

Universidade Federal de São Carlos | UFSCar  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde | CCBS  
Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica | PPGGC

**DENISE APARECIDA BRAGA**

**APOIO INSTITUCIONAL: DISPOSITIVO PARA MUDANÇA DE  
PRÁTICAS E FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO EM  
SAÚDE**

São Carlos - SP

2017

Universidade Federal de São Carlos | UFSCar  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde | CCBS  
Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica | PPGGC

**Denise Aparecida Braga**

**APOIO INSTITUCIONAL: DISPOSITIVO PARA MUDANÇA DE  
PRÁTICAS E FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO EM  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Barbieri Feliciano

São Carlos - SP  
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Denise Aparecida Braga

**“APOIO INSTITUCIONAL: DISPOSITIVO PARA MUDANÇA DE PRÁTICAS E  
FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 29/03/2017

### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Adriana Barbieri Feliciano - UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Aline Guerra Aquilante - UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cinira Magali Fortuna - USP

---

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC  
Tel.: (16) 3351-9612; e-mail: ppggc@ufscar.br

## Dedicatória

Dedico este estudo a todos os profissionais do SUS que assim como eu acreditam na capacidade inventiva de produzir saúde a partir do coletivo.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a UFSCar por meio do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica, pela oportunidade de inserção no Mestrado Profissional, que na articulação da prática com a academia proporcionou ampliação de minha capacidade para o trabalho.

Aos docentes do Programa que propiciaram muita reflexão através das metodologias ativas fortalecendo o aprendizado dos mestrandos.

Aos colegas de turma, pelas horas de convivência, de descontração, com trocas de saberes e práticas, pelas amizades construídas e certamente pelo imenso aprendizado.

A Adriana, mais do que uma orientadora, uma amiga. Agradeço pela disponibilidade, confiança, tranquilidade e motivação para transpor minhas dificuldades, sem isso não teria conseguido chegar até aqui.

A Aline que acompanhou a trajetória deste trabalho desde o seminário incluindo a qualificação. Agradeço pelas significativas contribuições.

A Cinira, parceira de inúmeras construções, pelo carinho e privilégio de tê-la desde a qualificação com relevantes sugestões, reflexões e inúmeras análises.

A Monica, pelas oportunidades de reflexões e construções junto ao grupo de apoio e no CDQ, mas também pela disponibilidade e carinho para discutir questões do desenvolvimento da pesquisa.

Aos trabalhadores e aos colegas apoiadores que se dispuseram a dialogar, trazendo discussões, inquietações, percepções, e sem dúvida muita construção.

A Vanessa, secretária do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica, pelo carinho e delicadeza que sempre atendia as nossas necessidades.

A Maria Tereza, amiga de todas as horas, agradeço pelo carinho e pelas palavras de conforto e estímulo.

A todos os amigos e amigas pelas horas roubadas para o estudo, principalmente Fabiana, pelo estímulo constante e nos últimos meses pelos momentos que me privei de sua alegre companhia.

Aos meus amados filhos, Luísa e Felipe, e também minha querida nora Ana Paulla, que mesmo de longe, foram meus maiores e constantes incentivadores.

Ao meu irmão Rubens, minha cunhada Walquiria e aos sobrinhos Camila e Rene, pela torcida nessa jornada.

Ao meu pai José, que mesmo com sua mente por vezes esquecida, trouxe palavras de incentivo.

E por último, mas não menos importante, a minha amada mãe Dirce, uma pequena grande figura, que a todo o momento procurava me proporcionar conforto e tranquilidade para que eu pudesse desenvolver o trabalho, sempre com palavras positivas e de estímulo.

## RESUMO

O SUS é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, porém desde sua criação enfrenta grandes desafios para sua efetiva consolidação e concretização. Para o atendimento integral às necessidades de saúde da população, os serviços devem estar organizados em uma rede articulada a partir da Atenção Básica para acesso a níveis de maior complexidade. Na busca de transformações favoráveis para a qualificação do cuidado, o apoio institucional emerge como um dispositivo capaz de fortalecer os espaços de atenção, visando modificar as formas de planejamento e gestão em saúde. O apoio surge mediante a necessidade de rever os processos de produção do cuidado, com a valorização dos sujeitos envolvidos e da realização de formas mais democráticas de se fazer saúde. Assim, o presente trabalho buscou analisar as práticas do apoio institucional como dispositivo para o fortalecimento das redes de atenção em saúde, a partir das percepções de apoiadores e trabalhadores considerando potencialidades, desafios e estratégias utilizadas na função apoio. A pesquisa foi desenhada a partir de uma abordagem qualitativa, em forma de estudo de caso de caráter exploratório-descritivo. Para isso foi utilizada a técnica de grupo focal com apoiadores e outro com trabalhadores de equipes apoiadas que preencheram os critérios de seleção. Para a sistematização do material produzido foi utilizada técnica de análise de conteúdo categorial temática. Os achados da pesquisa apontam a necessidade de vínculo dos apoiadores com as equipes a serem apoiadas, além de um tempo adequado de inserção na rotina dos serviços, para produção de coletivos organizados voltados a produção de novas formas de gestão do trabalho. Indicam ainda a necessidade de apropriação de estratégias e ferramentas para a função apoio, contudo além daquelas formais estabelecidas na literatura, outras podem se construir em ato, na prática das ações. Apontam ainda desafios que devem ser refletidos e colocados em análise, principalmente aqueles relacionados a questões gerenciais hegemônicas e verticais, em busca de transformações das práticas de gestão e de atenção numa proposta de fomentar a cogestão, promover a produção de coletivos e a autonomia dos sujeitos implicados com o cuidado à saúde.

**Descritores:** Apoio Institucional, Redes de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde, Cogestão.

## ABSTRACT

SUS (Portuguese acronym for Unique Health System) is a political and organizational formulation for the reorganization of health services and actions, guided by the principles of universality, equity and integrality, but since its creation, it has faced major challenges for its effective consolidation and implementation. In order to meet the health needs of the population, services must be organized in a network based on Basic Attention to access levels of greater complexity. In the search for favorable transformations for the qualification of care, institutional support emerges as a device capable of strengthening the spaces of attention, aiming to modify the forms of health planning and management. The support arises through the need to review the processes of production of care, with the valuation of the subjects involved and the achievement of more democratic ways of doing health. Thus, the present study sought to analyze the practices of institutional support as a device for strengthening health care networks, based on the perceptions of supporters and workers considering the potentialities, challenges and strategies used in the support function. The research was drawn from a qualitative approach, in the form of an exploratory-descriptive case study. For this, the focal group technique was used with supporters as well as workers of supported team who met the selection criteria. Thematic categorical content analysis technique was used for the systematization of the material produced. The research findings point to the need to bond the supporters with the teams to be supported, as well as an adequate time for insertion into the routine of services, to produce organized collectives aimed at new forms of work management.

They also indicate the need for appropriation of strategies and tools for the support function, however, in addition to those established in the literature, others can be constructed in the act, in the practice of actions. Moreover, they point out challenges that must be considered and put into analysis, especially those related to hegemonic and vertical managerial issues, in search of transformations of management and attention practices in a proposal to foster co-management, to promote the production of collectives and the autonomy of the subjects Involved with health care.

**Key-words:** Institucional Support, Health Care Networks, Health Management, Co-management.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Inserção do município no DRS III de Araraquara – Região Coração .....	<b>36</b>
<b>Figura 2</b> – Inserção do município na RRAS 13 – Estado de São Paulo .....	<b>36</b>
<b>Tabela 1</b> – Casos (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico .....	<b>37</b>
<b>Tabela 2</b> – Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico .....	<b>37</b>
<b>Tabela 3</b> – Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (em %) por ano ...	<b>37</b>
<b>Tabela 4</b> – Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) por ano .....	<b>38</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

**AB** – Atenção Básica

**AI** – Apoio Institucional

**CDQ - SUS** – Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde

**DGCA** – Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

**DRS** – Departamento Regional de Saúde

**EC** – Emenda Constitucional

**EPS** – Educação Permanente em Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**GF** – Grupo Focal

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**PEC** – Proposta de Emenda Constitucional

**PMAQ** – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**PPA** – Plano Plurianual

**RAS** – Redes de Atenção a Saúde

**RRAS** – Redes Regionalizadas de Atenção a Saúde

**SEADE** – Sistema Estadual de Análise de Dados

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>24</b>
<b>3 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Referencial teórico .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2.1 Redes de Atenção a Saúde .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2.2 Apoio Institucional .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.3 Gestão em Saúde .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 Cenário da pesquisa .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Participantes da pesquisa .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4.1 Critérios de seleção e caracterização dos sujeitos .....</b>	<b>39</b>
<b>3.5 Produção das informações e instrumentos utilizados .....</b>	<b>41</b>
<b>3.6 Processamento e análise das informações .....</b>	<b>43</b>
<b>3.7 Aspectos éticos da pesquisa .....</b>	<b>44</b>
<b>4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
<b>Tema 1 – Gestão: distanciamento da atenção e do apoio institucional. Possibilidades de aproximação? .....</b>	<b>48</b>
<b>Tema 2 – Apoio Institucional: as dores e as delícias da função apoio .....</b>	<b>53</b>
<b>Tema 3 – Redes: Fragilidades, possíveis arranjos e pactos para (re)construção..</b>	<b>60</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>72</b>
<b>Apêndice A – Dados de identificação pessoal .....</b>	<b>72</b>

<b>Apêndice B – Roteiro para Grupo Focal com os apoiadores institucionais .....</b>	<b>73</b>
<b>Apêndice C – Roteiro para Grupo Focal com trabalhadores das equipes .....</b>	<b>74</b>
<b>Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>75</b>
<b>Apêndice E – Agrupamento de temas - grupo focal com apoiadores .....</b>	<b>77</b>
<b>Apêndice F – Agrupamento de temas – grupo focal com trabalhadores .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar .....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos .....</b>	<b>89</b>

## APRESENTAÇÃO

O momento de escolher o caminho que queremos seguir profissionalmente ocorre durante a adolescência ou no final dela, um período de muitas inquietações, dúvidas, incertezas, e acredito de muita imaturidade para fazermos uma opção pela carreira a ser seguida.

Esse processo em minha vida também foi perturbador, o pensamento passeava por diversas áreas, mas sem conseguir me ver em algo que iluminasse meu olhar. Trago uma recordação de ao folhear um jornal li uma reportagem sobre enfermagem obstétrica, e o relato de uma obstetriz sobre sua rotina e seu trabalho gratificante trazendo vidas ao mundo. Uma luz acendeu e pensei: É isso que eu quero!

Bem, a graduação em enfermagem foi concluída, porém a especialização em obstetrícia deu lugar a outros investimentos e trilhei caminhos diferentes que foram surgindo em minha trajetória profissional.

A conclusão da minha graduação ocorreu em 84 na UFSCar, antes mesmo da Constituição e da construção do SUS, com uma formação voltada mais para a área hospitalar com realização de procedimentos para tratamento das patologias, com atuações preventivas em instituições filantrópicas, de certo modo distantes do que hoje chamamos de saúde coletiva.

A especialização em Saúde Pública aconteceu justamente na época em que a Lei Orgânica da Saúde estava sendo promulgada, portanto um estudo distante da concepção do SUS, mas mesmo assim o trabalho para a conclusão do curso foi voltado a ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, o que posteriormente seria discutido mais fortemente com a Construção do SUS.

No início da década de 90 iniciei um trabalho no HC da Unicamp e por lá permaneci por seis anos. Aquele foi um cenário de grande aprendizado e conhecimento voltado às práticas e tecnologias mais densas. Revisitando o cenário com o olhar atual, percebo que aquele contexto me inseria no nível mais alto da chamada pirâmide assistencial, e desta forma o que mais importava eram os procedimentos e tecnologias utilizadas para a cura do paciente sem, no entanto levar em consideração as histórias familiares e de vida daquelas pessoas, hoje fundamentais para a recuperação do sujeito. Mas com o desenvolvimento deste trabalho olho o passado e percebo que já existia determinadas inquietações naquele contexto voltado para o desenvolvimento do SUS, e como membro da equipe de enfermagem do

hospital vejo que já havia movimentos de roda, de construções dos processos e de certa maneira um trabalho de apoio voltado a assistência ali prestada.

Após concurso público, em 97 ingressei na Rede de Saúde do município estudado nesta pesquisa, onde permaneço até este momento, portanto já se foram vinte anos. A rede naquela época era composta por alguns “Postos de Saúde” onde eu desempenhava minhas funções seguindo orientações da gestão superior, com atividades como vacinação para a prevenção de doenças, realização de procedimentos básicos, onde as pessoas também buscavam consultas médicas principalmente. Naquele contexto, não havia acesso a internet, aproximação e discussão sobre políticas públicas e muito menos contatos com gestores do nível central que se mantinham num espaço determinado de onde orientavam e demandavam as ações a serem realizadas. Mas me recorro de me contrapor em vários momentos a certas determinações dos gestores, voltadas a favoritismos e ordens que se opunham ao cuidado das pessoas. E também de construir com os pares a organização do trabalho na equipe, de forma a fortalecer o trabalho conjunto e qualitativo ofertado as pessoas.

No início do ano 2001 houve a mudança da gestão municipal e com ela um movimento de reestruturação do SUS no município baseado na legislação de construção do sistema de saúde e nas propostas de políticas públicas voltadas para o cuidado da população de uma forma mais abrangente. Porém essa estruturação foi permeada por imensos desafios, considerando que as transformações geraram resistências da população, de profissionais, principalmente da categoria médica e de políticos, pois se opunham a um novo modo de trabalho para produzir saúde, que considerava um olhar ampliado para o processo saúde-doença.

Naquele cenário de disputas fui convidada a fazer parte do grupo de gestão da SMS, convite esse que me desafiou e me estimulou a conhecer outros espaços de atuação e contribuir com novas construções, e assim fui indicada para a gestão de uma das cinco regionais de saúde recém-criadas. O município foi dividido em cinco territórios, denominados Regionais de Saúde e cada um destes territórios eram compostos por Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, sendo que este último modelo de atenção tomou força nesse período o que me impôs a aprofundar no conhecimento de suas práticas.

Como meu nome teria surgido para ocupar aquele espaço? Talvez pelo meu caminhar profissional aonde ia me constituindo trabalhadora do SUS, por ofertar e produzir coisas no interior da equipe que atuava pois entendo que de algum jeito me propunha a estar no SUS criando condições de trabalho junto a equipe. E então para reflexão desta apresentação me coloco novamente naquele cenário da rotina da unidade e sinto que já havia

ali escuta dos trabalhadores, construções naquele coletivo, rodas de discussão do processo de trabalho, e percebo que já naquele período existia um certo jeito de fazer apoio na equipe a qual eu pertencia e entendo que iniciava então a constituição de uma trabalhadora do SUS e do meu próprio processo de apoiadora.

Naquela nova missão e para ampliar minha capacidade nas práticas de gestão e de atenção para atuação junto àquelas equipes tão singulares, agarrei as oportunidades que iam surgindo a minha frente. Assim o curso de facilitadores de Educação Permanente em Saúde (EPS) revelou um outro jeito de provocar a reflexão nos trabalhadores para transformação das práticas voltados para a produção do cuidado integral, que incluía construções e produções em rodas de conversa.

A inserção dos alunos do curso de medicina e da residência multiprofissional nas equipes de saúde me proporcionou também a aproximação da Universidade com trabalhadores e gestão, das práticas com a formação, e com ela novas produções de conhecimentos e de capacidades para o trabalho em saúde.

A especialização de Gestão da Clínica nas Redes de Atenção a Saúde do Hospital Sírio Libanês em parceria com o MS, provocou em mim outros olhares, novos saberes e ampliou a capacidade de construir com os pares outros caminhos em busca da qualificação e da integralidade do cuidado, construções essas que eram realizadas nos coletivos da gestão e dos trabalhadores,

Durante o período que permaneci naquele espaço de atuação participei de vários movimentos e projetos voltados para o fortalecimento da atenção básica mas também numa perspectiva de amparo e remodelamento da gestão, quer seja a nível central como no interior das equipes. Outros projetos foram inseridos com a tarefa de desenvolver coisas com os trabalhadores para fortalecer as ações das equipes em seus territórios, de um modo formativo e reflexivo, lidando com rodas, com escuta dos trabalhadores no coletivo, reafirmando assim que o apoio já se fazia presente no cotidiano do meu trabalho, mesmo não tendo esta denominação.

Da mesma forma a Política Nacional de Humanização apoiada nos conceitos da roda concebidos por Campos inseridos nesta pesquisa, propôs dispositivos que me proporcionaram inúmeras reflexões como profissional da saúde coletiva, e principalmente a proposta de criação de um grupo de apoio institucional após minha saída da equipe gestora, depois de 10 anos de atuação. Tal desejo foi despertado por perceber que ao longo dos últimos anos, muito do que foi construído anteriormente entrou em retrocesso, provocando fragilidade da rede de cuidados, fragmentação dos processos de trabalho, isolamento de profissionais,

além de ações centradas novamente na doença e nos procedimentos, retornando a uma prática de gestão hegemônica, burocratizada e vertical, o que me causava constantes inquietações.

Apesar das circunstâncias a apatia não foi cultivada, pois penso que as adversidades me fortalecem em busca de novas possibilidades. Desta forma o ingresso no Mestrado Profissional, além da realização de um sonho antigo, abriu um caminho para novas discussões, reflexões da prática, produção de conhecimento, e construção de ferramentas e estratégias capazes de disparar movimentos para contrapor a um modelo que está sendo imposto a nível local e nacional desalinhado com as propostas da Reforma Sanitária.

Pretendo com esta dissertação contribuir com o enriquecimento do conhecimento disponível acerca do apoio institucional, para viabilizar a função apoio em todos os espaços de produção de saúde. A partir da análise das práticas do apoio institucional trazidas nesta pesquisa coloco algumas sugestões para fortalecer o apoio como dispositivo capaz de instituir o protagonismo dos sujeitos, reinventar maneiras e estratégias para produzir coletivos organizados e implicados com o cuidado, e recriar modos de gestão do trabalho mais democráticos e horizontais, voltados para a atenção a uma saúde mais justa e solidária.

## **1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA**

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 foi um marco para a saúde pública no Brasil. Entre os temas abordados estavam o dever do Estado e o direito do cidadão a saúde; financiamento e reformulação do sistema de saúde; a hierarquização dos serviços médicos de acordo com sua especialização e complexidade e também a participação popular nos serviços de saúde. Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição, inicia a busca de um estado de bem estar social e de transformar a saúde em direito de cidadania dando início ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no Brasil (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Assim o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que determinava ser dever do Estado garantir saúde a toda a população. A criação do SUS é considerada fruto de lutas sociais por saúde, e uma resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde. A sociedade levou adiante um movimento, que se confunde com o próprio processo de luta contra a ditadura e abertura democrática, o “movimento



sanitário”, com o sonho de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento a saúde da população, e contribuir com o desenvolvimento da autonomia das pessoas para viverem mais e melhor. E ainda “deve ser planejado e funcionar para cumprir esse novo compromisso que é assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva” (BRASIL, 1990).

O SUS é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde e se mantém em permanente construção. Denominado Sistema, por ser um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. É norteado por princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; e princípios organizativos: regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos (BRASIL, 1990).

Apesar do SUS ter sido instituído pela Constituição de 1988, foi regulamentado somente em setembro de 1990 quando o Congresso aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) que detalha o funcionamento do Sistema e que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Nessa lei o Estado deve garantir a formulação e execução de políticas econômicas e sociais visando a redução de riscos de enfermidades e outros agravos, e também condições para acesso universal e igualitários as ações e serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada em nível de complexidade crescente. O texto original da lei 8.080 faz referência à igualdade, no entanto, o conceito passou a ser tratado como equidade, pois preconiza o direito ao atendimento das necessidades de saúde, sem privilégios, ou seja, priorizar o atendimento de acordo com a necessidade de saúde de cada um. A lei 8.080 foi promulgada em 1990 e foi regulamentada somente em 2011 por meio do decreto 7.508, portanto 20 anos depois.

Em dezembro de 1990 foi aprovada a lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 2003).

Em 2010, dez anos depois da promulgação dessas leis ocorreu a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) que estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, sendo esta uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, porém somente em 2011, ou

seja, 20 anos após a criação do SUS a EC 29 foi regulamentada, e mesmo assim o financiamento da saúde permanece como um dos grandes desafios para os gestores.

Esses anos de luta para regulamentação das leis 8.080, 8.142 e da EC 29 mostra que ocorriam disputas, avanços e retrocessos, o que ainda acontece, nem sempre o SUS foi construído linearmente e os processos desencadeados cronologicamente.

Ainda em busca da consolidação do SUS, em 2006 a portaria 399/GM divulgou o Pacto pela Saúde com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, pacto este que deve ser renovado anualmente (BRASIL, 2006).

Em busca do atendimento dessas necessidades de saúde, entendia-se que os serviços deveriam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto estava implicado com a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deveria ocorrer através dos serviços de nível primário de atenção que precisavam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais problemas deveriam ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 1990).

Segundo Cecílio (1997), o sistema de saúde hierarquizado, idealizado como uma pirâmide se transformou numa espécie de “bandeira de luta” do movimento sanitário, pela compreensão da possibilidade de acesso a níveis diferenciados de complexidade tecnológica pelos usuários. Porém na prática, os fatos não se deram dessa maneira, diferente do que se pretendia por uma certa racionalidade tecnológica. O autor defendeu a ideia de o sistema ser pensado como um círculo, com múltiplas portas de entrada em vários pontos do sistema, com a lógica de oferecer tecnologia certa, no espaço e tempo mais adequados.

É importante não termos a mesma concepção de rede em todos os contextos, pois vários autores buscam distanciar-se do desenho da pirâmide e investem em outras imagens e expressões de relações horizontais como Ceccim e Ferla que agregam ao conceito de Linha de Cuidado (CECCIM; FERLA, 2006).

A incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção ainda persistem na organização da atenção e gestão do SUS devido a intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas. A atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede.

Apesar do SUS significar um grande avanço para a saúde no Brasil, vários tem sido os obstáculos enfrentados para sua efetiva consolidação e a concretização de suas diretrizes. Temos constatado a mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, cujo envelhecimento e longevidade ocasionam um aumento na frequência de doenças crônico-degenerativas somado às doenças infectocontagiosas e epidêmicas que necessitam de tratamento mais moderno e mais caro, como o caso atual da epidemia da dengue, zika, e chikungunya e febre amarela, que tem trazido desassossego para gestores, profissionais e toda a população. Concomitante, observa-se o aumento do número de usuários que buscam o serviço público em consequência das mudanças sócio econômicas no país assim como recursos financeiros insuficientes e mal utilizados aliado a retração progressiva da oferta de serviços para o SUS, dentre outros (MENDES, 2010).

Podemos dizer também que, ainda prevalece no Brasil uma assistência a saúde desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais com enfoque curativo, necessitando de reorganização para substituir o exercício de uma clínica centrada na doença e nos procedimentos, para preservar os princípios da universalidade e integralidade. Para reversão dessa prática médico hegemônica de livre demanda, apostava-se na ampliação da rede pública, principalmente a ambulatorial, para a garantia de acesso à atenção primária, com enfoque na promoção e prevenção em busca da racionalização da utilização dos serviços, melhoria da eficácia e efetividade das ações, servindo como porta de entrada para outros níveis do sistema de saúde (FRANCO, 2006).

Ainda que o sistema seja reorganizado, é necessário pensar que a saúde se faz com pessoas, para pessoas e entre pessoas e quem opera o serviço são os trabalhadores. Trabalhadores esses que muitas vezes desconhecem o SUS, sua rede, as regras operacionais, administrativas e tecnológicas; são influenciados por interesses e corporativismos; que muitas vezes “se viram” para organizar o processo de trabalho para atender a todos, ou mesmo possuem formação inadequada para o trabalho na saúde pública. Trabalhadores que afetam e são afetados, que produzem barreiras entre si e diante de seus fazeres e saberes, que possuem conhecimento, desejos, afetos e desafetos, e que produzem subjetividades e singularidades (BRASIL, 2012).

Com o intuito de minimizar tais problemáticas e implementar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde lança mão de novos arranjos como a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). São alguns aparatos para enfrentar os desafios do âmbito da humanização e promoção da qualidade do atendimento à saúde.

A PNH surgiu sob os efeitos da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde realizada em 2001 que sinalizava a necessidade de princípios metodológicos para operar modos de tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS. Assim foi criada em 2003, com o objetivo de deflagrar um movimento ético, político e institucional para enfrentar e superar modos de gestão incoerentes com o direito a saúde, com garantia de acesso universal e equitativo a ações e práticas integrais a saúde (OLIVEIRA, 2011).

Esta Política utiliza ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, com a valorização e o protagonismo dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2012).

Para engrossar esse cardápio, a PNEPS é inserida como proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho em constante análise, estimulando espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. O objeto de transformação é o processo de trabalho e as práticas dos sujeitos envolvidos, orientados para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Essas duas políticas utilizam a dinâmica da roda rompendo com a hegemonia da verticalidade, com modelos de gestão centralizados, proporcionando reflexão das práticas, construções coletivas de novos arranjos e pactuações, para construção de redes de produção de saúde.

Outro aparato implantado pelo MS para reforçar a consolidação do SUS é a PNAB, política esta orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Na ampliação deste leque de ofertas e na busca de transformações favoráveis ao cuidado integral, destacamos a função apoio inseridas nas políticas mencionadas anteriormente, como um dos aparatos importantes para a construção de novos arranjos teóricos, técnico-assistenciais, gerenciais e organizacionais, visando contribuir para a expansão do SUS.

O conceito abrangente de saúde deve nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado nas técnicas, procedimentos ou na medicalização da doença, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de novas tecnologias e ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Seguindo nessa direção o município estudado demonstrou nos últimos anos muitos avanços para a Rede Pública de Saúde, na expansão da atenção básica e especializada ambulatorial, ampliação dos serviços de urgência e emergência, abertura de novos leitos hospitalares, implantação de linhas de cuidado, e fortalecimento do complexo regulador. (SÃO CARLOS, 2014)

Contudo, é possível enxergar, que apesar dessa expansão, o município ainda apresenta inúmeros desafios e fragilidades, quer seja no planejamento de ações, na produção de cuidado e integralidade, no vínculo dos usuários com a Atenção Básica (AB) na noção de acolhimento, como também com ações isoladas nos processos de trabalho em saúde, tornando-as solitárias e fragmentadas, contribuindo com uma rede de saúde desarticulada e fragilizada dificultando o cuidado integral aos cidadãos.

A prática em serviço também evidencia aumento da demanda reprimida para a atenção especializada em virtude de um modelo de assistência centrado na doença e na medicalização, da inexistência de protocolos clínicos e também numa certa fragilidade de apoio matricial, rearranjo que oferece retaguarda assistencial quanto ao suporte técnico-pedagógico às equipes da Atenção Básica, tornando-as mais resolutivas.

Para inverter esse panorama e garantir a integralidade da atenção é necessário operar mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, que está ligada ao saber dos profissionais, mas também às ações acolhedoras e vínculos estabelecidos com o usuários, para conhecer os sujeitos que trazem além do problema de saúde, certa subjetividade e uma história de vida que são determinantes no seu processo saúde-doença. Nesses encontros entre sujeitos, as práticas de educação em saúde também devem ser orientadas na construção compartilhada em busca da autonomia e de cidadania. Com o fortalecimento de ações voltadas a produção do cuidado integral aos cidadãos e uma maior resolutividade da assistência prestada em nível de Atenção Básica poderá inclusive haver a redução da demanda a assistência especializada e exames, principalmente os de alta complexidade, reservando assim os recursos públicos, já tão escassos, para garantir procedimentos realmente necessários.

É possível ainda perceber na rotina do trabalho que o espaço de reunião de equipe nas unidades, naquelas onde ainda existe este espaço, é geralmente utilizado para transmissão de informações e determinação de ações a serem realizadas ou cumpridas, com pouca ou nenhuma reflexão sobre as práticas dos profissionais, vulnerabilidades do território, ações desenvolvidas pela equipe e avaliação de seus indicadores, o que poderia contribuir para construção coletiva de ações voltadas para a qualificação do cuidado ofertado aos cidadãos.

Diante deste cenário, em 2015 a então Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) apostou na criação de um grupo de apoio institucional, considerando sua experiência anterior com esse dispositivo no município em que atuava e também pelo desejo desta pesquisadora que já trabalhava como articuladora de EPS e há um tempo vinha se aproximando das discussões que envolviam o tema apoio.

Aliado a isso a implantação do Apoio Institucional era uma das metas inseridas no Planejamento Plurianual do Município (PPA 2014-2017) com vistas a garantir a população, serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde em todos os níveis de atenção, mediante aprimoramento das políticas de saúde, principalmente as de atenção básica e especializada.

Para alicerçar ainda mais a proposta da criação desse grupo, todas as USF do município haviam feito adesão ao PMAQ, esse programa destaca o apoio institucional nos processos de monitoramento do Programa como um pressuposto útil para subsidiar a gestão no aperfeiçoamento das ações.

Sendo assim, o grupo de apoio institucional foi criado para contribuir com as equipes em seus processos, principalmente na AB e colaborar com a reflexão das práticas, na tentativa de provocar uma real transformação tanto dos trabalhadores quanto da gestão, na busca de construções coletivas voltadas a ações que possibilitem uma melhor e mais consistente articulação da rede de atenção, no sentido de fortalecer os profissionais em busca de assistência mais implicadas com o cuidado a saúde da população. Importante também que em tais construções sejam incluídos os usuários, normalmente excluídos dos contextos e nos processos, quer seja no fortalecimento do vínculo com as equipes, na co-responsabilização do cuidado de si quanto nos debates de propostas de políticas públicas.

Nesta perspectiva é importante lembrar que as políticas implantadas pelo MS estão voltadas para a busca da integralidade do cuidado, que deve estar presente nas práticas

de atenção, nos princípios da gestão e na organização das políticas de saúde, colocando o usuário no centro da atenção, na perspectiva de uma sociedade mais justa e solidária.

As análises da presente pesquisa não se restringem apenas aos muros do município estudado. Isso porque a literatura consultada nos mostra que os problemas estão inseridos nos cenários de muitos municípios e regiões brasileiras e são comuns a todos eles, como os modos de gestão hierarquizados que enfraquecem a participação dos diversos sujeitos, mantendo-os a margem de decisões e pactuações; a fragmentação do cuidado ofertado no interior dos serviços que produz a fragilidade da rede de atenção, e a escassez de recursos disponíveis a saúde entre tantas outros.

Assim as análises aqui realizadas podem contribuir com uma discussão mais ampliada sobre a função apoio e as estratégias e ferramentas possíveis de utilização, no sentido de fortalecer a democratização das instituições, com abertura da possibilidade de inserção dos sujeitos na gestão dos processos de trabalho, na consolidação de vínculos, e ainda com reformulação de práticas hierarquizadas e autoritárias de planejamento e coordenação e saúde.

Segundo os autores estudados o Apoio Institucional é um disparador de mudanças que provocam e fortalecem a autonomia, a responsabilização, as práticas coletivas e novos modos de relacionamento entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, práticas essas alinhadas aos conceitos de integralidade e participação, que provocam novos modelos de gestão e atenção a saúde.

Essa reflexão se torna imprescindível para a produção do conhecimento da função apoio, tanto no município e principalmente no cenário que vivemos na atualidade com propostas de diminuição e congelamento de gastos com a saúde, com efeitos perversos para as políticas sociais no Brasil, que ferem a constituição no que diz respeito ao direito a saúde e provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços.

Diante deste horizonte desfavorável se faz necessário ampliar a discussão e reflexão das políticas do MS e primordialmente do Apoio Institucional para criar um conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes juntamente com as equipes de saúde, para lidar com a complexidade da AB com um foco no cuidado integral próximo da comunidade, que incluem um olhar para além do cuidado clínico, incluindo escuta qualificada e intervenções criativas levando em conta a dimensão do processo saúde-doença. Talvez esse desafio possa contribuir como um movimento de resistência, por assim dizer, ao que esta por vir, pensando no cenário nacional em que os direitos sociais e a saúde estão ameaçados.

## 2 OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar as práticas do Apoio Institucional como dispositivo para o fortalecimento das redes de atenção em saúde a partir da experiência vivenciada pelos apoiadores e profissionais das equipes apoiadas, considerando as potencialidades, desafios e estratégias utilizadas na *função* apoio.

## 3 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

### 3.1 Tipo de estudo

Essa é uma pesquisa de abordagem qualitativa, em forma de estudo de caso de caráter exploratório-descritivo.

Optou-se pela abordagem qualitativa considerando que o objetivo do estudo aborda subjetividades, tendo em vista as percepções dos participantes que foram objeto de análise, no caso, os apoiadores e profissionais das equipes de AB selecionados.

De acordo com Minayo (2013) as metodologias de pesquisa qualitativa são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais.

A autora também reforça que o método qualitativo por trabalhar com o universo dos significados, das percepções, opiniões, relações, valores, crenças e da história, possibilita ao sujeito interpretar suas ações a partir da realidade vivida, o que faz de si e do contexto.

Segundo Leopardi apud Machado (2014, p. 26), no caso da pesquisa qualitativa, os dados coletados são entendidos como: “[...] conhecimento originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada, portanto não podem ser controladas e generalizadas. No entanto, por serem experiências verdadeiras de pessoas, não podem ser suspeitas e tidas não verdades”.

Para Creswell (2010):

O processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados. (CRESWELL, 2010, pag. 26)



A abordagem qualitativa foi escolhida para a pesquisa por envolver todas as questões levantadas nos parágrafos anteriores presentes no mundo do trabalho que se mantem em constante movimento e com inúmeras produções. Esse cenário permeia as ações dos trabalhadores, apoiadores e da própria pesquisadora implicados com a instituição, pois segundo Monceau (2008) a “implicação é a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição” e estão tomados por ela querendo ou não.

O estudo de caso foi escolhido para esta pesquisa por entender ser a melhor modalidade para a investigação proposta.

De acordo com Minayo (2007, p. 164) o estudo de caso “utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação fenômeno ou episódio em questão”.

Em seu estudo quanto a origem e significado do estudo de caso Ventura (2007) destaca que apesar da característica de estudar uma unidade delimitada e contextualizada, a análise do caso não deve focar no caso em si, como algo isolado, mas o que representa dentro do todo e a partir daí.

Segundo os autores consultados quanto a metodologia, o estudo de caso é geralmente utilizado em pesquisas com objetivos exploratórios e descritivos, como os utilizados nesse trabalho.

Segundo Gil (2002, p. 41) as pesquisas exploratórias “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses” e principalmente promover ideias mais aprimoradas ou descobrir intuições, por ter planejamento flexível possibilita considerações de aspectos variados ao fato estudado.

Ainda de acordo com o autor as pesquisas descritivas em conjunto com as exploratórias são mais utilizadas pelos pesquisadores voltados para a atuação prática, caso da pesquisa em questão. As pesquisas descritivas têm o objetivo de descrever as relações entre variáveis, determinar a natureza dessa relação e também levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população, neste caso os apoiadores e trabalhadores (Gil, 2002).

### **3.2 Referencial Teórico explorado na pesquisa**

A pesquisa qualitativa pressupõe uma abordagem empírica do objeto de estudo. Para tanto foi estabelecido previamente o referencial teórico de Redes de Atenção e Apoio

Institucional como categorias analíticas, porém a partir da análise do material emergiu uma categoria empírica referente a Gestão, que foi inserida neste tópico.

### 3.2.1 Redes de Atenção à Saúde

Se o sistema deve ser único, pautado pela integralidade e estar sob o interesse dos usuários; a rede de serviços tem de ser uma rede de cuidados, com garantia de acessibilidade, dispor de todos os serviços de complexidade crescente que se necessite e manter a complementaridade entre eles, e ainda, propiciar discussão conjunta dos processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população sob responsabilidade.

A integração dos serviços em redes deve ainda melhorar a sua eficiência e a racionalidade, com expansão dos serviços, produção de economia, melhoria do acesso, evitar duplicidade de atendimentos e repetição de exames e procedimentos já realizados, enfim, deve ser eficaz, racional, humana, econômica e de qualidade (SILVA et al., 2008).

Desta forma e para favorecer o impacto positivo nos indicadores de saúde da população, superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento do SUS, após o Pacto pela Saúde, o processo de reorganização do sistema de saúde foi inovado com o desenvolvimento das RAS nos municípios, e as Redes Regionalizadas de Atenção em Saúde (RRAS) como forma de organização da atenção do SUS em âmbito nacional que assume ênfase no processo de regionalização. (BRASIL, 2010)

Tais propostas foram pensadas para assegurar ao usuário o conjunto de ações que necessita com efetividade e eficiência com utilização das linhas de cuidado que desenham o itinerário terapêutico para garantir o atendimento às necessidades de saúde do cidadão.

De acordo com a portaria nº 4.279/10 do Ministério da Saúde, as RAS são definidas como *"arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado"* (BRASIL, 2010).

A implementação dessas redes indica maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde regional, além de contribuir para o avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Porém, alguns atributos são fundamentais para o funcionamento adequado das RAS, dentre eles: atenção básica estruturada, com atendimento multidisciplinar, coordenando e integrando o cuidado de acordo com as necessidades de saúde fortalecendo as ações ali realizadas, com enfoque nos processos e nos profissionais; definição da população, com

conhecimento dos territórios para oferta adequada dos serviços de saúde, cuidado a saúde focada no indivíduo, família e comunidade, considerando suas singularidades; participação da comunidade nas decisões; trabalhadores competentes, em número suficiente comprometidos com o cuidado e também um sistema de informação integrado com vinculação de toda a rede (BRASIL, 2012).

Considerando a Atenção Básica como porta de entrada preferencial para o serviço de saúde, a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) recomenda “organizar a rede de atenção a partir da atenção básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde” (BRASIL, 2012, p.13).

Segundo RIGHI (2010):

Para ir acumulando competências para o trabalho em rede, a atenção básica precisa rever ao mesmo tempo, o lugar que habita na pirâmide que informa a complexidade da atenção, os processos de trabalho e as formas de comunicação da equipe, a sua relação com os outros equipamentos da rede de atenção e com pontos de outras redes, como, por exemplo, as famílias, os cuidadores, as redes de produção de renda, os movimentos sociais, entre outros (RIGHI, 2010, p. 65).

A PNH conceitua redes como uma estratégia para qualificar a gestão e a atenção do SUS, que vai além da oferta de serviços num mesmo território, mas é necessário questionar como os serviços se relacionam e quais modelos de atenção e gestão são produzidos nestes serviços. Mais serviços e equipamentos não garantem a cobertura em saúde, é preciso ampliação da comunicação entre os serviços resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes para construir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Da mesma forma Righi (2010) aponta que formação de redes coerente com o SUS não pode ter ênfase no acompanhamento e intervenção pontual, mas necessita de outras propostas e novas relações entre quem acompanha e quem intervém em situações que necessite de um outro saber e uma outra tecnologia, na perspectiva da integralidade. Também aposta na ampliação da potência do conceito de rede quando enfrenta a falta de conexão e de contato e quando leva a produção de melhores encontros entre os diferentes que produz um comum mantendo a singularidade e nesses encontros aumentar a horizontalidade e lateralidade, e superar as expressões Altas e Média Complexidade.

Outra ideia sobre redes de saúde foi apresentada por Franco (2006) que menciona as redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, que ocorrem dentro dos serviços formando linhas de fluxos horizontais, revelando um mundo rico, criativo, dinâmico, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Os trabalhadores operam nas suas

relações outros fluxos de conexão com suas equipes, com outros serviços e com os usuários. Em cada novo caso um novo cuidado a ser produzido com base nas múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção.

O mesmo autor afirma ainda que todo processo de trabalho opera em redes e que os atos sincronizados entre trabalhadores e estes com os usuários configuram uma microrrede de alta potência para o cuidado, pois há um rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias e subjetividades. As redes se formam sobre uma suposta linha de cuidado, que é a expressão dos projetos terapêuticos, propondo inúmeros itinerários terapêuticos, centrados nas necessidades dos usuários para produzir cuidado.

Mendes (2010, v.15, n.5 p.2300) define as redes de atenção a saúde como sendo:

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.”

O autor ainda ressalta que os níveis de atenção secundários e terciários são tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maior complexidade. A atenção básica deve atender a maior parte dos problemas de saúde com enfoque na clínica ampliada, desta forma utiliza tecnologias de alta complexidade, relacionada com as mudanças de comportamento e estilo de vida em relação a saúde (Mendes, 2011).

### **3.2.2 Apoio Institucional**

Esta função é fruto do trabalho de atores comprometidos com o SUS, como o caso do Apoio Paidéia, sistematizado por Campos (2007), e do apoio institucional concebido pela PNH (BRASIL, 2012).

Segundo Campos (2007) Paidéia indica a formação integral do ser humano, e o Método além de ser utilizado para reformular a gestão do trabalho, reafirma a possibilidade de que os sistemas de saúde podem contribuir para a constituição do Sujeito, “seja para coproduzir autonomia, ou ampliando a capacidade de análise e de cogestão das pessoas” (CAMPOS, 2007, pag. 15). Ou seja, esse Método procura incluir o sujeito no trabalho em saúde, aumentando a capacidade de análise e de intervenção sobre determinado problema. Mas para isso é importante a criação de vínculo, conceituada pelo autor como a circulação de

afeto entre as pessoas, e com ele estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas.

O Apoio Paidéia, também chamado de Método Paidéia ou Método da Roda formulado por Campos é um método de gestão que propõe a construção da democracia organizacional com proposta de ampliar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos, e mais especificamente é:

uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta supressiva de outras funções gerenciais, mas de um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe. [...]. O Apoio parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder. (CAMPOS, 2003, p. 85).

A gestão que não reconhece o produto de interação entre as pessoas, com frequência tende a reproduzir formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários. Para superar a burocratização, verticalidade e a racionalidade gerencial hegemônica, é necessário buscar o caminho do fortalecimento do Sujeito e da democratização das instituições.

Neste sentido, para o autor, há uma série de recursos metodológicos para lidar com estas relações, um modo interativo, um modo que reconhece as diferenças de papéis, de conhecimento e de poder, que busca relações construtivas, que propõe tanto construção de diagnósticos como elaboração de novas formas de agir, ou seja, formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho.

O termo Apoio foi proposto pelo autor para diferenciar do tradicional termo de supervisão exercido pelo papel de gestor, mas tem como objeto de trabalho os coletivos implicados com o desejo de transformação de práticas, de produção de novas realidades e de se produzir como sujeitos, de forma ética e responsável.

As propostas do autor afirmam que:

O Método da Roda apoia, de modo simultâneo, a elaboração e implementação de Projetos e construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Objetiva centralmente ampliar a Capacidade de Direção dos grupos, aumentando sua capacidade de Analisar e de Operar sobre o mundo (práxis). (CAMPOS, 2015, p.185).

Ainda de acordo com o autor:

O termo *Apoio* procura capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se

aposta somente nos recursos internos de cada equipe. O termo *Apoio* indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado por sua vez pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo. (CAMPOS, 2007, p.87, grifo do autor).

O método propõe relações menos verticalizadas e mais circulares e oferta espaços coletivos de discussão para definição de tarefas com prazos, responsabilidades além de análise de processos de trabalho e os desafios a serem enfrentados. O apoio Paidéia pode ser autoaplicável pela direção e equipes, ou incluir a figura do apoiador institucional agente externo, que “[...] facilita linhas de comunicação truncadas (o papel de mediador) e amplia o leque de ofertas que o grupo haveria de considerar e com que lidar [...]” (CAMPOS, 2015, p.186), e ainda é capaz de problematizar temas importantes dentro dos grupos, integrando pessoas, democratizando a gestão e propondo a autonomia dos sujeitos.

Alinhado com as propostas de Campos, a PNH propõe o apoio institucional como diretriz e dispositivo, para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde (BRASIL, 2012).

Esta política também considera a democracia institucional e autonomia dos sujeitos como diretriz do apoio institucional, desta forma, o trabalho do apoiador envolve inserção em movimentos coletivos, colaborando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das instituições.

O apoio institucional é pensado na PNH como uma função gerencial que busca reformular o modo tradicional coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, e tem como tarefa apoiar a produção de novos sujeitos, fortalecê-los e ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde, assim o apoio é a chave para instaurar processos de mudança.

De acordo com o Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH) para gestores e trabalhadores do SUS o apoiador tem a função de:

- 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos;
- 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais;

- 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais;
- 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão do SUS.

De acordo com Oliveira (2011, 2012), a inclusão, assim colocada como diretriz metodológica, deve buscar o fortalecimento dos coletivos para a ampliação de suas capacidades de análise e de intervenção, afirmando a produção de saúde como produção de subjetividade. O apoio institucional tal como proposto pela PNH tem o papel de operacionalizar a diretriz da inclusão e constitui seus modos de fazer.

Conforme o mesmo autor, o apoio institucional busca “[...] a produção de análise e transformação de processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização [...]” (OLIVEIRA, 2011, p.46).

### **3.2.3 Gestão em Saúde**

A lei 8.080 e a lei 8.142 já discutidas neste trabalho discorrem sobre o funcionamento do SUS, a participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde. Tais leis consolidam o papel do município como principal executor das ações de saúde (BRASIL, 1990).

Porém ao longo dos anos é possível perceber que entre tantos desafios, um deles tem sido a redefinição das atribuições e das competências dos gestores nas três esferas de governo. Para esse desafio muitos dispositivos normativos têm sido elaborados para demarcar os limites da tomada de decisão de cada gestor na sua área de atuação. Essa realidade tem exigido negociação permanente para construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS utilizando mecanismos de cogestão (BRASIL, 2015).

A descentralização, uma das diretrizes do SUS, envolve a transferência de recursos entre os níveis de governo, e a execução dos serviços, responsabilidades, gastos e poder ficam a cargo dos municípios. Porém alguns municípios utilizam quase que exclusivamente esse repasse, e não apresenta condições para atender integralmente a necessidade de saúde de sua população, sendo necessária a utilização da regionalização para buscar soluções aos problemas de saúde nos municípios de referência, o que necessita de articulação entre os gestores (BRASIL, 1990).

A legislação estabelece que o processo de planejamento e orçamento deva ser ascendente, do nível local até o federal, e também acrescenta que cabe aos Conselhos de Saúde em todos os níveis, deliberar sobre as diretrizes para se estabelecer prioridades.

Desta forma o planejamento se situa em todas as esferas de governo e tem importante papel na organização do sistema e na oferta dos serviços à população. Sendo assim há uma necessidade crescente de organização interna nas secretarias de saúde pelos gestores, como também reorganizar as rotinas e os processos de trabalho, com descentralização de tarefas, bem como capacitação dos profissionais das equipes para as questões de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2015).

Entre tantos desafios, outro grande problema da descentralização é a fragilidade no uso dos recursos na administração. Assim é conveniente pensar na capacitação de gestores que possa além de orientar uma melhor utilização e aplicação dos recursos, colaborar na proposição de políticas públicas voltadas para o cuidado e as necessidades de saúde da população. Ampliando também para a reorganização das ações e ainda vencer limitações que auxiliem o desempenho das funções dos gestores, com implantação de cogestão dos coletivos nos diversos espaços, quer seja nos núcleos superiores de gerência, como no interior das equipes e com a comunidade.

Porém essa proposta de democratização das instituições e de descentralização de poder ainda tem tido resistências nas organizações atuais, pois o “comando e controle pressupõem concentração de Poder” (CAMPOS, 2015, p. 23). Segundo o olhar do autor, não é raro o autoritarismo se apresentar revestido de expressões mais amenas como flexibilização, parceria e integração.

O Método da Roda proposto por Campos é um dos arranjos que facilitam o exercício da democracia das instituições, por constituir um sistema de gestão participativa, com criação de espaços para análise e cogestão com participação de outros agentes que não apenas aqueles com função de direção. Esses espaços são destinados à comunicação, à elaboração, planejamento e a tomada de decisão, que podem tomar forma de equipes de trabalho, assembleias, conselhos, colegiados de gestão, etc.

No Brasil a regulamentação de algumas políticas públicas que instituiu os Conselhos e Conferências nas três esferas de governo, com essa função de cogestão, foi convencionada como controle social.

Ainda segundo Campos (2015) há outro modo de espaços coletivos que são os denominados Colegiados de Gestão para operacionalizar a gestão interna das organizações.



São órgãos internos, em que participam dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores, de onde saem representações para compor os Conselhos mencionados no parágrafo anterior.

Apoiada nas construções de Campos, a PNH aposta num novo modo de gerir os serviços de saúde, numa perspectiva de disparar mudanças, contribuindo para um atendimento mais resolutivo e democrático, com compromisso de corresponsabilidade e participação entre os sujeitos envolvidos. Um modo de administrar com interação, baseado no diálogo entre usuários, trabalhadores e gestores, que inclui o pensar e o fazer coletivo. Desta forma, o modelo proposto pela PNH é centrado no trabalho em equipe (planeja quem executa) com espaços que garantam de fato o poder compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2012).

A participação social, não pode estar restrita as instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde, mas deve ser valorizada e incentivada na rotina diária dos serviços do SUS. Mesmo os trabalhadores de saúde que ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham.

Os serviços de saúde tradicionalmente organizam seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias, e com isso acarreta falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo do envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde. Para que ocorra uma gestão mais compartilhada e democrática no cotidiano das práticas dos serviços de saúde, que envolve relações, encontro entre usuários e suas famílias com os trabalhadores, há necessidade de alterações nos modos de organização do trabalho em saúde.

Para trilhar esse caminho, os gestores, ao desempenharem seus papéis, orientam-se por metas que necessitam ser apresentadas como propostas para os colegiados. Elas devem ser analisadas, reconstruídas e combinadas por profissionais das equipes, usuários e seus familiares que também colocam propostas que devem ser avaliadas pelo colegiado e resolvidas de comum acordo.

Portanto a gestão participativa para a PNH é:

um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2012).

### **3.3 Cenário da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de São Carlos, situado na região central do estado de São Paulo, que possui uma população estimada em 2016 de 243.765 pessoas. Cidade conhecida também como a capital da tecnologia em virtude de seu vigor acadêmico, tecnológico e industrial.

A Atenção Básica (AB) é composta por 12 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e 17 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que 5 destas Unidades possuem 2 equipes cada, totalizando 22 Equipes de Saúde da Família no Município.

Atualmente todas as equipes de USF são constituídas por equipe multiprofissional sendo médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB), exceto uma delas que não possui equipe de Saúde Bucal devido inexistência de espaço adequado para tal. Tais Unidades estão inseridas em áreas de maior vulnerabilidade social, localizadas em territórios periféricos do município incluindo duas em área rural, uma especificamente, situa-se na região central do município. As equipes fazem acompanhamento das famílias residentes em um território geograficamente delimitado, com ações de promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes visando promover a qualidade de vida da coletividade.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia primordial para organização e o fortalecimento da atenção básica, mas somente em 1998 o município inaugurou a primeira Unidade neste modelo. A partir da expansão da Estratégia Saúde da Família pelo MS, a gestão municipal iniciou a ampliação na implantação das ESF, mais fortemente em meados do ano 2000 visando a qualificação do cuidado, a consolidação da AB e também a estruturação de um cenário de aprendizagem aos alunos da área da saúde e principalmente do curso de Medicina, implantado em 2006 e da Residência Multiprofissional de 2007 até 2014, reorganização prevista no contrato de parceria entre o Município e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Das 22 equipes de USF 8 delas contam com uma equipe de NASF composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam dando apoio às práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes de USF, constituído por Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Educadora Física e Fonoaudióloga.

As UBS denominadas anteriormente de “Postos de Saúde” referem-se a conformação inicial do Sistema de Saúde e são Unidades compostas por médicos das especialidades básicas (ginecologistas, pediatras e clínicos gerais), enfermeiros, auxiliares e

técnicos de enfermagem, pessoal da área administrativa, cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário. As equipes atendem a população de um dado território e assim como as USF são tidas como porta de entrada aos serviços de saúde, porém num formato diferente desta última. Com a PNAB assumiu o lugar de estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, porém ambos os modelos ainda coexistem no município estudado.

Das 12 UBS existentes, as cinco maiores contam também com nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicólogos que atuam no atendimento das demandas de outras UBS incluindo também as USF não cobertas pelo NASF.

A AB foi melhor caracterizada e mais discutida aqui considerando que os apoiadores estiveram inseridos nesse cenário, e apesar de todas as ações das gestões municipais e da SMS voltadas para a qualificação da atenção, ainda há sinais de desorganização nos processos de trabalho e determinadas fragilidades nessas configurações que denotam dificuldades para a produção de saúde voltados ao cuidado integral.

Para acessar outros níveis de atenção, a AB do município conta com a atenção especializada que é constituída por um Centro de Especialidades médicas; 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo CAPS ad, CAPS mental e CAPSi; 1 Ambulatório Oncológico; 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 1 Centro Ambulatorial de Infecções Crônicas (CAIC).

A rede de saúde possui ainda em sua estrutura, Vigilância Epidemiológica (VIGEP), Vigilância Sanitária (VISAM), 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e conta também com apoio de 2 Hospitais, sendo a Santa Casa de Misericórdia de São Carlos com a Maternidade Maria Jacinta Cintra Silva, instituições conveniadas ao SUS e o Hospital Universitário vinculado a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

No início desta pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde era dividida em 5 regiões de Saúde geograficamente delimitadas, denominadas Regionais de Saúde, caracterizando uma gestão mais próxima dos territórios e também onde estão inseridos os equipamentos de saúde da Atenção Básica, incluindo as Unidades que receberam o apoio institucional e que foram objetos da pesquisa, sendo 2 UBS e 1 USF. Porém esta configuração foi modificada no ano de 2017, no momento as Regionais de Saúde existem apenas como delimitação de territórios das Unidades de Saúde da Atenção Básica, tanto das USF como das UBS.

Em relação as Redes de Atenção a Saúde, o município integra a Região Coração no DRS III de Araraquara (figura 1) sendo também referência para serviços de maior complexidade aos municípios vizinhos pertencentes a mesma região.



Figura 1 – DRS III – Araraquara

Por pertencer ao DRS III, o município está ainda inserido na Rede Regional de Atenção a Saúde - RRAS 13 no Estado de São Paulo (figura 2).



Figura 2 – RRAS 13

O município de São Carlos foi escolhido considerando índices de saúde preocupantes e também pela constituição de um grupo de Apoio Institucional.

Os indicadores de saúde mostram índices preocupantes o que impõe a necessidade de ações na rede de serviços capazes de enfrentar tais problemáticas, como o caso de sífilis em gestantes e a sífilis congênita mostrado nas tabelas abaixo:

**Tabela 1 - Casos (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico.**

Sífilis em gestantes	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Casos	25	37	26	34	47	36

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

**Tabela 2 - Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico.**

Sífilis congênita em menores de 1 ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Casos	6	9	12	21	30	20

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

Ao compararmos as duas tabelas é possível perceber que das gestantes com diagnóstico de sífilis, muitas crianças nasceram com sífilis congênita, o que nos faz questionar quanto ao tratamento durante a gravidez.

Principalmente se compararmos com a tabela 3 onde mostra que quase 90% das gestantes do município fizeram sete ou mais consultas de Pré-Natal, acima da média do estado. Desta forma há de se questionar acerca da qualidade do pré natal que está sendo ofertado na AB.

**Tabela 3 - Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %) por ano**

Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %)	2011	2012	2013	2014	2015
Município	87,72	84,71	83,00	86,39	89,20
Estado	78,33	76,21	76,64	76,69	77,77

Fonte: SEADE

Da mesma forma é oportuno também pensar acerca dos índices de mortalidade infantil, que mostram taxas elevadas, considerando que o município já chegou a patamares bem menores, como em 2010 e principalmente em 2008 com taxa de 7,07 (SEADE, 2016).

**Tabela 4 - Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos) por ano**

Taxa de mortalidade infantil	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Município</b>	7,45	11,39	9,53	9,03	12,64	9,77
<b>Estado</b>		11,55	11,48	11,47	11,43	10,66

Fonte: SEADE

Se as mães estão fazendo consulta de pré-natal, onde estão as deficiências para termos casos de sífilis materna e congênita e também de mortalidade infantil nesses patamares? Seriam capacidades técnicas dos trabalhadores? As práticas dos profissionais? São questionamentos que devem ser colocados em análise, considerando que o município possui boa infraestrutura urbana com coleta de lixo, esgoto sanitário, educação, entre inúmeros outros benefícios e que possui também capacitações constantes de profissionais. Somente as capacitações seriam suficientes para mudança de prática dos profissionais? Ou deveria haver incorporação de processos de análises reflexivas sobre os fazeres?

É possível inferir inclusive que quando há propostas de investimentos em políticas públicas que sustentam a qualidade da atenção, com olhar para os processos de trabalho das equipes e que proporcionam condições de trabalho aos profissionais, o resultado se reflete em melhores indicadores de saúde e melhor qualidade de vida para a população. Porém quando há escassez de recursos e desinvestimentos em políticas públicas adequadas pode haver um retrocesso, com interferência na qualidade dos serviços com mortes e sofrimento e é importante pensar que o apoio institucional é uma política pública que pode ter impacto nesta perspectiva.

O cenário nacional anuncia tempos sombrios para a sustentação do SUS, pois os governos nas três esferas de governo são a favor do SUS mas não assumem sua implementação como projeto prioritário, público e universal de saúde, em todo o território do país e para toda sua população. A ausência ou diminuição de recursos em políticas sociais provoca dor e sofrimento às pessoas, e se faz necessário olhar para isso e se contrapor, resistir ao desmonte que tem sido imperioso, e localmente fortalecer movimentos de cuidar e fazer

funcionar os serviços, de provocar mudanças no interior das equipes como modo de sustentação do SUS. O apoio institucional pode ser um aliado nesta batalha.

Outro motivo da escolha do Município de São Carlos para a presente pesquisa foi a constituição mais recente de um Grupo de Apoio Institucional, no ano de 2015, para contribuir com as equipes da Atenção Básica em seus processos de trabalho, com reflexão de suas práticas e incentivar a autonomia dos trabalhadores em produzir cuidado qualificado e integral de forma articulada, fortalecendo as redes de saúde.

A primeira experiência de apoio institucional foi em 2008, a partir de uma demanda da gestão municipal que solicitou uma intervenção em 2 UBS para minimizar as reclamações de usuários daquelas unidades. A gestão da SMS então optou por experimentar algo inovador na época para o município, orientado pela PNH. A partir disso foi constituído um grupo de trabalho composto por profissionais da rede que ocupavam algum cargo de gestão nos territórios, pela própria gestão da AB e por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar. Esse grupo trabalhou com as duas equipes por vários meses, intercalando espaços de EPS juntamente com a gestão da SMS e com apoiador externo financiado pela própria gestão. Esta pesquisadora e outro membro do atual grupo de apoio fizeram parte daquele trabalho, que foi encerrado após a mudança da gestão no ano de 2009.

O início das intervenções provocou muita resistência e descontentamentos no interior das equipes, considerando que as ações interferiram na zona de conforto de inúmeros profissionais, já acostumados a um certo modo rotineiro de trabalho com pouca reflexão ou análise sobre as práticas.

Após vários meses foi possível avaliar certas mudanças ocorridas nas equipes, após realocação de profissionais, reorganização do trabalho, reflexão sobre as práticas e criação de novos modos de cuidado, e com isso as reclamações dos usuários daqueles territórios já não eram tão frequentes.

Porém, aquele processo foi permeado também por diversos conflitos no coletivo de apoiadores, com certa disputa de poderes e saberes, e hoje revisitando a experiência anterior pode se dizer que faltou, naquele momento, colocar em análise a turbulência instalada tanto dentro das equipes como no grupo de apoio.

### **3.4 Participantes da Pesquisa**

#### **3.4.1 Critérios de seleção e caracterização dos sujeitos**

Exceto a pesquisadora que faz parte do grupo de apoio, foram selecionados todos os demais apoiadores (oito), que assumiram esta função desde fevereiro de 2015, que se mantiveram ou se inseriram no grupo posteriormente e que desejaram participar da pesquisa.

De todos os apoiadores convidados 2 não participaram em virtude de férias regulamentares, sendo este um dos critérios de seleção.

O grupo de apoiadores participantes da pesquisa é formado em sua maioria por pessoas do sexo feminino, sendo um deles do sexo masculino com idades entre 34 e 59 anos.

Em relação a formação, dos seis participantes da pesquisa, todos possuem nível superior, com mais de 10 anos de formação, apesar de um apoiador exercer uma função de nível médio atualmente. Quatro deles são dentistas, um terapeuta ocupacional e um psicólogo. Com exceção de um, os outros possuem especialização na área da saúde, sendo três com mestrado profissional.

No que se refere ao tempo de atuação no serviço público, apenas dois tem sete anos, os demais possuem mais de doze anos como profissionais na Rede.

Vale ressaltar que de todos os sujeitos desse grupo, nenhum deles tem experiência como apoiador institucional, sendo esta a primeira aproximação com a função.

Participaram da pesquisa também trabalhadora das três unidades que receberam apoio, que foram definidos pela própria equipe e que aceitaram participar da pesquisa. Foram convidados um profissional de nível superior e dois de nível médio de cada Unidade, entendendo que esta proporcionalidade pudesse ser mais representativa na real composição das equipes de saúde a considerar os profissionais de nível superior e os de nível médio, totalizando nove trabalhadores.

Não foi possível a composição inicial desse grupo, nove ao todo, em virtude de dificuldades operacionais das unidades, desta forma participaram da pesquisa sete pessoas, sendo duas de nível superior e cinco de nível médio.

Esse grupo foi composto exclusivamente por mulheres na faixa etária entre 27 e 48 anos prevalecendo a faixa entre 40 e 50 anos.

No que se refere a área de atuação com exceção de uma agente comunitária de saúde, as demais são da área de enfermagem, sendo duas enfermeiras com especialização, três técnicas e uma auxiliar de enfermagem.

Vale destacar que das cinco profissionais com atuação como profissional de nível médio, na rede de saúde do município, três delas possuem formação superior com especialização.



Todos os participantes foram contatados pessoalmente pela pesquisadora e o convite foi reforçado por telefone ou e-mail.

### **3.5 Produção das informações e instrumentos utilizados**

Para essa construção foi utilizada a técnica de Grupo Focal (GF) também denominada de entrevista grupal, que tem sido muito utilizada em pesquisa qualitativa, pois os participantes dialogam sobre um tema em particular recebendo estímulo para o debate. Esse estímulo é provocado por um coordenador, que atua no grupo redirecionando a discussão, caso haja dispersão ou desvio do tema pesquisado, sem, no entanto, interromper bruscamente a interação entre os participantes. Segundo Minayo (2013) faz parte do papel do coordenador manter a discussão acesa, encorajando a palavra de cada um, evitar dispersão do tema e monitorar o ritmo do grupo.

A utilização dessa técnica é justificada pela possibilidade de emergir diferentes pontos de vista sobre o tema, apreender singularidades e propiciar interação grupal. O processo de interação favorece trocas, descoberta e participações comprometidas além da descontração visto que os participantes respondem as questões em grupo e não individualmente. Segundo Ressel et al (2008), esta técnica favorece novas ideias e oportuniza interpretação de valores, conceitos, conflitos e ainda possibilita entender o estreitamento em relação ao tema no cotidiano.

Os grupos focais foram realizados após 6 meses do início das atividades dos apoiadores nas Unidades e dividido em 2 etapas:

1ª etapa (GF1): Grupo focal exclusivamente com apoiadores para que pudessem dialogar sobre estratégias utilizadas junto às equipes, percepções, desafios e possíveis mudanças nas práticas dos trabalhadores após ações de apoio.

2ª etapa (GF2): Grupo focal com os trabalhadores das equipes apoiadas para que dialogassem sobre suas percepções acerca da função apoio e as transformações de suas práticas no cotidiano do serviço.

Essas etapas da pesquisa foram realizadas fora do ambiente laboral, pois foi utilizada uma sala no Centro de Especialidades Odontológicas do município, rotineiramente usada para reuniões, oficinas de trabalho, capacitações dos profissionais da área da saúde, e também utilizada para os encontros dos apoiadores para discussão e reflexão acerca do desenvolvimento da função apoio nos espaços de atuação. O local foi escolhido por ser de fácil acesso, protegido de ruídos e interrupções externas.

A acomodação de ambos os grupos foi disposta em roda em cadeiras móveis, para que todos pudessem interagir. Após consentimento de todos os diálogos foram gravados com instrumento de áudio visando análise posterior.

Antes do início dos diálogos foi utilizado um instrumento de identificação pessoal com o objetivo de obter informações referentes a idade, sexo, nível de escolaridade, religião, ocupação no universo estudado, para construção da caracterização de cada grupo (Apêndice A). Também foram usados instrumentos distintos para cada grupo visando colaborar na condução dos diálogos voltado ao tema proposto (Apêndice B e C).

Os dois grupos focais foram conduzidos por um mediador, tendo uma outra pessoa como observadora, pessoas externas ao serviço e com capacidade de condução de entrevistas grupais proposta por essa metodologia.

O GF1 foi coordenado por 2 pessoas conhecidas dos apoiadores que possuem uma certa aproximação com os mesmos, que no momento reafirmaram a proposta do encontro visto que já era de conhecimento de todos. A pesquisadora participou do GF de apoiadores não como participante da discussão, mas apenas como observadora, realizando anotações sobre a dinâmica do grupo, gestos e comportamentos.

Esse grupo com 6 participantes, teve momentos de reflexões por vezes profundas, mas também em certos instantes houve a monopolização da fala por alguns nas discussões, quando foi necessária intervenção das facilitadoras, para produzir a participação daqueles que se mantinham mais na escuta. Tais intervenções provocaram a inserção de todos acerca do tema proposto.

O GF2, constituído pelos trabalhadores, foi conduzido por uma coordenadora conhecida de alguns e uma relatora desconhecida de todos, que realizou o registro das reações e comportamentos dos participantes. A pesquisadora não participou desse grupo por entender que sua presença pudesse inibir a discussão, considerando relações prévias como apoiadora e gestora com os mesmos. O fato da coordenadora e relatora não terem aproximação com o grupo não gerou desconforto aos participantes. Mas foi necessária uma maior explicação sobre a atividade e a pesquisa em curso, reafirmado ainda a garantia do anonimato dos participantes e esclarecendo alguns questionamentos sobre a implicação da atividade no trabalho das equipes.

Pelo áudio produzido foi possível perceber um grupo bastante participativo, com exposição dos problemas e situações do cotidiano do trabalho, incluindo ainda algumas sugestões para solução dos mesmos, mas sempre dentro do tema proposto. Notou-se a necessidade de interferência da facilitadora em alguns momentos, quando todas falavam ao

mesmo tempo, ou até diante de certas falas monopolizando a discussão, mas nada tão intenso que pudesse prejudicar a atividade.

### **3.6 Processamento e análise das informações**

A análise dos dados na pesquisa de abordagem qualitativa requer a utilização de técnicas que possibilitem a apreensão do significado das mensagens escritas ou faladas. A Análise de Conteúdo é uma técnica bastante utilizada nas investigações qualitativas e foi escolhida para este trabalho.

A Análise de Conteúdo para Bardin citado por Minayo (2013) é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção destas mensagens (Minayo, 2013, p. 83).

Ao discutir os estudos de vários autores acerca da Análise de Conteúdo, Minayo (2007) refere que o conteúdo manifesto da mensagem não é o mais importante numa comunicação, mas sim o que ela expressa dentro de um contexto e de determinadas circunstâncias. Fala ainda da importância da compreensão dos conteúdos latentes, e que não se deve substituir a intuição e a busca do sentido das falas conforme a frase de Berelson citada por Bardin:

A Análise de Conteúdo como método não possui qualidades mágicas e raramente se retira mais do que nela se investe e algumas vezes se retira menos. No final das contas nada há que substitua as idéias brilhantes. (Minayo, 2007, p.306)

Segundo os autores pesquisados essa técnica além da função de verificação de hipóteses e ou questões, tem função também de descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos. Desta forma essa investigação possibilitou também apreender nas falas dos participantes, o que está envolto nos espaços que ocupam e suas implicações seja com o coletivo do trabalho, a secretaria municipal de saúde e o próprio SUS, como instituição maior.

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo optou-se pela análise temática, também chamada por alguns de categorial temática, uma forma mais simples e mais comumente utilizada em pesquisas de abordagem qualitativa. Foram construídas as categorias conforme os temas emergiram do texto, agrupando-os de acordo com o que tinham em comum, e também aqueles que surgiram de forma diferente em ambos os grupos.

Segundo Bardin (1979, p.105) “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Para Minayo (2007, p. 316), “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado” (grifos da autora).

Ainda de acordo com a mesma autora, operacionalmente, a análise temática ocorre em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Considerando tais pressupostos sustenta-se que a técnica de análise temática foi suficiente para o alcance do objetivo proposto na pesquisa.

O material dos grupos focais foi transcrito na íntegra e após a leitura exaustiva buscou-se a identificação dos temas significativos a partir das *unidades de registro*, que se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem e das *unidades de contexto*, uma referência mais ampla da comunicação, ou seja, a compreensão do contexto da mensagem, conforme construído nos Apêndices E e F.

### **3.7 Aspectos éticos da pesquisa**

Por se tratar de um estudo com seres humanos o trabalho seguiu as recomendações vigentes e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSCar. Aprovado em 01 de junho de 2016 com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 52727215.3.0000.5504 e com parecer nº 1.569.311 (Anexo A). A população de estudo que aceitou participar da pesquisa, assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após informação sobre a justificativa, objetivos do estudo, riscos e benefícios (Apêndice D), tendo sido disponibilizado uma cópia para cada participante e outra para a pesquisadora.

Também foi solicitado aos participantes a autorização do uso de áudio e a transcrição por terceiros. As gravações com os dados foram usadas exclusivamente para desenvolvimento da análise da pesquisa e poderão ser utilizadas posteriormente para publicação de artigos científicos.

Considerando que a pesquisa foi realizada junto aos profissionais das equipes e apoiadores, todos eles trabalhadores da Rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Carlos, o estudo foi também submetido a apreciação da Diretora

do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) e teve parecer favorável para realização do mesmo (Anexo B).

#### **4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

Para iniciar a discussão e análise de alguns dados obtidos até o momento, é importante incluir informações sucintas sobre o início e o caminhar do grupo de apoio até a realização das entrevistas nos grupos focais.

A constituição do grupo de apoio se iniciou no primeiro semestre de 2015 conforme descrito anteriormente, composto por profissionais da rede indicados pela gestora da Atenção Básica e por esta pesquisadora que já atuava como articuladora de Educação Permanente em Saúde e apoiadora da Humanização pelo município no DRS III. Esta instituição também vinha construindo junto com esses articuladores da região um desenho de apoio institucional na perspectiva de contribuir com a ampliação da capacidade dos profissionais frente ao cuidado e fortalecer as ações no interior das equipes dos municípios pertencentes a esta regional.

A indicação dos apoiadores foi baseada em determinados aspectos que se imaginavam importantes para o desenvolvimento daquilo que se pensava ser a função apoio, pessoas que tinham aproximação com as Políticas Públicas, diretrizes do SUS, experiência em condução de grupos, formação em EPS, entre outras apropriações também entendidas como importantes para o trabalho com o método.

Essa foi a forma encontrada naquele momento para a composição do grupo de apoiadores, visto que não havia e ainda não há, a inserção do apoio institucional no organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Para a constituição deste grupo foi necessário convidar profissionais da própria Rede de Saúde e particularmente da Atenção Básica pois este seria posteriormente o cenário de atuação dos apoiadores.

Mas é necessário refletir e analisar se o convite à participação é ou não um processo adequado para a constituição de um grupo de apoio institucional. Talvez fosse muito diferente se houvesse uma oferta da gestão para que os trabalhadores se candidatassem a ocupar esse espaço, pois os candidatos poderiam ser pessoas diferentes daquelas convidadas inicialmente. Da mesma forma, o processo poderia ser diferente se houvesse eleição, ou concurso público voltado a apoiadores ou até mesmo contratação de serviço externo para desenvolver a função apoio junto ao município.

São questões que merecem análise, pois o processo utilizado para a constituição de um grupo de apoio pode determinar o trabalho destes profissionais junto as equipes e as redes de atenção. O encontro entre o chamamento para a função e o modo de se colocar neste espaço parece também conformar o trabalho do apoiador. A maneira como se coloca o corpo neste lugar, como se permite entrar nesse espaço está relacionado com a implicação que o sujeito tem com o tema e com a função a ser desempenhada.

De qualquer modo aquela foi a maneira encontrada naquele momento para constituir o grupo e para apresentar o trabalho do apoio foi realizado um encontro com a gestão da SMS e também com as gestoras das Regionais de Saúde para discussão sobre o apoio institucional, inserção do grupo nas equipes, o que, onde, e de que forma apoiar, entre outros assuntos que permearam tal encontro.

Durante o ano de 2015 o grupo se reunia semanalmente no período da tarde por solicitação da gestão que considerava que a falta do profissional em sua equipe por maior tempo poderia trazer prejuízos ao trabalho na unidade.

Diante disso surgiram algumas questões dentro do grupo:

*A gestão entende que estamos contribuindo com o trabalho da gestão também?*

*Há uma compreensão de que o apoio a qualquer equipe pode contribuir com o serviço da rede?*

Mas de um certo modo o tema apoio institucional já estava sendo lançado aos profissionais, principalmente dentro das equipes dos próprios apoiadores por ter sido colocado em pauta a reflexão dos pares acerca da saída rotineira deste membro para tal função. O assunto já se fazia presente mesmo com dúvidas que pairavam sobre o tema.

No mesmo ano ocorreu uma mudança na diretoria da SMS, também alterações na equipe de gestão nesse período, e ainda a saída de alguns membros do grupo de apoio e inclusão de outros, o que poderia trazer alguma dificuldade para a produção do coletivo. Mas mesmo diante desta possibilidade, com algumas fragilidades o grupo se recompôs e iniciou as atividades mesmo não sendo formalmente constituído no organograma ou por meio de portaria, mas por acreditar na proposta que pode ser concretizada, mantendo a persistência e propiciando espaço para desenvolvimento coletivo do processo de apoio. Cabe aqui uma reflexão e uma análise quanto a saída de vários apoiadores do grupo se for pensado na perspectiva de pertencimento, de implicação com o trabalho de apoio. Estariam esses trabalhadores implicados o suficiente para entrarem neste espaço e se conformarem como apoiadores institucionais? Talvez o chamamento por meio de um convite não tenha sido o

bastante para a nomeação de apoiador, conforme analisado em parágrafos anteriores (MONCEAU, 2008).

Mas mesmo com a alteração da composição inicial e para dar maior visibilidade e propriedade a este colegiado, foi solicitado apoio a alguns profissionais da Universidade (UFSCar) e do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ – SUS/DRSIII), que estavam trabalhando entre outras coisas, com o desenvolvimento de um projeto de pesquisa do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), tendo como tema a cogestão, o acolhimento e o apoio institucional, importantes assuntos para o trabalho do grupo. Assim a presença desses profissionais nos encontros posteriores, trouxeram inúmeras reflexões sobre pactuações, indicadores, dispositivos para acolhimento, e também para o fortalecimento das redes em busca do cuidado integral, proporcionando maior apropriação para inserção nas equipes proposto no PPA.

Os apoiadores se constituíram em subgrupos, para atuação junto as Unidades, porém após o início, uma das equipes, que já havia recebido intervenções na experiência anterior no ano de 2008, se recusou a receber o apoio, o que levou o grupo a rediscutir e propor uma nova equipe para a inserção dos apoiadores. A recusa da equipe foi de uma certa forma frustrante aos profissionais que iriam contribuir com apoio, mas tanto a frustração quanto a recusa foram matéria de análise do coletivo de apoiadores. A resistência da equipe pode ter ocorrido em virtude da experiência anterior desconfortável, imposta pela gestão, que os colocava num lugar de equipe problemática e talvez a forma de proteção foi a recusa. E a frustração se apresentou com uma perspectiva de rejeição daqueles apoiadores pela equipe porém levou o grupo a inferir que o apoio não deva ser imposto mas ofertado porém é importante também analisar a origem e a proposta da demanda e da encomenda.

Os encontros com as equipes, em geral aconteciam quinzenalmente ou mensalmente, durante 6 meses, sendo esses intercalados com encontros entre apoiadores e os apoiadores externos.

Durante a audição dos grupos focais e também a leitura do material foi possível perceber a riqueza do que havia em mãos, fragmentos que evidenciam diferentes olhares para um mesmo foco, os sentimentos envolvidos, os prazeres e dissabores, e os diversos saberes.

Seguir o rigor científico na metodologia não foi tarefa fácil, mas foi possível extrair do texto os fragmentos que mostraram maior relevância para a construção das categorias empíricas e dos temas para análise. Realizado destaque de inúmeros fragmentos que foram semelhantes em ambos os grupos, ou que emergiram em apenas um deles.

Para discussão do que foi percebido inicialmente identificou-se 3 temas que emergiram das falas dos participantes: Gestão, Apoio Institucional e Redes. Para identificar as percepções e olhares de cada grupo foram inseridas em suas falas as legendas (GFA) para apoiadores e (GFT) para trabalhadores.

### **Tema 1 – Gestão: distanciamento da atenção e do apoio institucional. Possibilidades de aproximação?**

Importante acrescentar que durante o desenvolvimento desta pesquisa a gestão da Secretaria Municipal de Saúde foi conduzida por cinco gestores diferentes, sendo que quatro alterações ocorreram em pouco mais de dois anos do início da gestão municipal. Da mesma forma os gestores dos territórios denominados Regionais de Saúde assim como todos os departamentos inseridos no organograma da SMS também tiveram modificações em suas gerências.

Nesse cenário de constantes alterações, a implantação do grupo de apoio institucional encontrou inúmeras dificuldades, visto que apenas a gestão inicial da Atenção Básica apostava nesse dispositivo e desta forma o apoio era visto como desacreditado talvez pelo desconhecimento por parte da gestão.

A análise realizada neste contexto traz as percepções dos trabalhadores e apoiadores referentes ao que entendem por gestão e também em relação ao modo de gerir da própria Secretaria de Saúde.

Percebe-se na fala dos trabalhadores certo grau de distanciamento da gestão com as equipes e uma sentimento até de isolamento, e de um certo modo entendem que o apoio poderia trazer uma articulação e uma aproximação com a gestão.

Eu também acho que quando a gestão não vem de cima para baixo, consegue conversar em um patamar com a equipe. ... e a gestão está bem distante da nossa realidade vivenciada no dia a dia.

Porque ficamos no nosso mundo Achamos que seria (o grupo de apoio) uma ponte nossa para a gestão, que não conseguimos ter esse diálogo (GFT)

Da mesma forma nota-se na fala do grupo de apoiadores a sensação de falta de proximidade com a gestão o que nos faz pensar na busca da PNH em “transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas”.



Eu acho que a gente está trabalhando bem paralelo com a gestão. A gente está indo para um lado, enquanto a gestão está indo para outro. (GFA)

Assim também, a busca do apoio institucional é a aproximação entre gestão e atenção, na tentativa de envolver todos os setores no cotidiano das práticas, considerando a dissociabilidade entre gestão e atenção.

E como a gente está assim, nem a gente e nem a gestão está fazendo nenhum movimento no sentido de a gestão vir falar: “ah, que bacana, vocês estão há tantos meses, e aí? Qual a avaliação de vocês?” e tudo mais. Não teve. Porque se a gestão está alinhada e estão sabendo qual é o objetivo do apoio, que tem grupo de apoio institucional no seu município, se eu sou diretor ou coordenador disso tudo, eu vou precisar saber como é que está indo depois de alguns meses.[...]. Mas a gente podia ter chamado e falado. A gente achou que talvez não fosse o momento também, porque está tudo tão assim, vai chamar eles aqui para falar o que também? Então, não teve uma construção.

E eu acho que está difícil aqui assim. Se a gestão se posicionasse claramente, daí eu teria mais condições também de me posicionar, mas ela não se posiciona. (GFA)

Considerando que a constituição do apoio institucional no município foi proposto por gestores anteriores à gestão atual, contido em documento construído também em outra gestão, e há percepções nos grupos acerca do distanciamento da equipe gestora, nota-se que não há nenhum movimento nem da gestão e nem do grupo de apoio para aproximação e diálogo, nem tão pouco interesse na avaliação dos processos pela equipe gestora contrariando as propostas da PNH.

Mas essa situação também nos faz pensar que o apoiador tem o objetivo de criar espaços de diálogos, entre todas as instâncias no interior da organização e colocar em análise os processos de trabalho e também os modos de gestão. Mas o cenário parece não se apresentar favorável para essa proposta e desta forma permanecem paralisados diante da situação, mesmo com a compreensão da necessidade de aproximação conforme destacado no trecho abaixo:

Eu acho que um desafio do grupo seria esse alinhamento da gestão, mas eu acho que falta para o grupo se fortalecer. Acreditar na proposta – não que não acredite – mas de autonomia mesmo de conduzir, de levar isso: “oh, é assim que estamos fazendo. É assim que nós trabalhamos. Com base nisso, nisso e nisto. De acordo com tal plano que foi estabelecido no município”, sabe? Situar a gestão daquilo que é o apoio. (GFA)

Importante fazer uma reflexão quanto a esta inércia dos apoiadores, a falta de movimento em direção a gestão, considerando também que as equipes esperam que os apoiadores possam ser uma “ponte” entre equipes e gestão. O desafio de aproximação e

envolvimento com os sujeitos atuantes em cargos de gestão deve ser ultrapassado, buscando o surgimento de novos sujeitos corresponsáveis com a produção de saúde e colocando também a gestão em análise. O apoio como dispositivo contribui para desnudar a trama entre relações verticais e autonomia, traz a tona as dimensões do trabalho, o que pode trazer desconfortos, porém estes também podem ser analisados.

A ausência de conexão entre apoio e gestão parece estar visível aos olhos dos trabalhadores, pois surge na fala de um deles:

Mas também eles precisam ter o apoio da gestão para fazer isso (GFT).

Porém é preciso refletir e colocar em análise qual o modelo de gestão em que estamos inseridos. Se há vontade política em colocar o SUS como projeto prioritário para produzir mais e melhor saúde, a aproximação do apoio com a gestão até seria produtiva, no sentido de trocas e construções para produzir junto à gestão superior e as equipes de atenção novas formas de cuidado e de gestão do trabalho. Porém as gerências verticalizadas e autoritárias imprimem um modo outro de gerir, de mando e de imposições. Neste sentido, a distância com a equipe gestora pode ser benéfica, e abrir possibilidades para que os apoiadores possam colocar os coletivos em análise e provocar construções inventivas e criativas para ofertar cuidado, e não serem olhados ou se perceberem como apoiadores de uma gestão desalinhada com as políticas do SUS. Entende-se que a proximidade com gestões mais liberais pode ser produtiva pois pode haver possibilidades de diálogo para problematizar inclusive a própria gestão. Porém essa não foi uma possibilidade durante o período de desenvolvimento das ações dos apoiadores, pois se percebe que o poder de decisão se manteve nos cargos mais altos de gestão.

Ao mesmo tempo em que os trabalhadores percebem a distância entre gestão e apoio institucional, há uma contradição no olhar das equipes quando interpretam que os apoiadores são parte da gestão e que estão inseridos naquele espaço como fiscalizadores do trabalho deles:

Eles estão infiltrados.... espiões. (GFT)

Essa falsa impressão fiscalizatória parece surgir também na percepção dos apoiadores quando iniciaram a inserção nas equipes, e que a presença deles parece provocar uma certa inércia nos trabalhadores.

E aí assim, quando a gente chega, fica aquela coisa de ou que vocês também estavam numa posição hierárquica, de mando de alguma coisa, ou de que você está lá para olhar, investigar e passar para a gestão e aí as coisas não andam.

Eu acho que a gente chega lá (na equipe) parece que olha assim, ressabiado, parece que a gente é um ET. E não conhece mesmo isso de apoio. A gente leva, explica, mas parece que eles não tem aquela vontade de fazer o movimento acontecer, entendeu? Uma certa resistência. Uma resistência do novo (GFA).

### Resistência..... Por que? A que? A quem?

Eu também me preocupo muito com a questão de que também é funcionário,[...], isso me incomoda.

Mas me causa desconforto por ser a mesma rede, ser trabalhador.

Me sinto desconfortável as vezes, de colocar algumas questões mais pessoais. Porque o outro também está na rede.

Eu acho que a equipe não fica a vontade para expor.... porque querendo ou não a reunião é o momento que temos para discutir os nossos problemas. (GFT)

É possível inferir nos olhares dos trabalhadores que o fato do apoiador ser profissional da mesma rede gera incômodos e desconfortos. Seria esse apoiador um “leva e traz” (grifo da pesquisadora), que poderia reproduzir o vivenciado nas equipes para outros espaços, para o interior de sua própria equipe de trabalho, por exemplo, ou para a gestão? Mas de acordo com Campos (2007, p 29) “o vínculo é confiança e desconfiança ao mesmo tempo”.

Dentro das equipes existem aqueles que não se sentem confortáveis, que a presença dos apoiadores da rede gera desconfiança, mas ao mesmo tempo há trabalhadores ou equipes que verbalizam a confiança.

Mas elas sempre deixaram muito claro que não haveria nenhum prejuízo, não iriam prejudicar ninguém. No sentido de levar problemas pessoais da unidade para outros lugares

Na nossa unidade, pelo menos eu, senti essa confiabilidade. Porque haveria um sigilo. O que foi comentado ali, ficaria ali. Eu senti essa confiança.

Foi exatamente isso, Então para a gente, isso gerou uma segurança. Então nesse sentido, nos ajudou bastante. (GFT)

E então surgem algumas questões: Uma rede que possui apoiadores da própria rede pode provocar a desconfiança das equipes? De onde deve vir esse apoiador? De dentro? De fora? Mas de dentro ou de fora de onde?

Parece que para alguns trabalhadores os apoiadores deveriam ser externos a instituição, porém se há vínculo e confiabilidade, o que deve ser construído durante a função apoio, tais figuras podem ser de qualquer espaço mesmo de dentro da própria rede.

Os fragmentos aqui discutidos nos fazem pensar que as dificuldades enfrentadas pelos apoiadores trazem um olhar sobre as estratégias que podem ser utilizadas na função apoio e que vão sendo construídas em seu próprio processo de trabalho. Podemos

perceber que uma ferramenta importante para o apoiador é a negociação do sigilo com a equipe, ou seja, o que é discutido entre trabalhadores e apoiadores não será levado para outro espaço, ou para a gestão e o inverso também é verdadeiro. Essa negociação deve estar no pacto inicial entre o apoiador e equipe e entre apoiador e gestor.

Esta pactuação parece também ser interessante para uma outra reflexão: o quanto esse apoiador é de “fora-dentro”, de fora da equipe mas de dentro da própria rede, ou até mesmo de fora da rede. Pois talvez seja mais significativo para o trabalho do apoio ele ser alguém que consegue, a partir de um olhar mais isento, questionar a equipe, pois justamente ele é isento daquele processo e pode ser reconhecido pela equipe como um sujeito que ocupa aquele espaço para apoiar o serviço. Porém, pode criar mecanismos de resistência, de uma certa rejeição por parte dos trabalhadores, quando a equipe não legitima aquele apoiador.

Na bibliografia consultada como a de Pinheiro (2014) que aborda muitas experiências de apoio institucional, há municípios que possuem no organograma o cargo de apoiador institucional inseridos inclusive por meio de concurso público, o que não é o caso do município estudado. E também instituições que além da inserção de figuras externas, integram também aos grupos de apoio pessoas com cargo de gerência quer seja da gestão da Saúde do Município como das equipes de atenção conforme referido.

Mas de onde quer que venha o apoiador ele carrega consigo suas histórias, perspectivas e representações. O grupo de apoiadores aqui estudado é formado por profissionais de diversas áreas do conhecimento, assim enquanto apoiador de uma equipe, cada um carrega também seu núcleo de saber, sua configuração enquanto pessoa e profissional. O núcleo do saber pode ter algum desdobramento durante a função apoio, mas não há de se negar ou neutralizar essas questões, mas sim clarear e colocar em análise o que cada um carrega de si.

De forma semelhante, temos duas apoiadoras que são também profissionais de uma unidade apoiada, porém o grupo de apoio entendeu que deveriam apoiar uma equipe diferente da sua, e receber a função apoio como trabalhadoras da unidade de atuação. Contudo nada impede que sejam apoiadoras de suas próprias equipes, pelo contrário, acredita-se que diante de todas as discussões desse coletivo, e conforme Campos (2007, 2015), os apoiadores enquanto profissionais da rede podem proporcionar a construção de espaços coletivos e de cogestão no interior das equipes a que pertencem, e inserir os usuários e outros trabalhadores nas discussões configurando desse modo a gestão participativa. Assim, os profissionais que tem a função de apoio institucional contribuem nos seus espaços de trabalho levando consigo ferramentas e estratégias do papel que também desempenham em outros espaços.

É possível perceber não apenas no município em questão, mas de um modo geral, que os cargos mais elevados, denominados cargos de confiança que exercem atividades relacionadas a tomada de decisões, são geralmente ocupados por pessoas externas ao serviço público e mais comumente relacionado a questões político-partidárias. E na Saúde não é diferente. Nem sempre possuem total embasamento ou conhecimento técnico ou das políticas públicas que orientam o trabalho no SUS. E não raro as questões partidárias, interferem ou atravessam as produções das equipes. Pode-se dizer que é necessário tanto para os trabalhadores quanto para os apoiadores compreender e conhecer o projeto que orienta o trabalho da gestão, qual é o “norte”, ou quem sabe o “sul”, para que possam também colocar em análise as diversas facetas da gestão.

Eu acho que a potência do apoio está nessa questão de você poder escutar a demanda da instituição e poder problematizar com eles (equipe) as possibilidades que eles têm sem você vir impor uma nova prática que talvez não tenha nada a ver com a realidade deles, que é o que acontece nos processos de reorganização do trabalho, naqueles verticais. (GFA)

Entende-se que a aproximação dos apoiadores com a gestão possa também contribuir para compreensão e análise desse universo, e assim ofertar apoio ao trabalho no interior das equipes na construção de espaços democráticos que inclui o pensar e fazer coletivo. E de algum modo propor para a gestão outros modos de gerir o trabalho em saúde que garantam compartilhamento de poder e de decisão na condução de políticas públicas voltadas para o cuidado e atenção integral da população conforme sugere a PNH.

## **Tema 2 – Apoio Institucional: as dores e as delícias da função apoio**

Quando colocado em discussão no grupo de trabalhadores o conceito e função do Apoio Institucional a percepção inicial acerca da inserção dos apoiadores nas equipes se consolidam nas seguintes falas:

Eu acho que no momento, o problema que temos é falta de funcionário e material. E estamos em um déficit de funcionário, principalmente administrativo. Então, para nós, a primeiro momento, esperávamos que fossem ajudar entendeu? Que é onde está “pegando”.  
Dá pra colocar uma porta aqui, que vai me ajudar tanto no meu dia a dia. ... para a equipe, a porta fazia toda diferença.(GFT)

Esta percepção dos trabalhadores parece ter sido entendida também pelos apoiadores.

...então a gente vai lá para propor pensar e aumentar a capacidade das pessoas de analisar e intervir sobre a realidade delas. E como a gente vai estar fazendo isso com elas, sendo que elas estão esperando o contrário? Que alguém que chegue e dê um jeito nos materiais que estão faltando (GFA).

Os fragmentos das falas dos trabalhadores nos remetem a pensar que num primeiro momento a função de apoiador é entendida como apoio as necessidades perceptíveis, visíveis e imediatas, como a falta de funcionário e necessidade de material. Tais fragmentos incitam que a percepção seria resolver os problemas das equipes e para elas, aquilo que elas enquanto equipe não conseguem solucionar.

Eu acredito que, a primeiro momento, não sabíamos como funcionava (o apoio). Para o que estava vindo e como ia. Iriam ter essa visualização, vivência para poder ajudar. Aí vimos que não funciona como pensávamos.  
A gente entendeu que não era a proposta, resolver os problemas para nós.  
É... Não sei, talvez as vezes, a gente interpretou erroneamente, o que seria o apoiador, que esperamos.  
Eu já entendi o apoiador como aquela pessoa que veio para fazer uma escuta da equipe, identificar processo de trabalho local, trabalhar o que tem de crítico. (GFT)

Numa primeira aproximação com as unidades a função parece surgir com um sentido com resolução de problemas pontuais, porém com novos encontros nas equipes a percepção dos trabalhadores foi se transformando até numa conceituação mais próxima sobre o tema.

Talvez seja relevante os apoiadores fazerem uma discussão e uma análise acerca dessa demanda advinda das equipes, pois podem não perceberem que a falta de material e funcionário também é importante para os trabalhadores assim como outras coisas. Portanto é possível pensar que como o apoiador foi colocado no interior das equipes pela gestão como uma estratégia, várias questões devem ser negociadas com a gestão. Uma delas seria os caminhos a seguir para as demandas de materiais vindas da equipe, como se dará a resolução para tais problemas, pois elas também são importantes. A informação de que falta de governabilidade para resolução de determinados problemas, ou que esses não são de competência dos apoiadores, pode criar barreiras entre as partes e o apoio cair em descrédito.

Mas conforme os encontros foram acontecendo outros sentimentos foram sendo incorporados ao que os trabalhadores pensam ter na relação entre apoiador e equipe.

Eu acho que a relação tem de ser de confiança, de vínculo.  
Tem de ter vínculo. Quando eu tenho vínculo, com a equipe ou com o apoiador, verbalizo melhor.  
E quando falo o vínculo, é a confiança. ... Ter sigilo, neutralidade. .... Essa neutralidade para ter a confiabilidade. Eu acredito que isso seja muito importante. (GFT)

As falas dos trabalhadores remetem ao olhar de Campos (2007) quando menciona a circulação de afeto entre as pessoas, e esta relação afetiva pode contribuir com a organização dos grupos para solucionarem seus próprios problemas.

Faz-se necessário lembrar que a inserção do apoio institucional nessas três equipes não teve origem em uma encomenda dos trabalhadores, mas sim pela intenção de constituir um grupo de apoiadores e também por estar previsto no PPA onde foram elencadas as equipes a receberem apoio. A constituição do grupo de apoio foi proposta pensando em constituir coletivos organizados para repensar a gestão e o cuidado ofertado em uma rede já tão fragilizada, e o PPA foi construído por um grupo gerencial seguindo diretrizes do MS. Assim os trabalhadores não tiveram nenhuma participação em tais planejamentos, e nenhuma demanda para o grupo de apoio o que pode ter causado alguma resistência e estranhamento inicial. Pois talvez a percepção dos trabalhadores fosse de algo imposto pela gestão, de forma autoritária e verticalizada.

Esse estranhamento foi percebido pelo grupo pois a presença dos apoiadores parecia ser encarada como a existência de problemas dentro das equipes, com fragilidades ou reclamações, desta forma este foi o primeiro desafio encarado pelos apoiadores. Mas o processo de aproximação com a equipe foi feito de maneira lenta e progressiva, com transparência, explicitando a existência do grupo e a escolha pelas equipes a serem apoiadas, incluindo o uso de recursos áudio visuais com a finalidade de criação de vínculo e legitimidade dos apoiadores.

Neste contexto é importante trazer alguns conceitos da Análise Institucional como análise da encomenda, da demanda e da oferta, trazidos neste caso por Rossi e Passos (2014) em seus estudos baseados em Lourau (1975) e Barembliitt (1994).

Os autores referem que o passo inicial de uma intervenção é a *análise da encomenda* (grifos dos autores), a partir do pedido de uma organização. A demanda é gerada pela análise da encomenda e tem desdobramentos problemáticos, pois contém determinadas forças contidas no pedido. A avaliação crítica expõe as demandas de intervenção que não são espontâneas, mas produzidas previamente e no encontro analítico. Para evitar que a encomenda se torne o foco da intervenção, os autores sugerem identificar sua origem, se foram formuladas por membros de uma organização ou por dirigentes e se estes aceitam também ser alvo de análise.

Na continuidade desses estudos, em relação a *análise da oferta* (grifo dos autores), ela pode ser anterior ou se dar ao mesmo tempo que a análise da encomenda. Ela coloca em análise o próprio grupo-interventor, neste caso os apoiadores, como instituição que

propõe um serviço, com problematização dos modos de intervir para produzir as encomendas propostas.

Esses conceitos foram trazidos para discorrer sobre algumas resistências percebidas no interior das equipes durante a inserção dos apoiadores, e essa inserção também foi colocada em análise por alguns apoiadores durante os encontros iniciais. E assim com o desenrolar das atividades junto as equipes parece que as resistências foram sendo minimizadas e com isso pode se inferir que encomendas foram surgindo das equipes:

Eu acredito que o apoiador precisava vivenciar um período maior na unidade, isso até foi falado. Eles vão em período de reunião de equipe ... precisava vivenciar um cotidiano. Quando eu trago uma fala de uma ação, é completamente diferente da ação em si. Ver como a unidade funciona, qual o fluxo. Porque no dia a dia que você consegue perceber algumas coisas. E uma fala de uma atitude é muito diferente da atitude em si (GFT).

A fala não indica uma encomenda explícita, mas os fragmentos indicam que a presença dos apoiadores produzem interferências e assim os trabalhadores encomendam alguma coisa, uma vivência maior do cotidiano das equipes, uma maior aproximação, acompanhar a rotina do trabalho.

Talvez esse pedido tenha no fundo uma ou várias intenções e se faz necessário uma análise acerca desta demanda. O imaginário pode levar a pensar que a solicitação para que os apoiadores fiquem maior tempo junto a equipe seja para que compreendam as dificuldades que vivem no cotidiano, para dar veracidade ao que é dito aos apoiadores, para proporcionar maior vínculo, criar confiança, ou até mesmo para incorporar os apoiadores na equipe suprimindo a falta de pessoas. Muitas coisas podem estar ocultas nesse pedido.

Da mesma forma a presença dos apoiadores mais tempo junto a equipe pode ter potencialidades, pois diante do desconhecimento da rotina pode haver questionamentos sobre o cotidiano, que parecem ser tolos, porém para que a equipe possa dar respostas a tais questões há necessidade de algumas reflexões. Desta forma o conhecido e o desconhecido, assim como a aproximação e a não aproximação pode ter suas potencialidades para o desenvolvimento da função apoio junto aos trabalhadores.

Nessa releitura faz-se um questionamento: O Apoio Institucional produziu mudanças nas práticas das equipes? Concretamente talvez não, pois não houve intervenções, mas várias coisas foram produzidas e em roda, com interação entre os sujeitos. Falar de suas práticas, o que pensam sobre a função apoio, reconsideração sobre o conceito após outros encontros, encomendas para construção de elo das equipes com a gestão, conhecimento da



rede e maior aproximação com a rotina do trabalho. Nota-se que muita coisa é produzida na prática do apoio.

Essa encomenda de maior aproximação com a rotina de trabalho das equipes também foi uma necessidade para os apoiadores:

... e essa questão de estar indo sempre. Foi pouco tempo que a gente ficou e aí para estar discutindo com eles isso..

De poder, do jeito que se fala, de alguma abordagem (referindo a conflitos internos na equipe). Isso tinha um monte de coisa para ser trabalhada. Isso a gente apoiou algumas coisa, algumas falas, a gente foi apoiando. Acho que isso a gente consegue apoiar até mais, se a gente estiver mais lá próximo e tal. (GFA)

Nota-se que nos fragmentos de apoiadores há uma visão de que a inserção nas práticas cotidianas das equipes pode ampliar a atuação do apoiador. Mas voltando a uma questão anterior.... Como propiciar maior aproximação se o apoiador é da mesma rede de serviços? Como deixar sua equipe que também vivencia questões semelhantes e apoiar outra?

Aliás, nós ficamos lá só como observadores, porque não teve um tempo para a gente nem fazer nenhum trabalho (GFA).

Tal fragmento nos remete a pensar sobre a percepção do apoiador a respeito do seu próprio trabalho. O pouco tempo com as equipes fez com que não fosse realizada nenhuma intervenção. Mas há necessidade de intervenções constantes? Talvez seja equivocada a idéia de que intervir seja desenvolver alguma ação, ou fazer algo. As observações dos apoiadores no cotidiano das equipes, apenas a presença, podem ter interferências. Ou talvez a função dos apoiadores seja de facilitadores da identificação de nós críticos e construção de um plano de ação/intervenção que seja implementado pelos próprios trabalhadores.

A necessidade de maior apropriação dos conceitos e das práticas de apoio foi colocada para as equipes pelos apoiadores o que é verbalizado pelos trabalhadores no grupo focal.

Então, por ser uma coisa que está muito em construção, talvez quiseram, de repente, vivenciar mais, ouvir mais. Talvez pra tentar se entender nisso tudo. Ela (apoiadora) me disse: ...Estamos em construção, queremos ouvir muito de vocês (GFT).

A necessidade de maior aproximação com o método, seus conceitos, suas ferramentas para o trabalho na prática permanecia em constante discussão dentro do grupo de apoiadores.

A gente na verdade, estava se aproximando desse tema um pouco também de apoio que não era assim um tema próximo de todo mundo [.....] A gente estava numa discussão e num estudo. A gente fez uma época estudando sobre isso e tudo mais. Mas a gente não teria pernas para começar num lugar mais complicado e nem estávamos empoderados para isso. Talvez nem estejamos agora, tanto que a gente está solicitando o curso. Eu não me sinto empoderada para isso ainda (GFA).

Um dos referenciais teóricos para este estudo e também para o grupo de apoio institucional têm sido os trabalhos escritos por Campos (2007, 2015). O método descrito pelo autor, o Método da Roda, não é algo simples de ser seguido, traz elementos que parece produzir certa impotência para quem se dispõe a ser apoiador, como surge na fala “não me sinto empoderada para isso”. Nota-se portanto por parte dos apoiadores uma necessidade de maior apropriação dos conceitos e práticas para o apoio.

Diante do sentimento de fragilidade do grupo para a função apoio, foi proposto conjuntamente o aprofundamento teórico dessa função denominada pelo grupo como formação que ocorreu durante um período de 4 meses, de setembro a dezembro de 2016, com encontros quinzenais dos apoiadores com pesquisadores de instituições parceiras que possuem em suas trajetórias profissionais, trabalhos e pesquisas com inserção do apoio institucional também como tema ou ferramentas e estratégias utilizadas para a função apoio. Para tais encontros os pesquisadores eram convidados antecipadamente e eram sugeridos por eles alguns artigos deles próprios ou de outros autores para discussão em grupo. As discussões foram permeadas com discussões sobre a PNH como política, EPS, apoio institucional e cogestão, análise da implicação e intervenção oriundas da análise institucional. Em um dos encontros foi realizado um grupo operativo e a discussão sobre a utilização dessa ferramenta, com a presença do pesquisador francês Gilles Monceau que estava a trabalho no Brasil e honrou o grupo com sua presença. Nos encontros seguintes foram feitas reflexões sobre clínica ampliada, projeto terapêutico singular, apoio institucional com as teorias de Campos sobre o apoio paidéia também utilizadas neste trabalho.

Esse período que chamamos de formação foi como um elemento motivador para o grupo de apoiadores conforme as falas durante o Grupo Focal.

Acho que agora com nossas reuniões é que estamos nos fortalecendo um pouco. ..., estamos buscando formação, estamos buscando critérios tanto para quem vai ser, como para quem entra para o grupo, quem sai, quem fica, por que está nesse grupo. Então, acho que esse grupo ainda está se fortalecendo, acho que ele está se fundamentando teoricamente até para poder levar à frente.

Acho que aquilo que a (se referindo a colega) fala de ter que se apropriar de referenciais teóricos e das práticas possíveis de intervenção, eu acho que isso vai ajudar muito e vai enriquecer o grupo. Então, esse espaço acho que serve pra isso, para a gente se empoderar mais ainda das práticas que a gente precisa fazer para sermos apoiadores mesmo.

Esses espaços que buscam pensar nossas práticas e seus efeitos são acompanhados, como ditos anteriormente, por pesquisadora do CQD – DRSIII e da UFSCar que compõem uma espécie de “apoio do apoio”, que provocam reflexões e análises sobre o caminhar e o trabalho do grupo apoio.

Considerando essa questão de formação de apoiadores, é importante pensar o que a PNH propõe, pois nos processos de intervenção está inserido um processo de formação que se produz, e parece fundamental quando se propõe repensar e intervir nos processos de trabalho. Talvez essa seja uma estratégia para instruir pessoas a fazer o que não conseguem, no caso o apoio. E também para que gestores e trabalhadores compreendam a importância de repensar suas práticas, construindo espaços de cogestão e também afirmando a aplicabilidade do apoio institucional.

A formação pode se constituir num dispositivo para contribuir na construção de autonomia dos sujeitos envolvidos com a oferta de cuidados, para lidar com situações que permeiam a rotina do trabalho em saúde e ainda disparar mudanças efetivas no modo de produzir ações de saúde.

E nesse preparo, no curso, acho que a gente consegue construir alguma ferramenta, algum instrumento para facilitar o nosso acesso nas unidades.  
A gente teria que ter uma ferramenta. A prática eu acho que leva a gente a construir uma ferramenta para trabalhar esse apoio num primeiro momento.  
Eu acho que o nosso norte tem que ser o SUS mesmo, as diretrizes, eu acho que talvez a gente consiga trabalhar um pouco melhor nas equipes, pensando em SUS, e não em gestão (*do município*) (GFA).

Observa-se nos fragmentos das falas dos apoiadores a necessidade de apropriação de ferramentas para o trabalho como apoiador institucional. Ao mesmo tempo nota-se que nesses mesmos fragmentos já surgem propostas de ferramentas e estratégias, como a prática em serviço e o próprio SUS, ou seja, o conhecimento de seus princípios e diretrizes, assim como as políticas do MS.

Entende-se que as ferramentas e o trabalho dos apoiadores não pode ser igual para todas as equipes, pois as intervenções possíveis devem ser consideradas a partir do diagnóstico, das demandas e das peculiaridade de cada equipe ou território.

Nota-se que existem dois lados: a prática e a formação. Na prática é possível construir nossas próprias ferramentas, potencializando as propostas de produção de coletivos organizados para gestão do trabalho, em busca da integralidade da atenção, modos de corresponsabilidade com o cuidado, promovendo assim a autonomia dos sujeitos. E a

formação pode contribuir para aproximação com ferramentas formais já construídas, como a Educação Permanente em Saúde e a Análise Institucional.

Eu acho que a gente enquanto apoio a gente está lá para eles e para a gente. Então, para ajudar nessa questão de intervir na realidade, empoderar as pessoas, mesmo como sujeito de todos os processos, mas como sujeitos da própria vida, a gente e eles, porque eu acho que tudo é dialógico. [...] A gente está lá para apoiar e ser apoiado. [...] Então a gente tem que se ver também como ator desse processo. [...] Então acho que nós, enquanto apoio, o principal objetivo é estar lá para ajudar aquelas pessoas a se capacitarem mais, a se empoderarem mais, a se sentirem sujeitos desse processo verdadeiramente. (GFA)

Tal fragmento nos faz pensar no desafio da função apoio, num movimento de ir e vir, na posição de ser de fora mas estar dentro das equipes, contribuindo para constituição e a atuação dos sujeitos no mundo, construindo com os atores a produção de cuidado integral e qualificado, permeado por sensações, afetos e desafetos. Talvez esteja inserido aí as dores mas também as delícias da função apoio, em novas construções e produções e no acreditar que o Apoio Institucional é uma das estratégias que pode contribuir para a consolidação do SUS e ter um lugar para um projeto de saúde mais amplo e ético.

### **Tema 3 - Redes: Fragilidades, possíveis arranjos e pactos para (re)construção**

Nas falas dos grupos parece surgir a percepção de desarticulação da rede de saúde no município conforme os fragmentos apontados:

Mas eu vejo que a rede em si, no geral é completamente desarticulada. ... Eu acho a rede muito solta. [...] Eu nem sei o fluxo de nada (GFT).

Mas depois a gente entendeu que a gente começou a pensar em como estava essa rede, lembra que a gente falou que estava todo mundo fragilizado? [...] As pessoas não queriam nada e que a gente até esperava, entre aspas, algum movimento de resistência. Porque estava tudo muito solto e tudo muito desestruturado, pela nossa percepção (GFA).

Da mesma forma um ponto causador de muito desconforto nas equipes, foi um projeto de descentralização da Saúde Mental quando os casos leves e moderados da psiquiatria foram transferidos da atenção especializada para atendimento na Atenção Básica em seus territórios.

O CAPS pegou a psiquiatria .. e falou assim: “aqui está uma agenda completa”. Não falou paciente.... “O filho é seu, agora você vê o que você faz”.

Tinha mais de 250 pacientes aguardando uma lista para consulta. E deu uma agenda de seis meses. Não teve conversa, não se sentou, uma comunicação, nada. (GFT)

Para a organização e fortalecimento do SUS, há necessidade de organização, de ampliação da comunicação, pactuações e articulações entre os serviços conforme propõe a PNH.

Embora haja uma percepção de que externamente ocorre um desarranjo entre as unidades de saúde, no que se refere ao processo de trabalho no interior das equipes, as falas dos trabalhadores denotam a busca de espaços para promover a articulação da rede interna.

A reunião de equipe é muito importante eu acho. É o momento de expor os problemas, surgem ideias de como resolver os problemas... é o momento de diálogo. Na nossa Unidade conversamos muito também. Não esperamos chegar na reunião de equipe. Que tem algumas coisas que são mais gritantes. Precisa ver no momento. A equipe para e conversa em vários momentos. (GFT)

Observa-se que as equipes possuem espaços formais de decisões e planejamento das ações, as reuniões de equipe, onde podem construir uma certa rede para estruturar o serviço, pois conforme a PNH a construção de rede ocorre a partir do diálogo entre as pessoas. Além desses espaços, parece que os trabalhadores também possuem espaços informais onde vão criando os nós de uma rede interna no dia a dia em busca de soluções para o cuidado.

Esse modo de construir a rede internamente no serviço nos leva a pensar na micropolítica do trabalho conceituada por Franco (2006) onde os trabalhadores usam alguns mecanismos de planejamento, de tomada de decisão em reuniões de equipe e outros no momento que os problemas aparecem, quer seja num espaço mais privado ou no corredor, num movimento dinâmico, uma coisa viva, e por estar constantemente em processo não tem fim.

A rede interna das equipes foi inserida neste contexto tomando por referência o conceito de micropolítica, porém esta organização também pode ser contextualizada como Gestão do Trabalho em Saúde, que segundo o MS:

trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

A necessidade de buscar articulação internamente num cenário de desorganização externa da rede pode denunciar um certo desamparo que as equipes percebem da gestão e assim procuram formas de fortalecimento de seus processos como equipes. Isso vai ao encontro com a PNH pois “a fragmentação e o isolamento levam muitos trabalhadores a ter que criar individualmente respostas para os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços...” (PNH, 2012).

Nota-se também que os trabalhadores possuem um modo de se relacionar internamente permeado por afetos e que talvez dessa forma consigam ser mais colaborativos do que competitivos, conforme discorrem:

Você troca de idéia: “Óh...você não acha que assim é melhor?” As vezes uma coisa que muda, faz funcionar melhor o andamento.  
 Na nossa Unidade lidamos bem com isso. Que é uma equipe que se ajuda. De repente, se eu estou sem criança para vacinar e vejo que a recepção está uma “muvuca”, eu saio da vacina e vou para a recepção.  
 Precisa de colaboração, entendimento. Às vezes estamos no olho do furacão, não tem muito o que fazer. Tem a disposição [...] é o caminhar para o mesmo caminho.  
 Se colocar no lugar do outro. [...] Mas apareceu um problema com o paciente, já tenta discutir na hora. (GFT)

Nesses trechos parece que não há tanto conflito internamente, pois conseguem se apoiar mutuamente.

por conta dessas dificuldades, a equipe se fortalece. [...] nos fortalecemos quanto pessoa, quanto equipe. [...] Claro que tem conflito. O conflito não é um momento só ruim. No conflito é que você também constrói coisas boas (GFT)

Porém é importante ficar atento pois estabelecer pactos de trabalho que se constroem muito fortemente em relações afetivas pode deixar as equipes imobilizadas quando existe a necessidade de tratar problemas que aparecem, então em nome das boas relações evita-se tocar nas dificuldades.

Para produzir saúde integral é necessário constituir redes, com inserção de diferentes serviços, diversos saberes, em movimentos contínuos de pactuações, comunicação, avaliações das ações e produção de novos sujeitos e novas práticas, conforme Righi (2010)

Desta forma e diante da fragmentação da rede existente, há movimentos pra dentro e outros para fora, e assim nota-se que os trabalhadores colocam algumas propostas aos apoiadores para articulação e reconstrução da rede.

Fazer um elo. Até mesmo entre unidades.

Eu acho que o apoio também poderia trabalhar a rede. ... Eu acho que o apoiador vem bem... para entendermos como a rede está. [...] Hoje eu não consigo enxergar a rede. Eu não sei o que ela tem, está sempre muita mudança. E as informações ,..., não chegam.

Saber, minimamente o que essa rede me traz. O que tem nela que eu posso usar. Se tem algum mecanismo ou ferramenta nessa rede que eu veja minimamente (GFT.)

Observa-se que essa proposta foi percebida por um dos apoiadores de um outro modo quando menciona a possibilidade de articulação das equipes com a gestão de um jeito diferente:

Nós seríamos porta vozes deles para a gestão nesse momento de isolamento. Nós seríamos o grande elo entre eles. (GFA)

Mas esse pensamento carrega algumas preocupações, pois ser porta voz de alguém pode produzir certa opressão ou até pretensão, dependendo da situação. No caso da gestão que estava em curso durante a pesquisa, uma proposta poderia ser a aproximação entre gestão e atenção na tentativa de produzir uma articulação da rede já fragilizada.

Também as falas dos apoiadores indicam alguns caminhos a serem percorridos pelo apoio institucional para a articulação da rede e conseqüentemente seu fortalecimento na busca de novos modos de produção de saúde.

Mas eu penso que essa possibilidade de construir dentro da realidade de cada unidade e depois essas unidades dentro do contexto territorial e depois dentro do contexto municipal, porque tem coisas que são próprias de uma unidade, tem coisas que são próprias de um território e tem coisas que são próprias do município. Tanto de facilidades, potencialidades quanto de dificuldades. (GFA)

Essa proposta de trabalho está sendo experimentada pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no município, configurando o apoio matricial da atenção especializada para a atenção básica, com a proposta de empoderamento das equipes da AB para o acompanhamento dos casos mais leves da psiquiatria. Assim a articulação entre profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os trabalhadores da atenção básica foi percebida de forma favorável de determinadas equipes conforme relato no grupo focal de apoiadores:

Então, algumas pessoas da minha unidade disseram assim: “nossa, como está sendo importante discutir inclusive saber que equipamentos que a gente nem sonha que existia no município para poder olhar a questão da saúde mental”, então eu entendi o que você está falando, porque na verdade foram colocados representantes de várias regionais e foram lá discutir sobre isso em grupo, refletindo nessa metodologia ativa, colocando as coisas e refletindo juntos, problematizando. [...] E como teve a discussão em vários olhares, isso faz mais sentido para eles, porque não é uma

questão de que alguém está chegando e falando que tem que ser assim. Eles discutiram e construíram juntos como é que teria que ser (GFA)

Tal relato nos remete as produções coletivas, as articulações e pactuações importantes para a constituição de redes, e também a utilização da EPS como ferramenta para tal produção, trazendo a problematização para o campo da discussão e a aprendizagem significativa como essência dessa política que possibilita criar novos arranjos e práticas em saúde na busca da integralidade do cuidado.

Pensando ainda na possibilidade do dispositivo do apoio institucional como articulador da rede, observam-se outras propostas, como apoio junto a gestão e outros serviços existentes com importante papel nessa articulação e principalmente promover espaços de construções na micropolítica do trabalho:

....apoio em todos os lugares, não nas equipes só, na questão da gestão. Onde tiver equipamentos que contribuam e ajudem a gente a poder estar funcionando, aqui no município temos várias coisas que a gente desconhece, acho que a gente poderia fazer um diálogo lá também.

...acho que nosso papel é fortalecer a micropolítica, dentro das unidades, porque os profissionais têm autonomia para trabalhar. [...] Todo mundo quando está ali em frente ao usuário tem a sua autonomia para trabalhar. Então eu acho que se as pessoas trabalharem alinhadas com as diretrizes do SUS, aí eu acho que já dá para mudar bastante. Dá para articular a rede, a micropolítica, fazer bastante coisa. (GFA)

Com essas falas é possível perceber que há motivação no grupo de apoiadores para articular a rede, partindo da micropolítica do trabalho até a gestão, para produção de cuidado integral à população que acessa os serviços de rede pública de saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica entre vários objetivos é voltado para promover o desenvolvimento de capacidades dos profissionais de saúde para atuarem com melhores práticas no cotidiano do trabalho, visando à geração de conhecimentos relevantes para o SUS voltados para a qualificação do cuidado.

Desta forma o presente estudo permitiu analisar as práticas do Apoio Institucional como dispositivo para fortalecimento das redes de atenção, a partir das percepções de profissionais e apoiadores, considerando as potencialidades e desafios que essa prática impõe. Essa etapa não se encerra aqui, e nem há essa pretensão, mas espera-se que as



reflexões, anseios e inquietações continuem a se propagar e que possam colaborar com a produção de novas formas de intervir em saúde.

Durante a criação do grupo de apoio no município, a gestão da SMS viveu constantes mudanças em nível central, e a implantação do apoio institucional não teve origem em uma política pública criada e voltada para a qualificação dos serviços, mas sim a partir apenas da aposta da diretora da Atenção Básica, da inquietação dessa pesquisadora e também por estar como diretriz do PPA construído pela gestão anterior, portanto sem nenhum conhecimento dos trabalhadores e da maioria dos gestores.

Desta forma a inserção do grupo de apoio nas unidades referidas no PPA parece ter representado para as equipes um novo mando da gestão, ou até que os apoiadores fossem “espiões” dos gestores e que tivessem sido inseridos como sujeitos fiscalizadores do trabalho. Por outro lado, além deste imaginário, a função de apoiador foi entendida também como apoio as suas necessidades visíveis e imediatas, como a falta de material e funcionário.

Para superar essa contradição, um dos caminhos a ser perseguido para fortalecer o papel do apoiador, é de propor à gestão o apoio institucional como potencializador de modos de operar nos espaços de produção de saúde, voltados a valorização do trabalhador e a busca do cuidado integral e qualificado ofertado à população. Para isso cabe aos apoiadores a disponibilidade de entrar numa arena de disputas e conflitos de interesses para garantir a discussão do tema, e participar ativamente dela para embasamento de novas propostas, e não permanecer numa posição passiva que favorece a verticalização da gestão, contrariando um dos eixos centrais do Apoio Institucional.

Após a percepção inicial dos trabalhadores e com algumas reflexões sobre a função apoio, emergem então das equipes algumas propostas para o trabalho do grupo. Diante do distanciamento da gestão com as equipes referida pelos trabalhadores, sugerem que os apoiadores possam ser a ponte entre eles e a gerência superior. Considerando ainda a fragilidade e desarticulação da rede percebida por ambos os grupos, apontam a possibilidade dos apoiadores exporem a rede existente e os equipamentos que podem acessar quando necessitam articular com outros espaços ou outros níveis de atenção.

Neste contexto, para compor a articulação da rede entre equipes e estas com a gestão, é possível sugerir que o apoiador tenha acesso aos serviços de toda a rede podendo circular livremente nos cenários de trabalho e de gestão, sem limites definidos, o que pode oportunizar o reconhecimento desses espaços e assim promover a produção de coletivos proposto pelos conceitos de apoio.

Percebe-se na análise dos resultados que três grandes temas foram fortemente discutidos em ambos os grupos, e se aposta que a partir da proposta do apoio institucional inserido nas equipes de saúde, assim como na gestão e amparado por essa última, possa contribuir para articulação dos serviços produzindo atenção integral a população.

Ainda sobre a inserção do apoio institucional nas equipes, ambos os grupos referiram pouco tempo presencial dos apoiadores junto aos trabalhadores, referindo que apenas os encontros nas reuniões de equipe não eram suficientes para reconhecer e entender a lógica e a prática no cotidiano dos trabalhadores.

Desta forma cabe uma reflexão sobre a importância da aproximação e da criação de vínculo, visto que a prática do apoio institucional pressupõe uma relação entre os sujeitos mais estável e mais rotineira, criando possibilidades de intervir na realidade dos coletivos.

Outro importante desafio que emergiu fortemente no grupo de apoiadores foi a necessidade de apropriação de ferramentas e estratégias para desenvolvimento da função apoio.

Neste sentido cabe aos apoiadores ampliarem e fortalecerem as discussões sobre o fazer do apoiador, tomando para si as ferramentas apontadas na literatura e também na formação ofertada ao grupo, como instrumento para o estabelecimento de vínculo, da democratização da gestão do trabalho e para a construção da autonomia dos sujeitos. Ferramentas essas que perpassam pelos conceitos da Análise Institucional, modestamente inseridos neste estudo. Para além da literatura, as ferramentas da função apoio são também construídas em ato, na prática das ações, a partir da realidade vivida por cada apoiador diante da singularidade e subjetividade de cada equipe.

No caso do município estudado o apoio institucional foi realizado em uma equipe de saúde da família e duas unidades básicas de saúde tradicionais, modelos que coexistem também em muitos municípios brasileiros. Como muitas políticas são voltadas para o trabalho da Estratégia Saúde da Família, devido ser este o modelo preferencial de atenção básica proposta pelo MS, caberia a sugestão de pesquisas voltados para a prática do apoio também no interior das unidades básicas tradicionais. Unidades estas compostas com profissionais distintos, com contratos de trabalho e cargas horárias diferenciadas, o que dificulta de um certo modo, a operacionalização do apoio institucional, visto que a construção de cogestão nesses cenários se torna quase que inviável.

Para finalizar entendo que o referencial teórico aponta a potência do apoio institucional para transformação de práticas no sentido de ampliar a capacidade de análise e

intervenção dos coletivos, com fortalecimento dos sujeitos e elaboração de formas de gestão mais democráticas.

Vários caminhos foram sugeridos e várias ferramentas foram ofertadas. Cabe então aos apoiadores como eu, lançar mão da caixa de ferramentas e convidar a todos a entrar na Roda.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO SOUZA, G. C.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 de dezembro de 1990.

\_\_\_\_\_. **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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 14 de setembro de 2000.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 de fevereiro de 2006. Seção 1, p. 43-51.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 3 de dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde** / Ministérios da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.133 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 1. ed. 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia.** 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 149 p.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e cogestão de coletivos** – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. P. (Org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec, 2013. p. 15-30.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 61-177, 2005.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. linhas de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p 165-184.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-ssistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, v.13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução de Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FORTUNA, C. M. **Práticas de acolhimento e os modos de gestão na atenção básica em saúde à luz da análise institucional.** 2015. 165 f. Tese (Livre Docência em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes.** LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 459-73.

FRANCO, T. B; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: In: MERHY et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-33.

FURLAN, P.G.; AMARAL, M.A. O método de apoio institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde: metodologia e resultados do curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde com ênfase na atenção básica: In:

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, v. 5, p. 176, 2002.

MACHADO, L. **O apoio institucional nos processos de trabalho**: ferramenta para o fortalecimento da atenção primária à saúde. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em ensino na saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S.; **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MONCEAU, G. Implicação, sobre implicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

OLIVEIRA, G.N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan-mar, 2014, p. 15-35.

PEIXOTO, M. N. Da teoria a prática: uma experiência de encontro com os serviços de saúde: in PINHEIRO et al (Org). **Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS**: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014. p. 341-352.

PINHEIRO et al (Org). **Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS**: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779, 2008.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humanizaus**, v. 2, p. 60-74, 2010.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SÃO CARLOS, **Plano plurianual de saúde 2014 -2017**, 2014.

SILVA, S. F. et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. In: **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. IDISA; CONASEMS, 2008.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

**APÊNDICES****Apêndice A – Dados de identificação pessoal**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

Religião: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Especialização: Sim ( ) Não ( ).

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Atividade profissional atual: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde: \_\_\_\_\_

Locais de atuação antes da Prefeitura Municipal de São Carlos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **Apêndice B – Roteiro para Grupo Focal com os Apoiadores Institucionais**

1. Como vocês percebem o processo de implantação do apoio institucional?
2. Quais foram os efeitos que a inserção de vocês nas equipes gerou?
3. Quais estratégias foram utilizadas durante o desempenho da função apoio?
4. Quais foram os maiores desafios, dificuldades ou facilidades durante a atuação de apoiador da equipe?
5. Como vocês percebem a potencia do apoio para instituir a rede de cuidado?
6. Como percebe as principais transformações ocorridas nas equipes durante o apoio ofertado?
7. Como avalia a articulação da equipe dentro da rede de serviços?
8. O que é ser apoiador institucional para vocês?
9. Você gostaria de inserir algo que não foi colocado?

**Apêndice C – Roteiro para Grupo Focal com os profissionais das equipes apoiadas**

1. Como foi feita a definição na equipe de quem viria?
2. Como vocês se organizam/planejam as atividades que serão desenvolvidas na unidade?
3. Fale como foi para você vivenciar a experiência com os apoiadores?
4. Quais aspectos desta experiência foram importantes para ajudar a equipe?
5. O que foi prejudicial?
6. Como você acha que os apoiadores podem contribuir para fortalecer o trabalho em rede?
7. O que significa apoio institucional para você?
8. Como vocês consideram que este tipo de proposta poderia contribuir para organizar o trabalho das equipes?
9. Que atributos vc considera importante para o perfil do apoiador?
10. Gostaria de falar algo mais?

## Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa para a dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) intitulada: “*Apoio Institucional: dispositivo potente para mudança de prática e fortalecimento das redes de atenção a saúde*”, sob orientação da Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano, docente do PPGGC.

O objetivo geral do trabalho é analisar o processo de implementação do Apoio Institucional como dispositivo para o fortalecimento das redes de atenção em saúde no município de São Carlos, com análise das percepções, efeitos das ações de apoio e experiência vivenciada pelos participantes.

A sua participação consistirá em responder um questionário de identificação pessoal contendo dados sobre profissão, idade, sexo, tempo de serviço, atividades desenvolvidas e também participar de dois encontros de grupos focais, que serão gravados e transcritos para análise posterior. O questionário será respondido no primeiro encontro quando também será utilizado um instrumento norteador para a discussão, e posteriormente um novo encontro para analisar a discussão do outro grupo.

Sua participação não é obrigatória, podendo desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento, assim como não responder os questionários se julgar desnecessários ou que possam ferir sua integridade moral. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua pessoa e/ou ao seu trabalho.

Sua identificação será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação as informações fornecidas. Os dados obtidos serão única e exclusivamente utilizados para o presente projeto, podendo ser utilizados para publicações científicas. O material gravado será destruído pela pesquisadora após o uso.

Esclareço que poderá ocorrer o risco do desconforto em algum momento durante a participação, porém você poderá interromper o preenchimento do questionário ou deixar o grupo a qualquer tempo. Você também poderá ficar a vontade para pedir esclarecimentos que necessitar e tirar dúvidas em relação a pesquisa a qualquer momento.

A participação neste estudo não acarretará em nenhum tipo de despesa, bem como nenhuma remuneração ou benefícios diretos a você. Os benefícios desta pesquisa se baseiam no conhecimento sobre a potência do apoio institucional junto as equipes de saúde para fortalecer as redes de saúde voltadas para o cuidado integral.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados e contatos da responsável pela pesquisa.

---

Denise Aparecida Braga  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – UFSCar  
RG: 7.605.598-X    COREN: 30421-SP

Contato pelo telefone (16) 98158-5491 ou pelo e-mail: dbraga58@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Nome do participante

---

Assinatura do participante

## Apêndice E - Agrupamento de temas - grupo focal com apoiadores

Legenda: A (Apoiadores)

Agrupamento de temas	Núcleos de sentido	Descrição do fragmento	Fragmentos - Unidades de registro
1) Gestão	Resistência	Sentimentos percebidos pelos apoiadores na inserção nas equipes	<p>Eu acho que a gente chega lá (na equipe) parece que olha assim, ressabiado, parece que a gente é um ET. E não conhece mesmo isso de apoio. A gente leva, explica, mas parece que eles (trabalhadores) não tem aquela vontade de fazer o movimento acontecer, entendeu? Uma certa resistência. Uma resistência do novo. (A1)</p> <p>E aí assim, quando a gente chega, fica aquela coisa de ou que vocês também estavam numa posição hierárquica, de mando de alguma coisa, ou de que você está lá para olhar, investigar e passar para a gestão e aí as coisas não andam. (A4)</p>
2) Apoio Institucional	Apoiar a falta de material	Proposta dos apoiadores diferente do esperado pelas equipes	... então a gente vai lá para propor pensar e aumentar a capacidade das pessoas de analisar e intervir sobre a realidade delas. E como a gente vai estar fazendo isso com elas, sendo que elas estão esperando o contrário? Que alguém que chegue e dê um jeito nos materiais que estão faltando. (A2)
3) Apoio Institucional	Trabalho dos apoiadores	Percepção acerca do próprio trabalho	<p>... e essa questão de estar indo sempre. Foi pouco tempo que a gente ficou e aí para estar discutindo com eles isso. (proposta de estratégias para o trabalho). (A2)</p> <p>Aliás, nós ficamos lá só como observadores, porque não teve um tempo para a gente nem fazer nenhum trabalho... (A1) o fato de só observar já é uma interferência.... intervir é fazer alguma coisa</p> <p>De poder, do jeito que se fala, de alguma abordagem (referindo a conflitos internos na equipe). Isso tinha um monte de coisa para ser trabalhada. Isso a gente apoiou algumas coisa, algumas falas, a gente foi apoiando. Acho que isso a gente consegue apoiar até mais, se a gente estiver mais lá próximo e tal. (A3)</p>
4) Rede	Articulação com a gestão	Noção de distancia da gestão	Nós seríamos o porta voz deles para a gestão nesse momento de isolamento. Nós seríamos o grande elo entre eles. (A2)
5) Apoio Institucional	Empoderamento para apoio –	Sensação de impotência para a função	A gente na verdade, estava se aproximando desse tema um pouco também de apoio que não era assim um tema próximo de todo mundo [.....] A gente

	Formação	apoio	<p>estava numa discussão e num estudo. A gente fez uma época estudando sobre isso e tudo mais. (A3)</p> <p>Mas a gente não teria pernas para começar num lugar mais complicado e nem estávamos empoderados para isso. Talvez nem estejamos agora, tanto que a gente está solicitando o curso. Eu não me sinto empoderada para isso ainda. (A1)</p>
	Espaços de EPS	Espaço do apoiador para discutir seu próprio trabalho	<p>Acho que agora com nossas reuniões é que estamos nos fortalecendo um pouco. Inclusive, montamos uma avaliação para que a gente tenha um retorno do que é isso para o outro, estamos buscando formação, estamos buscando critérios tanto para quem vai ser, como para quem entra para o grupo, quem sai, quem fica, por que está nesse grupo. Então, acho que esse grupo ainda está se fortalecendo, acho que ele está se fundamentando teoricamente até para poder levar à frente. (A4)</p> <p>Acho que aquilo que a (se referindo a colega) fala de ter que se apropriar de referenciais teóricos e das práticas possíveis de intervenção, eu acho que isso vai ajudar muito e vai enriquecer o grupo. Então, esse espaço acho que serve pra isso, para a gente se empoderar mais ainda das práticas que a gente precisa fazer para sermos apoiadores mesmo. (A5)</p>
6) Rede	Rede de serviços	Desarticulação da rede	<p>A gente via que a rede toda estava desestruturada (A3)</p> <p>Mas depois a gente entendeu que a gente começou a pensar em como estava essa rede, lembra que a gente falou que estava todo mundo fragilizado? As pessoas não queriam nada e que a gente até esperava, entre aspas, algum movimento de resistência. Porque estava tudo muito solto e tudo muito desestruturado, pela nossa percepção. (A3)</p>
	Micropolítica do trabalho	Proposta de trabalho para articulação da rede	<p>Mas eu penso que essa possibilidade de construir dentro da realidade de cada unidade e depois essas unidades dentro do contexto territorial e depois dentro do contexto municipal, porque tem coisas que são próprias de uma unidade, tem coisas que são próprias de um território e tem coisas que são próprias do município. Tanto de facilidades, potencialidades quanto de dificuldades. (Experiência de trabalho em rede que está sendo experimentada pela Rede de Atenção Psicossocial do município) (A5)</p>
	(Re)	Experiência de organização da rede na área da	<p>Então, algumas pessoas da minha unidade disseram assim: “nossa, como está sendo importante discutir inclusive saber que equipamentos que a gente nem</p>

	Construção da rede de saúde mental	saúde mental	sonha que existia no município para poder olhar a questão da saúde mental”, então eu entendi o que você está falando, porque na verdade foram colocados representantes de várias regionais e foram lá discutir sobre isso em grupo, refletindo nessa metodologia ativa, colocando as coisas e refletindo juntos, problematizando. Problematizaram até a questão do cuidado. A questão de como é que a gente faz o cuidado dessas pessoas lá, como a gente recebe essas pessoas. Que olhar que estamos tendo para elas. [...] E como teve a discussão em vários olhares, isso faz mais sentido para eles, porque não é uma questão de que alguém está chegando e falando que tem que ser assim. Eles discutiram e construíram juntos como é que teria que ser, então essa inserção desse paciente, o acolhimento desse paciente, o cuidado desse paciente lá dentro da unidade e que equipamentos nós temos de apoio para isso.(A3)
7) Gestão	Desconhecimento do trabalho do apoio pela gestão	Avaliação da conjuntura da gestão Dificuldades de aproximação	<p>Eu acho que a gente está trabalhando bem paralelo com a gestão. A gente está indo para um lado, enquanto a gestão está indo para outro. (A2)</p> <p>E como a gente está assim, nem a gente, nem a gestão está fazendo nenhum movimento no sentido de a gestão vir falar: “ah, que bacana, vocês estão há tantos meses, e aí? Qual a avaliação de vocês?”, e tudo mais. Não teve. Porque se a gestão está alinhada e estão sabendo qual é o objetivo do apoio, que tem grupo de apoio institucional no seu município, se eu sou diretor ou coordenador disso tudo, eu vou precisar saber como é que está indo depois de alguns meses. No começo, vieram, escutaram as propostas, mas aí.. ponto. E eu não sei como isso é em outros lugares, mas sei que nas reuniões fala-se disso. E de repente como saber o que está acontecendo, se a gente nunca tem um diálogo? Mas será que foi em alguma equipe? Também desconheço de saber nas equipes como está sendo isso. Então, assim, é uma falta, mas aí faz de conta, então, ótimo, tem o apoio, mas aí vira um faz de contas mesmo. A gestão só faz de conta então que está sendo tudo efetivo. E a gente também em contrapartida não pediu um momento com eles, porque a gente também não acha que eles estão interessados. Estou colocando um pouco da nossa. Mas a gente podia ter chamado e falado. A gente achou que talvez não fosse o momento também, porque está tudo tão assim, vai chamar eles aqui para falar o que também? Então, não teve uma construção. (A3)</p> <p>Eu gosto de estar alinhada com alguma gestão que eu minimamente admire. E eu acho que está difícil</p>

			aqui assim. Se a gestão se posicionasse claramente, daí eu teria mais condições também de me posicionar, mas ela não se posiciona. (falando de desafios e dificuldades) (A2)
8) Gestão	Articulação com a gestão	Ampliação da argumentação para articulação com a gestão	Eu acho que um desafio do grupo seria esse alinhamento da gestão, mas eu acho que falta para o grupo se fortalecer. Acreditar na proposta – não que não acredite – mas de autonomia mesmo de conduzir, de levar isso: “oh, é assim que estamos fazendo. É assim que nós trabalhamos. Com base nisso, nisso e nisto. De acordo com tal plano que foi estabelecido no município”, sabe? Situar a gestão daquilo que é o apoio. (A4)
9) Apoio Institucional	Ferramentas para a função apoio	Necessidade de apropriação de novas ferramenta para o trabalho do apoio  Diretrizes do sus como ferramenta	A gente teria que ter uma ferramenta. A prática eu acho que leva a gente a construir uma ferramenta para trabalhar esse apoio num primeiro momento.(A1)  E nesse preparo, no curso, ( <i>formação solicitada pelos apoiadores</i> ) acho que a gente consegue construir alguma ferramenta, algum instrumento para facilitar o nosso acesso nas unidades. (A1)  Eu acho que o nosso norte tem que ser o SUS mesmo, as diretrizes, eu acho que talvez a gente consiga trabalhar um pouco melhor nas equipes, pensando em SUS, e não em gestão ( <i>do município</i> ) (A6)
10) Gestão	Demanda da instituição	Origem das demandas	Eu acho que a potência do apoio está nessa questão de você poder escutar a demanda da instituição e poder problematizar com eles (equipe) as possibilidades que eles têm sem você vir impor uma nova prática que talvez não tenha nada a ver com a realidade deles, que é o que acontece nos processos de reorganização do trabalho, naqueles verticais. (A5)
11) Apoio Institucional	Ser apoiador	Apoio para produção de sujeitos dos processos	Eu acho que a gente enquanto apoio a gente está lá para eles e para a gente. Então , para ajudar nessa questão de intervir na realidade, empoderar as pessoas, mesmo como sujeito de todos os processos, mas como sujeitos da própria vida, a gente e eles, porque eu acho que tudo é dialógico. [...] A gente está lá para apoiar e ser apoiado. [...] Então a gente tem que se ver também como ator desse processo. [...]. Então acho que nós, enquanto apoio, o principal objetivo é estar lá para ajudar aquelas pessoas a se capacitarem mais, a se empoderarem mais, a se sentirem sujeitos desse processo verdadeiramente.



12) Rede	Articulação da rede	Conhecimento e inserção em outros pontos da rede	[...] E apoio em todos os lugares, não nas equipes só, na questão da gestão. Onde tiver equipamentos que contribuam e ajudem a gente a poder estar funcionando, aqui no município temos várias coisas que a gente desconhece, acho que a gente poderia fazer um diálogo lá também. (A3)
13) Rede	Micropolítica do trabalho	Apoio para o fortalecimento da micropolítica	O que eu entendo como apoiador é que eu acho que nosso papel é fortalecer a micropolítica, dentro das unidades, porque os profissionais têm autonomia para trabalhar. Está certo que precisa estar alinhado com a gestão, mas também não precisa da gestão o tempo todo. Todo mundo quando está ali em frente ao usuário tem a sua autonomia para trabalhar. Então eu acho que se as pessoas trabalharem alinhadas com as diretrizes do SUS, aí eu acho que já dá para mudar bastante. Dá para articular a rede, a micropolítica, fazer bastante coisa. (A6)

## Apêndice F – Agrupamentos de temas - grupo focal com trabalhadores

Legenda: T (Trabalhadores)

Agrupamento de temas	Núcleos de sentido	Descrição do fragmento	Fragmentos - Unidades de registro
1) Gestão do trabalho	Espaços de conversa para organização e planejamento das atividades	As equipes têm espaços formais de discussão (reunião de equipe) e outros informais para organização e planejamento das atividades no cotidiano do trabalho	<p>Durante a reunião de equipe podemos discutir essas coisas. E sobre as do dia a dia, sentamos dois minutos e falamos: vamos fazer assim, e acaba dando certo. (T3)</p> <p>Na nossa Unidade conversamos muito também. Não esperamos chegar na reunião de equipe. Que tem algumas coisas que são mais gritantes. Precisa ver no momento. A equipe para e conversa em vários momentos. (T4)</p> <p>Não deixa esperar muito tempo para tentar resolver as coisas que aparecem. Que por ventura não deu tempo de conversar na reunião de equipe. Ou mesmo que surgiu no dia. Acho que todo dia temos uma conversa. (T5)</p> <p>Na nossa unidade também. Eu acho que todo dia são várias decisões para serem tomadas que não dá pra esperar a reunião. (T7)</p> <p>Fazemos reunião toda sexta à tarde. Mas tem coisa que tem que resolver na hora. (T2)</p> <p>A reunião de equipe é muito importante eu acho. É o momento de expor os problemas, surgem idéias de como resolver os problemas... é o momento de diálogo. (T2)</p>
2) Rede	Relações e articulações Micropolítica do trabalho	Forma de relacionamento dentro das equipes	<p>Você troca de idéia: “Óh...você não acha que assim é melhor?” As vezes uma coisa que muda, faz funcionar melhor o andamento. (T7)</p> <p>Na nossa Unidade lidamos bem com isso. Que é uma equipe que se ajuda. (T6)</p> <p>Mas, de repente, se eu estou sem criança para vacinar e vejo que a recepção está uma “muvuca”, eu saio da vacina e vou para a recepção. (T6)</p> <p>Além disso, a união. É um grupo bem unido. Não precisa ficar falando (T2)</p> <p>Precisa de colaboração, entendimento. Às vezes estamos no olho do furacão, não tem muito o que fazer. Tem a disposição [...] é o caminhar para o mesmo caminho. (T3)</p> <p>Com diálogo... fundamental. (T6)</p> <p>Se colocar no lugar do outro. [...] Mas apareceu um problema com o paciente, já tenta discutir na hora. (T5)</p>
3) Gestão	Gestão e atenção dissocializadas	Distância da gestão em relação as equipes	<p>Eu também acho que quando a gestão não vem de cima para baixo, consegue conversar em um patamar com a equipe. (T4)</p> <p>... e a gestão está bem distante da nossa realidade vivenciada no dia a dia. (T1)</p>

			<p>Porque ficamos no nosso mundo (T1)</p> <p>Mas também eles precisam ter o apoio da gestão para fazer isso. (T1)</p>
4) Rede	Rede de saúde da Atenção Psicossocial	Os casos leves e moderados da psiquiatria foram descentralizados da atenção especializada para a AB em seus territórios	<p>O CAPS pegou a psiquiatria .... e falou assim: “aqui está uma agenda completa”. Não falou paciente.... “O filho é seu, agora você vê o que você faz”. (T1)</p> <p>Tinha mais de 250 pacientes aguardando uma lista para consulta. E deu uma agenda de seis meses. Não teve conversa, não se sentou, uma comunicação, nada. (T1)</p> <p>Com 200 e não sei quantos pacientes. Agenda para vocês darem andamento. (T2)</p> <p>Por essa mesma situação. Ela concentrou a psiquiatria nas regionais. (T2)</p>
5) Rede	Fragilidade da Rede	Visão da Rede de serviços pelos trabalhadores	<p>Mas eu vejo que a rede em si, no geral é completamente desarticulada. ... Eu acho a rede muito solta. (T4)</p> <p>Eu nem sei o fluxo de nada. (T4)</p> <p>Aí, o paciente já rodou dez unidade. (T5)</p>
6) Apoio Institucional	Função do apoiador	Entendimento inicial que os apoiadores pudessem suprir a falta de material e profissional	<p>Eu acho que no momento, o problema que temos é falta de funcionário e material. E infelizmente, eu falei: não vai poder nos ajudar (referindo ao apoio). Porque isso é outra questão, vem de cima. Não tem o que fazer. (T4)</p> <p>E estamos em um déficit de funcionário, principalmente administrativo. Então, para nós, a primeiro momento, esperávamos que fossem ajudar (apoiadores), entendeu? Que é onde está “pegando”. (T1)</p> <p>Dá pra colocar uma porta aqui, que vai me ajudar tanto no meu dia a dia. Porque para quem está chegando não é um sofrimento. Mas para a equipe, a porta fazia toda diferença. (T4)</p> <p>Vou apoiar uma equipe, mas o que ela mais precisa é de um profissional da recepção. (T4)</p>
7) Apoio Institucional	Função do apoiador com outro olhar	Após inserção dos apoiadores uma nova percepção sobre o apoio	<p>Eu acredito que, a primeiro momento, não sabíamos como funcionava (o apoio). Para o que estava vindo e como ia. Iriam ter essa visualização, vivência para poder ajudar. Aí vimos que não funciona como pensávamos. (T1)</p> <p>A gente entendeu que não era a proposta, resolver os problemas para nós. (T6)</p> <p>Não era a proposta deles (apoiadores). (T2)</p> <p>É.... Não sei, talvez as vezes, a gente interpretou erroneamente, o que seria o apoiador, que esperamos. (T7)</p>
8) Apoio Institucional	Função apoio	Efeito do trabalho do apoio	<p>Achamos que seria um ponte nossa para a gestão, que não conseguimos ter esse diálogo (T6)...</p> <p>Eu já entendi o apoiador como aquela pessoa que veio para fazer uma escuta da equipe, identificar</p>

			processo de trabalho local, trabalhar o que tem de crítico. (T4)
9) Gestão	Relações desconfortáveis	Todos os apoiadores são profissionais da Rede o que provocou desconfortos nas equipes por entenderem que as informações seriam levadas para a gestão ou para os lugares	Eles estão infiltrados.... espiões....(risos). (T6) Eu também me preocupo muito com a questão de que também é funcionário,[....], isso me incomoda (T4) Mas me causa desconforto por ser a mesma rede, ser trabalhador. (T4) Me sinto desconfortável as vezes, de colocar algumas questões mais pessoais. Porque o outro também está na rede. (T4) Houve um desconforto. (T1) Eu acho que a equipe não fica a vontade para expor.... porque querendo ou não a reunião é o momento que temos para discutir os nossos problemas. (T3)
10) Apoio Institucional	Relação de confiança com o apoiador	Percepção da relação entre equipe e apoiador	Mas elas sempre deixaram muito claro que não haveria nenhum prejuízo, não iriam prejudicar ninguém. No sentido de levar problemas pessoais da unidade para outros lugares (T2) Na nossa unidade, pelo menos eu, senti essa confiabilidade. Porque haveria um sigilo. O que foi comentado ali, ficaria ali. Eu senti essa confiança. (T2) Foi exatamente isso, Então para a gente, isso gerou uma segurança. Então nesse sentido, nos ajudou bastante. (T6)
11) Apoio Institucional	Confiança e vínculo na relação apoio-equipe	Necessidade de relação de confiança e construção de vínculo	Eu acho que a relação tem de ser de confiança, de vínculo. (T4) Tem de ter vínculo. Quando eu tenho vínculo, com a equipe ou com o apoiador, verbalizo melhor. (T4) E quando falo o vínculo, é a confiança. ... Ter sigilo, neutralidade. .... Essa neutralidade para ter a confiabilidade. Eu acredito que isso seja muito importante. (T1)
11) Apoio Institucional	Aprimoramento da função apoio	Entendimento de que a função apoio está em construção no município	Que eles (apoiadores) estavam construindo esse momento de apoio. Que para eles também era tudo muito novo. (T4) Ela (apoiadora) me disse: ...Estamos em construção, queremos ouvir muito de vocês. (T4) E o apoiador é uma construção. Antes disso, houve uma construção para ser o apoiador? (T1) Então, por ser uma coisa que está muito em construção, talvez quiseram, de repente, vivenciar mais, ouvir mais. Talvez pra tentar se entender nisso tudo. (T4)
11) Apoio Institucional	Demanda – inserção na	Percepção da necessidade de proximidade	Eu acredito que o apoiador precisava vivenciar um período maior na unidade, isso até foi falado. Eles vão em período de reunião de equipe ... precisava

	equipe	do apoiador na equipe para vivência da equipe e sua rotina	<p>vivenciar um cotidiano. Quando eu trago uma fala de uma ação, é completamente diferente da ação em si. (T4)</p> <p>Ver como a unidade funciona, qual o fluxo. Porque no dia a dia que você consegue perceber algumas coisas. E uma fala de uma atitude é muito diferente da atitude em si. (T4)</p> <p>Eu acho que poderiam participar não de uma reunião de equipe, como você falou, passar um dia, ver a rotina. (T3)</p> <p>Foi numa reunião de equipe nossa, como todas as outras vezes que elas foram. (T6)</p> <p>Eu acho que principalmente mais próxima (relação do apoiador com equipe) (T4)</p>
12) Rede	Demanda para articulação da rede	Proposta para os apoiadores para articulação e conhecimento da rede e seus serviços	<p>Fazer um elo. Até mesmo entre unidades. (T2)</p> <p>Até mesmo numa equipe que não tem companheirismo. (T3)</p> <p>Eu acho que o apoio também poderia trabalhar a rede. ...</p> <p>Eu acho que o apoiador vem bem... para entendermos como a rede está. .... Hoje eu não consigo enxergar a rede. Eu não sei o que ela tem, está sempre muita mudança. E as informações ,..., não chegam.(T4)</p> <p>Muda muito por causa desse protocolo. (T5)</p> <p>Saber, minimamente o que essa rede me traz. O que tem nela que eu posso usar. Se tem algum mecanismo ou ferramenta nessa rede que eu veja minimamente. (T4)</p>

## ANEXOS

### Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Apoio Institucional: Dispositivo para mudança de prática e fortalecimento das Redes de Atenção em Saúde

**Pesquisador:** Denise Aparecida Braga

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52727215.3.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.569.311

##### Apresentação do Projeto:

O presente estudo busca analisar as percepções de apoiadores institucionais e de profissionais das equipes apoiadas acerca da função apoio, relacionada a articulação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa utilizada para avaliar transformações de práticas voltadas para a produção de cuidado qualificado e integral. A população será composta por 12 apoiadores e 9 profissionais das equipes. A ferramenta a ser utilizada para a coleta de dados será a técnica de grupo focal com uso de instrumento de identificação pessoal e questões relacionadas ao tema proposto. Os dados serão interpretados e analisados usando a técnica de análise de conteúdo categorial temática, levando em consideração o referencial teórico. Com o resultado espera-se conseguir analisar o apoio institucional como dispositivo para fortalecer Redes de Atenção à Saúde voltado a produção de cuidado integral.

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de implementação do Apoio Institucional como dispositivo para o fortalecimento das redes de atenção em saúde no município de São Carlos.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR**



Continuação do Parecer: 1.569.311

**Objetivo Secundário:**

- 1) analisar a experiência vivenciada pelos apoiadores junto às equipes de saúde, as percepções, potencialidades, desafios e estratégias utilizadas pelos mesmos, na função apoio;
- 2) analisar os efeitos das ações dos apoiadores ocorridas nas equipes apoiadas;
- 3) colocar sob análise dos apoiadores as percepções das equipes apoiadas;
- 4) colocar sob análise dos profissionais das equipes as percepções dos apoiadores quanto a função apoio;
- 5) analisar as percepções de ambos os grupos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios suplantam os riscos, que são adequadamente descritos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa trata de tema relevante para área de Saúde. Pesquisadores prestaram esclarecimentos solicitados, não havendo novas pendências.

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

São adequadamente apresentados.

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

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_644120.pdf	24/05/2016 17:58:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final.pdf	24/05/2016 17:54:38	Denise Aparecida Braga	Aceito
Outros	APENDICE_C.pdf	24/05/2016 17:51:57	Denise Aparecida Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE.pdf	24/05/2016 17:48:26	Denise Aparecida Braga	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/05/2016 17:47:21	Denise Aparecida Braga	Aceito

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.569.311

Outros	APENDICE_B.pdf	24/05/2016 17:38:31	Denise Aparecida Braga	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_A.pdf	15/12/2015 21:55:36	Denise Aparecida Braga	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	15/12/2015 21:52:39	Denise Aparecida Braga	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 01 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Carneiro Borra**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



## Anexo B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos



### Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua São Joaquim, 1233 – São Carlos-SP  
CEP: 13560-300 - Fone (16) 3362-1350

#### PARECER Nº 59/2015

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa de mestrado intitulado: “*Apoio Institucional: Dispositivo para mudança de prática e fortalecimento das redes de atenção em saúde*”, a ser realizado pela aluna DENISE APARECIDA BRAGA, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, sob orientação da Profª. Drª. Adriana Barbieri Feliciano, tendo como objetivo geral analisar o processo de implementação do Apoio Institucional como dispositivo para o fortalecimento das redes de atenção em saúde no município de São Carlos.

A metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, visto que será utilizada a técnica de grupo focal, com grupos de apoiadores e outro com profissionais das Unidades de Saúde, porém vale ressaltar o risco do desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha aos sujeitos em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento; bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se perceba riscos ou danos a sua pessoa, não previstos no TCLE.

A pesquisadora deve garantir confidencialidade e privacidade dos dados, preservação do anonimato dos profissionais e das equipes, postura ética e empática, explicitando os objetivos e finalidade deste estudo.

Os dados coletados deverão ser única e exclusivamente utilizados para o presente projeto, para fins estatísticos, científicos, sem divulgação e utilização para outros fins.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- O Projeto apresentado aponta que a coleta de dados será realizada em grupos focais formados por apoiadores e profissionais das equipes apoiadas, desta forma, deverá ser feito convite prévio aos participantes, e que a participação dos mesmos não acarrete prejuízo ao serviço;
- A coleta de dados deverá ser feita pela pesquisadora, sem qualquer ônus para o serviço;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e;
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 19 de Outubro de 2015.

Isabella Gerin de Oliveira  
Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial  
Secretaria Municipal de Saúde