

Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa

Institutional support in Primary Health Care in Brazil:
an integrative review

Christiane da Silva Brito (<https://orcid.org/0000-0002-1541-9977>)¹

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos (<http://orcid.org/0000-0003-2722-7945>)²

Fernanda Beatriz Melo Maciel (<http://orcid.org/0000-0002-6421-3940>)²

Poliana Cardoso Martins (<https://orcid.org/0000-0002-6698-0289>)³

Níliã Maria de Brito Lima Prado (<https://orcid.org/0000-0001-8243-5662>)³

Abstract *One of the great challenges of the Unified Health System is the need to transcend the disciplinary and controlling character of management and foster the democratic function, to enable greater participation of workers and the community in health management. In order to identify and synthesize institutional support definitions and practices implemented within the scope of Primary Health Care in Brazil, according to the Paidéia method, which advocates institutional democratization and the qualification of service to the population through new management arrangements and devices and the work process, an integrative literature review was carried out for the period from 2005 to 2019. The corpus of analysis included 24 publications that made incipient definitions and operational aspects explicit, weaknesses in the integration between the scope of the expanded clinic and the shared management that should assist in the dialectic between Institutional Support and Matrix Support, there should be the need to strengthen the role of institutional supporter, as a methodological mediator and to reformulate the management and strategy mechanisms for permanent health education within the scope of the Unified Health System.*

Key words *Health management, Humanization of healthcare practices, Public health policies*

Resumo *Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde é a necessidade de transcender o caráter disciplinador e controlador da gestão e fomentar a função democrática, para possibilitar uma maior participação de trabalhadores e comunidade na gestão em saúde. Com o intuito de identificar e sintetizar definições e práticas de apoio institucional implementadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil, de acordo com o método Paidéia, que preconiza democratização institucional e a qualificação do atendimento à população através de novos arranjos e dispositivos de gestão e do processo trabalho, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura referente ao período de 2005 a 2019. O corpus de análise contemplou 24 publicações que explicitaram definições e aspectos operacionais incipientes, fragilidades na integração entre o âmbito da clínica ampliada e da gestão compartilhada que deveria se dar na dialética entre o Apoio Institucional e o Apoio Matricial, a necessidade de fortalecer a função do apoiador institucional, enquanto mediador metodológico e de reformular os tradicionais mecanismos de gestão e as estratégias para educação permanente em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.*

Palavras-chaves *Gestão em saúde, Humanização da assistência, Políticas públicas de saúde*

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Maracás, Prefeitura Municipal de Maracás. R. 05 de Julho s/n, Centro. 45360-000 Maracás BA Brasil.

chrisbt25@hotmail.com

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador BA Brasil.

³ Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), UFBA. Salvador BA Brasil.

Introdução

O debate sobre a democratização da gestão nos serviços de saúde não é recente¹ e constitui um dos temas desafiadores para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública e democrática. A concepção de cogestão como “produção de democracia” questiona os modelos hegemônicos de gestão do sistema de saúde centralizado por normas, protocolos e programas, com sujeitos operando em uma lógica normativa de cumprimento de metas, visando à produtividade e execução de tarefas².

No Brasil, o apoio institucional (AI) teve como precursor Campos³, com a proposta do Método Paidéia (também conhecido como Método da Roda), que implica o exercício da cogestão e a configuração de redes cooperativas, com o intuito de ampliar a capacidade de análise e intervenção dos trabalhadores e gestores nas instituições, para lidar com os “conflitos de poder”³(p.133), o que não pode ser respondido com a estrita normalização do processo de trabalho. Envolve uma perspectiva mais democrática e participativa, contemplando o envolvimento dos sujeitos em coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, bem como para a Educação Permanente (EP) e a gestão, além de para o cuidado compartilhado e de seus processos de trabalho^{4,5}.

Nas últimas décadas, diversos autores têm ampliado o debate, contemplando definições e métodos para a implementação do AI, visando à cogestão e atenção nos serviços de saúde, abrangendo o apoio matricial (AM) e a clínica ampliada e compartilhada (CAC)⁶⁻¹². Do mesmo modo, diversos documentos jurídicos e normativos governamentais destacaram essa estratégia de inovação dos modos de gestão e práticas em saúde, a exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH), denominada HumanizaSUS, fundamentada no método da tríplice inclusão (gestores, trabalhadores e usuários), em um processo de cogestão¹³; da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁴; e do documento síntese para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹⁵.

Contudo, o processo de implementação de tais políticas e ações com base na gestão democrática, nos sistemas locais de saúde, tem evidenciado contextos plurais e heterogêneos, além de inúmeras dificuldades para o cumprimento das prerrogativas e competências previstas pela concepção teórica e metodológica Paidéia¹⁶, como

estratégia para a democratização institucional e a ampliação da qualificação, abrangência e resolutividade das necessidades e demandas da população. Entre os desafios para a operacionalização do AI, podem ser citadas: a incipiente qualificação de alguns profissionais para o exercício da cogestão, evidenciando conflitos e disputas pelo poder¹⁷, e a necessidade de priorizar um contato mais próximo entre a rede de serviços e a gestão, valorizando a micropolítica do processo de trabalho¹⁸.

A partir dessas considerações, objetivou-se, com este estudo, contribuir para a reflexão sobre as bases teóricas e operacionais do AI nos espaços de atenção e de gestão do SUS, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS). Pretendeu-se, para tanto, sistematizar as definições e práticas do AI, a partir de uma revisão integrativa da literatura e conforme os pressupostos epistemológicos e operacionais do Método Paidéia, descritos em estudos científicos publicados no período compreendido entre 2005 e 2019.

Aspectos metodológicos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o AI na APS, no Brasil. A busca das publicações foi realizada através da exploração de dados, nas seguintes bases: Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Science Direct*, Periódicos Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e repositórios de teses e dissertações do Instituto de Saúde Coletiva (ISC); da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); e da Universidade Federal do Ceará (UFCE). Ressalta-se que foram inclusos os repositórios acadêmicos, o Google Acadêmico e a busca manual das referências bibliográficas dos estudos selecionados devido à escassez de publicações com a temática nas demais bases de dados consultadas.

Os unitermos foram localizados nos seguintes sites: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MeSH), incluindo “apoio institucional”, “cogestão” e “estratégia saúde da família”, ambos utilizando as línguas portuguesa e inglesa. A combinação dos unitermos em estratégias de busca foi adaptada para cada base de dados consultada: “apoio institucional” AND “cogestão” AND “Programa Saúde da

Família” OR “Estratégia Saúde da Família”, além da aplicação isolada do unitermo “apoio institucional” nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram compilados 288 documentos normativos, artigos científicos, dissertações e teses, organizados em uma base de dados única, em Excel, conforme os tópicos: título, autor(es), ano de publicação, local de publicação, tipo de publicação; objetivo do estudo; definição de AI; e operacionalização do AI. Os critérios de inclusão: publicações indexadas no período compreendido entre janeiro de 2005 e dezembro de 2019; resumo e texto completo disponíveis; e que discutissem a temática central do objeto de estudo. A seleção e a inclusão dos estudos foram realizadas por consenso entre dois pesquisadores.

Do total de artigos selecionados, após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 246 documentos, sendo 188 duplicações e 58 que não discutiam a temática da revisão. Após a leitura na íntegra dos 42 documentos restantes, 18 ainda foram excluídos por não discutirem a temática, restando 24 publicações, que constituíram o corpus da revisão (23 artigos e 1 documento normativo).

Realizada por dois pesquisadores, a extração e a análise dos dados se deram de acordo com os seguintes tópicos: 1) Identificação do estudo – autor(es), ano de publicação, título, periódico; 2) Objetivo do estudo; 3) Definição de AI; 4) Práticas de AI; 5) Resultado/discussões; e 6) Conclusões. A leitura dos artigos foi realizada na íntegra, com posterior alocação dos resultados de cada tópico. Em seguida, analisaram-se os excertos considerados relevantes para a temática investigada, levando em conta as definições e a operacionalização do AI.

Resultados e discussão

Entre os 24 estudos selecionados, 17 descreveram experiências empíricas, mas também discutiram definições para o AI^{9,11,12,17,19-31}, e 7 incluíram reflexões sobre as definições^{2,7,8,10,13,31,32}. Do mesmo modo, foram identificadas as práticas de AI no âmbito da APS, nos estudos analisados por esta revisão integrativa^{2,5,7,9,11-13,17,19-32}.

Quanto ao local de produção dos trabalhos, foram observadas publicações advindas de instituições ou autores residentes/provenientes do Estado da Bahia - 3 (12,5%); do Ceará - 1 (4,2%); de Pernambuco - 1 (4,2%); do Espírito Santo - 1 (4,2%); do Pará - 1 (4,2%), de Minas Gerais - 1 (4,2%); de São Paulo - 5 (20,8%); do Paraná -

1 (4,2%); e do Distrito Federal - 10 (41,5%). A maior concentração dos estudos foi desenvolvida nas regiões Centro-Oeste (Distrito Federal - 28%), Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro - 14% cada) e Sul (Rio Grande do Sul - 14%). No que concerne ao tipo de publicação, constatou-se que a maioria era de artigos científicos - 23 (96,6%), com 1 (3,4%) documento normativo (leis ou portarias).

Principais definições do apoio institucional

No Brasil, as principais definições de AI (Quadro 1) emergiram com a proposta do Método Paidéia³. Este método tem difundidas como principais características a valorização da cidadania, dos direitos, e a distribuição igualitária de poder nas organizações⁸, em uma perspectiva que contrapõe os pressupostos da racionalidade gerencial hegemônica. O método inclui, ainda, a análise e cogestão de coletivos⁵, ao afirmar que “todo sujeito opera segundo coeficientes de autonomia ou de liberdade”³(p.159).

Trata-se de uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos, que possui três eixos de aplicação³³⁻³⁵: AI, uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores; AM, que sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde; e, a CAC, que contempla a aplicação da metodologia Paidéia como estratégia para compartilhar o projeto terapêutico entre usuário e profissionais. Objetiva a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários.

A cogestão é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política¹⁶, que pressupõe que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder⁵. Esta concepção preconiza a “reforma das organizações de saúde com base no estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e redistribuição de poder”¹⁶(p.986), para transformar os espaços em rede cooperativa, onde ocorre a modulação ética das forças que o constituem, já que a vida em sociedade solicita permanências e territórios institucionais³⁶.

É importante destacar que Pereira Junior e Campos⁵ reiteraram que o AI adquiriu dois enfoques: um com o intuito de fortalecer a gestão des-

Quadro 1. Sistematização dos principais conceitos identificados nos artigos analisados.

Autor(es)	Conceitos assumidos pelos autores
Campos ³	“(…)formas horizontalizadas de se construírem contratos de gestão e análise de coletivos, aproximando gestores e trabalhadores para o diálogo na criação e gestão de propostas para o trabalho em saúde”.
	“(…) é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo de fazer cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional”.
Campos ⁴⁰	“O apoio é uma possibilidade de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas”.
Brasil ⁶	“(…) uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”.
Mori e Oliveira ²⁹	“Acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da PNH “.
Barros e Dimenstein ²⁶	(...) “diretriz e um dispositivo que serve para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, trata-se de “convocá-los no seu potencial de criação, para configurar novos modos de gerir o trabalho(...)”.
Pinheiro e Jesus ²⁸	“Método/dispositivo de intervenção em práticas de produção de saúde pública e, nesse sentido, propõe um “modo de fazer” mudanças necessárias para que o SUS se torne cada vez mais um exercício do comum, do público”
Brasil ¹³	“(…) implica num modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. O apoio institucional busca auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. Ora ajudando as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos, ora auxiliando a construção e utilização de ferramentas e tecnologias”.
Oliveira ⁷	“O apoio institucional é pensado na PNH como uma função gerencial que busca a reformulaçãodo modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”.
Campos et al. ¹⁶	“O Apoio Institucional é uma metodologia que busca elaborar formas de lidar com as relações entre os sujeitos de outro modo, reconhecendo que dentro de um serviço de saúde se há produçãosocial e subjetiva dos usuários e trabalhadores”.
	“um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo para fazer cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional.É uma função que pode ser exercida tanto pelo gestor, quanto pode constituir um cargo específico,uma vez que várias instâncias do SUS já contam com grupos de apoiadores institucionais”.
Klitzke ⁹	“É um “guia de ação” para organizar a gestão da atenção básica para os dirigentes comprometidos em implementarem o SUS e os princípios da reforma sanitária brasileira”
Mattos ³³	“Movimento de construção coletiva criando novos e mais agrupamentos voltados para a produçãodo cuidado”.

continua

centralizada e cooperativa do SUS, considerada um AI integrado³⁷; e outro, direcionado ao apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção em serviços e sistemas de saúde. Em consonância com o debate introduzido, sobre as necessidades de mudanças na atenção e gestão do SUS, o HumanizaSUS propõe a transversalidade-transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde e a indissociabilidade entre atenção e gestão, além de protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos^{6,13}.

O HumanizaSUS se consolidou como um marco normativo, direcionando reflexões de diversos autores que o adotaram para propor as definições de AI, considerando a cogestão^{5,7,10,12,13,19,21,23,24,29}. Como diretrizes, o HumanizaSUS expressa o método da inclusão, a CAC, cogestão; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; e o fomento dos espaços coletivos e redes. Assim, a humanização, como um conjunto de estratégias para qualificar a atenção e a gestão, se estabelece como construção e ativação de atitudes ético-estético-políticas de corresponsabilidade e como

Quadro 1. Sistematização dos principais conceitos identificados nos artigos analisados.

Autor(es)	Conceitos assumidos pelos autores
Maia e Neves ¹⁰	“O apoio é, então, um dispositivo de abertura das comunicações, de romper verticalidades(hierarquia) e horizontalidades (corporação), arrastando, numa deriva, as regras e as interdições”.
Pereira Junior e Campos ⁵	“É um arranjo de gestão das redes de atenção, dos serviços e dos sistemas de saúde”.
Santos et al. ¹⁹	“(…) pressupõe a cogestão, ou seja, implica processos de negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos e planos”.
Pavan e Trajano ¹¹	“O apoio institucional se coloca então como uma função gerencial que reformula o modotradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, apoiando processos de mudança em grupos e organizações, processos de cogestão do trabalho, em oposiçãoao autoritarismo/centralização de poder nas práticas de saúde”
Machado e Mattos ¹²	“(…) um dispositivo estratégico para mobilizar os atores envolvidos no cuidado, na tentativa de modificar as ações em saúde, buscando aproximar a gestão do território de práticas e ainda, promover o cuidado centrado nas necessidades do usuário”.
Casanova et al. ²⁴	“(…)uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde [...]
Shimizu e Martins ²⁵	“Estratégia potente para estimular e manter os trabalhadores implicados com a transformação dos modos de gerir e do cuidar dos usuários na ESF, bem como com a sua satisfação no trabalho”.
Bedin et al. ³⁰	“É uma estratégia de gestão que visa produzir espaços coletivos de decisão e de trocas, provocando a ressignificação do conhecimento da equipe apoiada sobre o seu trabalho e a capacidade de análise e intervenção dos processos que compõem o seu fazer”
Paulon et al. ²	“Função que se situa na delicadeza do encontro entre esses grupos/equipes e alguém que cumpresse papel de apoiar”.
Santos et al. ¹⁹	“(…) está pautado na cogestão e tem como objetivo desenvolver e aprimorar estratégias de supervisão e avaliação dos serviços de saúde. Tal proposta pressupõe um espaço coletivo de articulação entre gestão e cuidado, incentivando a participação dos sujeitos em coletivos organizados visando a produzir bens ou serviços e promover a educação permanente e a gestão compartilhada da instituição e de seus processos de trabalho”.
Cardoso et al. ²¹	“(…) apoio é um método de intervenção que expressa um modo de fazer em grupalidade, buscando-se redes de coletivos. ”
Guizardi e Cavalcanti ³⁴	“(…) consiste em uma tecnologia de intervenção na organização do trabalho, que visa ampliar a democracia institucional na produção de saúde”

Fonte: Autores.

rede de conectividade, que possibilita a troca de saberes e práticas.

Operacionalmente, consiste em um modo de organizar os processos de trabalho, de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas ao usuário e à sua rede social. Desta forma, os aspectos teóricos da cogestão e do AI^{3,6,13} passam a ser incluídos em diversas estratégias para mudanças no modelo de atenção e de gestão, com a inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), considerando a perspectiva da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, por meio da constituição de equipes de referência, CAC e AM.

É uma revalorização das proposições de gestão coletiva e participativa, especialmente no que concerne à formação de colegiado gestor para integração dos atores envolvidos na análise e tomada de decisões no território e nas instituições. Sem, contudo, suprimir a participação popular mediante os conselhos de saúde⁸. Por outro lado, a ampliação da capacidade de análise de coletivos corrobora a necessidade de lidar com os conflitos e problemas, na perspectiva da cogestão, ante a existência de distintos poderes dos trabalhadores, gestores e usuários (método da tríplice inclusão) e a interferência do sucesso ou insucesso das práticas de gestão, seja na vida, enquanto cidadãos, seja nas suas práticas profissionais^{8,38}.

A necessidade de mobilização dos atores para promover a mudança no modelo de gestão tam-

bém foi discutida por Machado e Mattos¹², que enfatizaram a premência da integração entre a gestão e a atenção à saúde. Nesta concepção, tal agenciamento estimula o exercício da cogestão, ao atribuir agrupamentos voltados para a produção social da saúde¹². Esta convocação converge à proposta de Campos *et al.*⁸, de integração com caráter deliberativo, com o intuito de desconstruir as relações tradicionais de gestão, consideradas por eles como assépticas e/ou distantes.

Nessa perspectiva, compreende-se o AI como um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo de cogerir que pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. É uma função que tanto pode ser exercida pelo gestor quanto pode constituir um cargo específico, uma vez que várias instâncias do SUS já contam com grupos de apoiadores institucionais³⁹.

Para isso, Campos⁴⁰ reiterou a importância do fortalecimento do AM organizado pela lógica do trabalho em cogestão no contexto institucional, para que as equipes de saúde possam potencializar o trabalho interprofissional e viabilizar a realização de intervenções integradas à clínica, em uma relação de cooperação e reciprocidade. A integração de todos os pontos da rede (território, atenção, relação interpessoal, família, comunidade, serviço) passa a ser sugerida como estratégia para a democratização das relações, a partir do encontro entre pessoas e as novas relações horizontais⁴¹. O rompimento das verticalidades (hierarquia) e horizontalidades (corporação) é atribuído ao AI para ampliar a autonomia e permitir transformações no processo de trabalho¹⁰.

Contudo, vale destacar que a função de apoio pode gerar incômodo entre os atores envolvidos^{7,24,35}. Embora, a crítica à gerência tradicional, considerada hegemônica, esteja presente nos textos avaliados por este estudo, alguns autores apontaram para a fragilidade dos sistemas de cogestão^{2,7,30}.

As referidas concepções reforçam o conceito de cogestão voltado para a conformação de uma rede assistencial no SUS e na APS. Ante a complexidade dos processos sociais, sanitários e/ou pedagógicos, busca-se, a partir de equipes de referência e AM, “pensar modos de se lidar com esses processos, considerando a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, para o enfrentamento de problemas sem, contudo, perder-se o padrão de responsabilização e compromisso com a produção de saúde”²⁵(p.988).

Nessa lógica, o AI propõe repensar a relação singular entre os profissionais e os usuários,

considerando que as mudanças estruturais e organizacionais têm resultados mais promissores quando são acompanhadas por processos de transformação no modo de ser dos sujeitos envolvidos. Portanto, pressupõe a construção de uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a necessidade e a possibilidade de adaptação dessas regras gerais às inevitáveis variações presentes em cada caso³⁶. Esta proposta inclui a construção compartilhada de planos de intervenção, a pactuação do objeto de intervenção, uma Equipe Transdisciplinar de Referência (ETR), a utilização de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a difusão da CAC, com as discussões em uma equipe multidisciplinar dos casos clínicos identificados nos territórios.

Os estudos^{2,19,21,30,36,41} corroboraram a expectativa de que o AI viesse a fortalecer a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. A proposição de novos fóruns de cogestão, o movimento em direção a outros atores e grupos, assim como uma postura de maior responsabilização pelos processos e de maior liderança na equipe foram citados, embora em menor proporção.

Para diversos autores^{11,21,24,41}, a operacionalização do AI pode se concretizar mediante a ativação de espaços coletivos; o reconhecimento das relações de poder, afeto e a circulação de saberes; a construção de objetivos comuns, e a pactuação de compromissos e contratos; a inclusão de processos de qualificação das ações institucionais; e a promoção e ampliação da capacidade crítica dos grupos.

No âmbito da Atenção Básica (AB), escopo de reflexão deste trabalho, o AI foi também incorporado como uma função gerencial de suporte à implementação e consolidação da PNAB, principalmente no tocante à sua adequação aos contextos e políticas locais⁴¹.

Neste sentido, Pereira Júnior e Campos⁵ buscaram articular o AM à gestão da clínica, com a finalidade de fortalecer a tomada de decisões compartilhadas entre trabalhadores e gestores. A gestão da clínica implica a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde, com a finalidade de integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴². Tal ampliação pressupõe mudanças no objeto de trabalho, ao incorporar o trabalho coletivo às variáveis em coprodução interprofissional; nos objetivos do trabalho, que passa a apoiar o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos; e nos meios de trabalho em saúde, reformulando a relação clíni-

ca por meio da interdisciplinaridade e da CAC¹⁶. E isto requer a capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas, sobre o que se passa na relação entre a equipe e entre a equipe e os usuários, e deliberando coletivamente sobre tais assuntos³⁷.

A ETR constitui, no caso da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe responsável por uma clientela adscrita, pertencente a dado território do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), este que, a partir do AM, pressupõe não só apoio educativo para a ETR, como também ações realizadas conjuntamente com ela, o que amplia sua capacidade resolutiva e a qualifica para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos.

Operacionalização do apoio institucional na Atenção Primária à Saúde

Para a operacionalização do AI, do AM ou das relações clínicas, há algumas recomendações metodológicas que compreendem a inserção do apoiador institucional na operacionalização da cogestão, em associação com os trabalhadores da saúde e os usuários, além da necessidade de ampliação da compreensão e capacidade operacional dos coletivos, para desenvolver o Método Paidéia.

O exercício do apoio sempre irá pressupor a instalação de algum grau de cogestão, de democracia institucional. O exercício compartilhado de governo implica a coparticipação de sujeitos, com distintos interesses e diferentes inserções sociais, em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados. Embora opere na perspectiva da gestão participativa, faz-se necessário ao papel do coordenador algo entre um analista e um líder, um misto de racionalidade e capacidade de liderança⁴.

Campos *et al.*¹⁶(p.47) afirmaram que “o apoiador é a figura que pode ajudar a equipe a refletir acerca de suas práticas cotidianas, com o objetivo de aumentar a capacidade de intervenção sobre a realidade. Assim, ele funciona tanto como um espelho quanto como alguém que traz vozes, experiências e saberes de fora do grupo; alguém capaz de reconhecer os valores e expressar propostas de mudança, por meio da composição de uma ética para si mesmo e para o outro (ou com o outro)”. O objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, no caso, saúde⁴³.

Nesse ínterim, Klitzke⁹ destacou como práticas do PMAQ-AB vinculadas à função do apoiador institucional:

*a reflexão sobre as formas e modos de fazer gestão; apoiar a equipe para organizar processo de autoavaliação e avaliação do conjunto do trabalho da equipe; apoiar as equipes de saúde para pensar em seus cotidianos de trabalho e formas de operar a gestão do cuidado e o cuidado em saúde ofertado à população; discussão e montagem das agendas das equipes; mediação dos processos de planejamento, considerando o Plano Municipal de Saúde e a construção do planejamento local; suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea; suporte à construção de projetos terapêuticos singulares; suporte à implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede, a partir da equipe da Unidade Básica de Saúde; facilitação da organização de intervenções intersectoriais; análise de indicadores e informações em saúde; discussão do perfil de encaminhamentos da unidade; mediação de conflitos; suporte e articulação de ações de apoio matricial das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); e outros arranjos de apoio matricial.*⁹(p.52).

Nessa perspectiva, o apoiador se insere em um processo de movimento de coletivos, auxiliando e ofertando conceitos e tecnologias para a análise das instituições, buscando novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e de autonomia⁴³.

Contudo, vale destacar que a função de apoio pode gerar incômodo entre os atores envolvidos^{7,23}, especialmente quanto à dificuldade de reorganização dos processos de trabalho e repactuação das ações em um novo espaço de gestão nos serviços locais²¹, tendo em vista que as “pessoas estavam cansadas e resignadas, acostumadas com organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras, que valorizam a produção de procedimentos e atividades (...)”¹⁶(p.17).

Ademais, muitas vezes o apoiador institucional não ocupa, de fato, seu lugar nos espaços de gestão, por não compreender as atribuições pertinentes à função ou devido à falta de autonomia frente à hierarquia institucional. Como consequência destes obstáculos, observa-se, em determinadas situações, que as pautas dos encontros se restringem a repasses de informações técnico-operacional-administrativas, revelando a ausência de uma maior reflexão, discussão e análise do processo de trabalho¹⁹.

Campos *et al.*¹⁶(p.46) reiteraram que “a formação do apoiador ocorre mediante prática re-

flexiva e na discussão dessas práticas em um espaço coletivo formal com outros apoiadores. Ou seja, a formação acontece no processo dinâmico de apoiar um coletivo organizado”.

No entanto, a consolidação dos espaços colegiados gestores, ao demandar a ampliação da capacidade dos sujeitos para lidar com o poder, também pode revelar outros conflitos e disputas no interior dos microespaços de atuação⁸. O apoiador pode reconhecer a importância da equipe para compartilhar as angústias e frustrações que o trabalho em saúde proporciona, apesar de ainda identificar impasses para a efetivação dessa dinâmica coletiva no interior dos serviços¹⁶. Assim, é imprescindível analisar até que ponto e como a função do apoio tem sido concretizada nas práticas dos serviços, ante a dificuldade do apoiador institucional para operar os dispositivos relacionados à cogestão, frente a um processo de trabalho fragmentado.

Guizardi *et al.*³³ analisaram as potencialidades e os limites da função AI como estratégia para democratizar a gestão federal de políticas de saúde, a partir da PNAB, e apontaram que, apesar de a lógica primar pelo sentido compartilhado de configuração microssociológica pautado pela reciprocidade, e de ter engendrado e fortalecido redes sociotécnicas, a relação de apoio acaba reduzida ao papel de uma referência técnica formal, por vezes limitada ao desenho da estratégia de gestão adotada em determinadas conjunturas. Outros autores^{11,17,19,20,23,24} destacam que estas ações deveriam ter como objetivo problematizar o saber-fazer dos trabalhadores por meio de reflexões críticas e problematizadoras e acerca do mapeamento da compreensão/interpretação de temáticas vinculadas às reais necessidades do SUS.

Contudo, algumas experiências⁴⁴ demonstraram que, apesar de traduzida como AI, a gestão foi instituída em uma ordem burocrática, aliada a uma obrigatoriedade, com distanciamento teórico e político do processo de cogestão, ausência de momentos de reflexão e avaliação, predomínio do componente administrativo, falta de organicidade política e autonomia do seu gerenciamento pela gestão municipal e a verticalização das decisões. As evidências da predominância do componente administrativo revelaram as deficiências na implantação do método, que se transformou em mais uma ferramenta burocrática e não contribuiu para romper com o modelo gerencial hegemônico.

Para o real efeito do Método Paidéia dentro de um sistema de saúde, são necessárias transformações estruturais e políticas, e não somente

nas rodas das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, deveria haver uma congruência de esforços no âmbito político para a desprecarização de vínculos, ampliação da EP e o exercício de nova práxis no campo do trabalho em saúde, rompendo, assim, com o atual modelo caracterizado pela submissão e pela dependência política^{44,45}.

Cabe destacar o estudo de Oliveira⁷, que objetivou discutir as potencialidades do AI como modo de intervenção nas relações de trabalho, no sentido da democratização institucional. Para, além disto, faz-se necessário compreender a motivação pelo trabalho, a subjetividade presente nas relações cotidianas dos serviços, expressada muitas vezes nos seus afetos e desafetos, e buscar introduzir um olhar mais integral para os processos, por meio de ações de EP em saúde.

A proposta de cogestão de coletivo é a fundamentação de um novo modo de fazer a cogestão de instituições, o que implica a formação de sujeitos com capacidade de analisar e intervir no campo do trabalho, rompendo com a racionalidade gerencial hegemônica da cisão entre a formulação e a execução. Requer um processo subjetivo e social, no qual as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão dos outros, de si mesmas e de contextos, aumentando sua capacidade de agir^{21,40}.

Os coletivos organizados podem ser definidos como equipes de trabalho, conselhos de cogestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção. Independentemente da forma adotada, correspondem a espaços concretos de lugar e tempo, destinados à escuta e circulação de informações²¹. Desta forma, o Método Paidéia é uma metodologia para a educação de pessoas e desses coletivos, objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e intervir no mundo e, ainda que seja autoaplicável, depende da apropriação, por um coletivo, de seus conceitos fundamentais⁴².

Um desenho metodológico de operacionalização do Método Paidéia, proposto por Campos³, incluiu quatro dimensões: 1) político-social; 2) subjetivo-terapêutico; 3) pedagógico; e 4) estritamente gerencial. A dimensão político-social do método compreende a ideia de poder compartilhado e propõe arranjos voltados para ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores, construindo uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados. A subjetivo-terapêutica pressupõe um processo de trabalho em saúde mediado pela intersubjetividade nas organizações de saúde e das instituições so-

ciais. Já a pedagógica, envolve a prática de aprender a ter poder, e é necessária para a construção da liberdade e da justiça. Por fim, a estritamente gerencial refere a operação concreta no cotidiano, a gestão do processo do trabalho; a correção de problemas e redefinição de rumos³.

Nesse sentido, para diversos autores^{2,7,11,12,20-27,30-32,46-48}, a operacionalização do AI pode se concretizar mediante a ativação de espaços coletivos; o reconhecimento das relações de poder, de afeto e a circulação de saberes; a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; a inclusão de processos de qualificação das ações institucionais; além da promoção e da ampliação da capacidade crítica dos grupos.

A cogestão, portanto, prevê a construção de um conjunto de práticas voltadas à reorganização de intervenções por um coletivo que busca a construção de acordos, compartilhamento de responsabilidades e a priorização das temáticas. Para tanto, é condição obrigatória a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, em um processo que permita, de fato, a transformação dos modos de organização dos processos de trabalho, priorizando a interdisciplinaridade, com vistas a fomentar o protagonismo, a troca de experiências e as discussões.

É importante ressaltar a necessidade de apoio aos profissionais para o desenvolvimento de uma postura analítica sobre o contexto, ampliando sua capacidade técnica para intervir e instituir mudanças nas relações com os demais profissionais e com os usuários, articuladas às necessidades do contexto em que trabalham¹⁶. Além disto, preconiza-se que o planejamento e o processo de tomada de decisão contemplem a participação cidadã, por meio de plenárias populares de saúde, em consonância com as instâncias democráticas preconizadas pelo SUS^{10,11,16,20,21,26-30,33,48}. Nesta lógica, busca-se desenvolver a noção de que “todo encontro clínico ou sanitário é um “espaço coletivo”; em que se faz necessária a reflexão sobre esses papéis e responsabilidades distintos. Tal reflexão deve subsidiar linhas de mudança necessárias para reorientar o trabalho clínico e em Saúde Coletiva, buscando a ampliação do seu núcleo de conhecimento e de práticas, e o seu compartilhamento entre trabalhador e usuário. Trata-se de inventar modos de cogestão do ato e do processo clínico e sanitário em geral”⁸(p.990).

Essa proposta inclui a construção compartilhada de planos de intervenção, a pactuação do objeto de intervenção, uma ETR, a utilização de um PTS e a difusão da CAC com as discussões

em uma equipe multidisciplinar dos casos clínicos identificados nos territórios^{7,10,33}.

Dessa forma, tal integração busca também fortalecer práticas regidas por negociações, mapeamento dos problemas, reflexão e análise das questões levantadas e pela implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF), preconizando a inclusão, no cotidiano, de um Grupo de Trabalho de humanização. A gestão colegiada e a conformação de unidades de produção são consideradas favoráveis à construção de projetos terapêuticos⁴⁰.

Diante do supracitado, pontua-se que a indissociabilidade entre a atenção e a gestão tem sido o fio condutor do PMAQ-AB, especialmente no que se refere ao instrumento de autoavaliação das equipes¹⁴, que preconiza um modelo participativo de avaliação, de modo que o julgamento das ações das gestões e das equipes sejam realizados com o envolvimento das equipes de AB, gestão e usuários, independentemente do nível de formação dos envolvidos. Esta perspectiva pressupõe o compartilhamento de responsabilidades e a apropriação, por todos, do processo de trabalho e dos indicadores de saúde pactuados, possibilitando o fortalecimento da gestão democrática no âmbito da APS¹⁸.

Outra dimensão valorizada pelos diversos estudos foi a interface entre a cogestão e a CAC, na perspectiva de aproximar o AI e o AM. Diversos autores pontuaram a necessidade de execução de práticas intra e intersetoriais voltadas para a ativação e comunicação entre as redes, possibilitando a construção de fluxos entre serviços, o matriciamento na rede, as trocas solidárias, o fomento ao protagonismo de análises compartilhadas e intervenções nos seus espaços de trabalho^{2,3,11,20,24,26,28,30}.

Considerações finais

Esta revisão integrativa sintetiza o conhecimento acerca do AI no âmbito da APS, no Brasil. Embora haja um reconhecimento dos avanços alcançados na produção científica sobre a temática, evidenciam-se lacunas, tanto relacionadas às definições do AI quanto à sua operacionalização, e confirma-se o movimento de institucionalização do apoio no âmbito da APS, o que possibilita o entrever de avanços, de dificuldades e de contradições. Ou seja, foi possível uma visibilização do movimento de construção coletiva, em diferentes territórios, em suas práticas de apoio na transformação dos contextos de saúde locais, sem que se perdesse a conexão com os movimentos de

formulação e efetivação das políticas públicas de saúde no território nacional.

Buscando superar esse modo tradicional nas práticas de saúde, o método do AI tem como pressuposto a prática da democratização das relações institucionais, com a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários como protagonistas e corresponsáveis na produção do cuidado em saúde, com estímulo a práticas que superem o modelo hegemônico. Contudo, as experiências analisadas apontaram fragilidades, especialmente no que concerne à autonomia dos atores inseridos nos processos de tomada de decisão. Do mesmo modo, observou-se a existência de processos de implementação de políticas de saúde desarticulados das demandas dos territórios, permeados pela falta de discussão e de análise em relação ao processo de trabalho, o que pode contribuir para um entendimento incipiente da função do apoiador institucional. Entretanto, isto não pode ser lido em termos quantitativos, já que a maioria dos relatos e pesquisas, excetuando-se aquelas que recorrem aos dados produzidos no âmbito do PMAQ-AB, decorre de análises qualitativas, relatos de experiência e estudos de casos simples.

Resta, ainda, como desafio, não apenas traduzir esses resultados enquanto aspectos operacionais relevantes para a qualificação dos processos de trabalho, mas que consigam intervir de forma substantiva nos processos decisórios, conforme a definição de democracia. Depara-se, então, com um importante paradoxo, ainda não refletido em termos conceituais e práticos, o qual é crucial para a sustentabilidade dos processos, movimentos e lutas pela democratização da gestão em saúde no âmbito da APS.

Assim, destacam-se como desafios a necessidade de manutenção das ações disparadas e de coletivos organizados, a apropriação do novo modo de fazer saúde com a participação dos usuários, a reaproximação dos apoiadores do HumanizaSUS e a vinculação dos apoiadores com as equipes.

Não há intenção, aqui, de abordar a ampla discussão sobre a temática, mas de sinalizar que há acúmulos teóricos e práticos produzidos no SUS e na Saúde Coletiva. Assim, faz-se necessário reafirmar o AI enquanto ferramenta de gestão transversal, envolvendo e corresponsabilizando gestores, trabalhadores e usuários na produção de sujeitos e coletivos, que são parte da construção de políticas públicas inclusivas, fomentando a responsabilidade solidária e o estreitamento de vínculos afetivos, tecendo redes de saúde para a integralidade e efetivação do cuidado.

Apoiar coletivos organizados para a produção de saúde e de sujeitos na APS constituiu tarefa hipercomplexa e de rico aprendizado técnico, humano e social. Diferentes saberes, relações de poder e afetos circulando, diversos interesses, atravessamentos políticos e mudanças constantes nos cargos gerenciais exigem pactuações frequentes no decorrer da intervenção. E isto aponta os caminhos de transformação das relações de trabalho institucionais, especialmente fortalecendo a ideia de atenção em rede, e preconizando a integração da cogestão aos pilares da APS por meio de uma incrementação das práticas da democracia institucional que permita o desenvolvimento técnico e relacional entre as equipes, favorecendo o cuidado integral e resolutivo, preconizado pelo SUS.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e/ou interpretação dos dados, assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

- Paim J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- Paulon SM, Pasche DF, Righi LB. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(1):809-820.
- Campos GWS. *Um método para análise e gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org Demo* 2010; 11(1):31-46.
- Pereira Junior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface (Botucatu)* 2014; 18 (Supl. 1): 895-908.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS*. Brasília: MS; 2012.
- Oliveira GN. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Tempus Actas Saude Colet* 2012; 6(2):223-235.
- Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2013; 18 (Supl. 1): 983-995.
- Klitzke DD. *Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil: um caminho possível?* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
- Maia MAB, Neves CAB. Qual a potência do apoio institucional no campo da saúde pública? *Interface (Botucatu)* 2014; 18(1):821-831.
- Pavan C, Trajano ARC. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(1):1027-1040.
- Machado SS, Mattos RJB. Apoio institucional na atenção básica: a experiência no município de Salvador – BA. *Rev Baiana Saude Publica* 2015; 39(1):139-149.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa, cogestão*. Brasília: MS; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: MS; 2012.
- Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2013; 18 (Supl. 1):983-995.
- Guedes CR, Roza MMR, Barros MEB. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad Saude Colet* 2012; 20(1):93-101.
- Melo LMF, Martiniano CS, Guimarães J, Souza MB, Rocha PM. Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. *Saude Debate* 2016; 40(108):8-22.
- Santos AF, Machado ATGM, Reis CMR, Abreu DMX, Araújo LHL, Rodrigues SC, Lima AMLD, Jorge AO, Sobrinho DF. Institutional and matrix support and its relationship with primary healthcare. *Rev Saude Publica* 2015; 49(54):1-7.
- Fernandes JA, Figueiredo MD. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis* 2015; 25(1):287-306.
- Cardoso JR, Oliveira GN, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(3):1-13.
- Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl. 1):957-970.
- Paixão L, Tavares MFL. A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl. 1):845-858.
- Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS – Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4417-4426.
- Shimizu HE, Martins T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(1):1077-1087.
- Barros SCM, Dimenstein M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estud Pesqu Psicol UERJ* 2010; 10(1):48-67.
- Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis* 2009; 19(4):1087-1109.
- Pinheiro MEC, Jesus LMM. Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl. 1):1135-1143.
- Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):627-640.
- Bedin DM, Scarparo HBK, Martinez HA, Matos IB. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. *Saude Soc* 2014; 23(4):1397-1407.
- Salgado ACS, Pena RS, Caldeira LWD. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl. 1):909-918.
- Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):603-613.

33. Mattos TCA. *Função de apoio e a gestão estadual: entre encontros, afetos, trilhas, armadilhas e dobras-cartografias da saúde no Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2013.
34. Guizardi FL, Cavalcanti FO. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(34):633-646.
35. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
36. Oliveira GN. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
37. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. *Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS*. Brasília: MS; 2011.
39. Barembliitt G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari; 2002.
40. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
41. Guizardi FL, Lemos ASP, Machado FRS, Passeri L. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis* 2018; 28(4):e280421.
42. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond JRM, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
43. Barros MEB, Roza MMR, Guedes CR, Oliveira GN. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl. 1):1107-1117.
44. Ponte HMS, Oliveira LC, Avilla M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). *Saude Debate* 2016; 40(108):34-47.
45. Cincurá RN. *Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
46. Bastos ENE, Medeiros JA, Amaral MES, Maerschner RL. O desenvolvimento do papel de apoiador institucional em Fortaleza - Ceará. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 388-411.
47. Martins C, Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorando um navio no espaço. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(60):13-22.
48. Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Artigo apresentado em 24/09/2020

Aprovado em 01/06/2021

Versão final apresentada em 03/06/2021

Editores chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva