promover resolutividade no cuidado e realizar uma atenção mais humanizada, pode consolidar o processo de democratização do SUS através desta prática participativa.

Nesta experiência que percorre o artigo, a qual ocorre em um município de pequeno porte, mostra as relações construídas e constituídas no processo de gestão e atenção ao usuário. É possível visualizar dificuldades não quanto à escassez de profissionais médicos, mas de terem como desejo trabalhar em municípios deste porte. Outra questão de reflexão são as relações estabelecidas quanto a trabalhadores que residem em outro município e os que são naturais do local em que trabalham, pois isso acaba interferindo nas tomadas de decisões da gestão. No entanto, o tamanho do município aparece como potência no que se refere à proximidade das relações com a gestão, trabalhadores e usuários.

Através dessas relações pode-se potencializar as práticas participativas, bem como visto nos resultados: a pactuação de indicadores entre gestão e trabalhadores, a presença do Conselho Municipal de Saúde na avaliação de indicadores, o planejamento de ações entre trabalhadores e direções das escolas para atividades. Analisei enquanto apoiadora institucional que essas relações de proximidade poderiam ser positivas para avançar nas práticas participativas, pois todos circulam no mesmo espaço e vivenciam também. Diferente dos municípios de grande porte que geralmente quem vivencia o cotidiano da comunidade é o ACS.

Por fim, a partir desta experiência enquanto pesquisadora, gestora e apoiadora entendo que assim que se constrói uma gestão apoiadora, através do diálogo, da escuta, de vivenciar o cotidiano junto da gestão, dos trabalhadores e usuários. É mediar, circular e afetar-se.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.** Rev Panamericana de Salud Publica 29(2),p. 84-90, 2011

BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. **O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 23-33, jan./mar. 2016.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. **Diário de bordo de uma viagem-intervenção.** Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. **Conheça o Programa Mais Médicos.** [s./d.]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm. Acesso em: 08 mar. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm#art6. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Formação e intervenção.** (Cadernos HumanizaSUS, v. 1). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011.** Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt_2488_21_10_2011.html. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto 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: Presidência da República, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Acolhimento à demanda espontânea.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_es_ponta_neacab28v1.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A regionalização da saúde:** O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. GOVERNO DO BRASIL. **União, estados e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS.** 2014b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos (PMM).** 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em: 30 jan. 2019.

CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. **Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.32 no.3, p. 1-13, Rio de Janeiro, 2016.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

EDELWEIN, M. C. **Das Tensões e Intenções de Tornar-se Apoiador na Máquina de Estado.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Pós-Graduação Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. **Resolução nº 555/12 – CIB/RS.** Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/2815580_6-resolucao-cib-555-12.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. **Resolução nº 499/14 – CIB/RS.** Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/2815580_5-resolucao-cib-499-14.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. **Relatório Detalhado de Prestação de Contas do 2º Quadrimestre de 2018.** Porto Alegre: Governo do Estado, 2018. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181117/14151748-2-rdqa-final.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. **Modos de formar e modos de intervir: Quando a formação se faz potência de produção de coletivo.** In: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção. Ministério da Saúde, Brasília, 1, 13-28. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS), 2010.

IBGE. **Censo 2010.** <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/cristal/panorama>. Acesso em: 20 mai. 2019.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde.** Interface (Botucatu) [online]. 2015, vol.19, n.53, pp.265-274.

LIMA, T. C. S. et al. **A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo.** Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 93-104. jan./jun. 2007.

MENDONÇA, F. F. et al., **Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2907-2915, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2907.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

PAULON, S. M. **A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção.** Psicologia e Sociedade, v. 17, n. 3, p. 15-25, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3>. Acesso em: 30 jan. 2019.

PAVAN, C.; TRAJANO, A. R. C. **Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil.** Interface, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1027-1040, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1027.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

RECH, M. R. A.; HAUSER, L.; WOLLMANN, L.; ROMAN, R.; MENGUE, S. S.; KEMPER, S. E., et al. **Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos.** Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e164. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.164>

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil.** Rev. Epos vol.5 no.1 Rio de Janeiro jun. p. 156-181, 2014.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Apoio Institucional como visto ao longo do estudo é um método de intervenção de suporte às equipes através do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, tendo seu foco na resolução das problemáticas por meio da gestão democrática, da autonomia dos sujeitos envolvidos, no acompanhamento dos processos de trabalho e articulação da rede e gestão. Ao realizar o apoio às equipes de ESF, além de proporcionar o auxílio e reflexão de suas problemáticas no cotidiano, pode-se promover uma maior interação da Rede Pública do município, aumentando assim a articulações das ações na saúde e qualificando a Atenção Básica.

A ação no Município em questão teve sua importância, ao realizar este estudo, por promover melhoria do acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde. Esta ação ocorreu através do apoio institucional às equipes de ESF, a partir de uma gestão democrática de suporte a ações na Atenção Básica, além da reflexão das práticas de gestão do cuidado em saúde.

No entanto, ainda faz-se necessário o diálogo e discussões a respeito da descentralização da gestão em saúde e da regionalização, tendo em vista que os usuários dos municípios de pequeno porte possuem dificuldades no acesso aos serviços da média e alta complexidade, seja pela distância como visto em casos aqui colocados, ou até mesmo pela efetivação desses serviços pela falta de recursos humanos e financeiros também discutido neste trabalho.

Sendo assim, fortalecer a Educação Permanente em Saúde para diálogo sobre as Redes de Atenção à Saúde, seus fluxos, limites cotidianos e potência, com a finalidade de refletir sobre essa Rede e articulá-la de forma que seja real, acessível ao usuário e resolutiva em suas ações. Ademais, a promoção desse fortalecimento junto a Gestão Democrática, do encontro da gestão com o trabalhador para planejamento de ações e discussão do cotidiano mostrou-se eficaz, como visto nessa experiência.