

JANAINA RODRIGUES CARDOSO

CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
NA REGIONAL RECANTO DAS EMAS, DISTRITO FEDERAL

Brasília, 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JANAINA RODRIGUES CARDOSO

CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
NA REGIONAL RECANTO DAS EMAS, DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção  
do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de  
PósGraduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Gustavo Nunes de Oliveira

Brasília

2015

JANAINA RODRIGUES CARDOSO

CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS DE APOIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
NA REGIONAL RECANTO DAS EMAS, DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção  
do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de  
PósGraduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 26 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira – (presidente)  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dais Gonçalves Rocha  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Dr. Ricardo Sparapan Pena  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Eri Shimizu (Suplente)  
Universidade de Brasília – UnB

Dedico este trabalho ao Eder, meu marido e meu amor, e à minha minha mãe, pelo seu exemplo de vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Gustavo Oliveira, meu orientador, que acompanhou toda a construção desta intervenção com muita dedicação, paciência e comprometimento, me inspirando confiança para construir esta pesquisa com liberdade.

À Professora Doutora Paula Furlan, por ter vivido a pesquisa de campo comigo e ter compartilhado seu conhecimento de forma tão amável e sábia.

Ao grupo de pesquisa pelo aprendizado, pela amizade construída e pela participação imprescindível para a realização deste trabalho, em especial à Milena, ao Magno e ao André pela disponibilidade de estarem comigo na condução dos grupos focais, e à Francini pela sua colaboração imprescindível.

Aos gestores e trabalhadores do Recanto das Emas por sempre terem acreditado na potencialidade deste trabalho, pois sem eles este trabalho seria inviável.

Aos gestores e técnicos da SAPS e da Fepecs pelo envolvimento.

Aos apoiadores institucionais do Ministério da Saúde por compartilharem suas experiências de apoio, em especial às colegas: Ailana, Maria da Paz, Michele, Nara e Rejane pela paciência e generosidade; à Ligia pelos momentos de aprendizado compartilhados; e ao Sérgio pela compreensão e paciência.

Aos professores e colaboradores da Faculdade de Saúde Coletiva da UnB.

Às colegas do Mestrado: Charlene, Mayara, Pauline, Aline, Kelly e Maria Alessio; por terem compartilhado experiências e aprendizado.

Aos professores doutores: Dais Rocha, Ricardo Pena e Helena Shimizu; pela participação na minha banca e pelas ricas contribuições.

À minha amiga Mércia, pela confiança, paciência e apoio nessa caminhada.

À querida Kátia Uchimura, pelo seu incentivo e contribuição no projeto para minha inserção no mestrado.

Aos meus familiares: minha mãe, Aloma, Taty, Júlia e João Vitor; que sempre me impulsionam em direção às vitórias. Amo vocês!

Ao meu marido, que me incentivou e torceu pela minha inserção neste mestrado e que, durante todos os momentos da construção deste trabalho, esteve ao meu lado, me passando confiança e tranquilidade e me auxiliando nos momentos mais difíceis. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho.

Ninguém vence sozinho. Obrigada a todos!

## RESUMO

A pesquisa foi realizada no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, apostando-se na inserção do apoio institucional como dispositivo para ressignificar a compreensão dos processos de trabalho e de gestão da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, buscou-se cartografar as práticas de apoio na Atenção Primária à Saúde da Regional Administrativa do Recanto das Emas e correlacioná-las com as prioridades de saúde do Distrito Federal, mediante pesquisa intervenção, sob referencial qualitativo, com métodos participativos, produção de narrativas coletivas e cartografia. A experimentação do apoio propiciou: qualificação e alinhamento das ações institucionais com as prioridades da gestão; qualificação, humanização e melhoria dos processos de trabalho e da gestão; implantação de colegiados gestores; ativação de redes de coletivos preocupados com a qualificação da assistência e da gestão; intervenção nas práticas cotidianas dos serviços da Atenção Primária. Conclui-se que as práticas de apoio podem aprimorar os processos de gestão democrática e contribuem para a qualificação da assistência.

**Palavras-chave:** Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde, Integralidade em Saúde, Gestão em Saúde, Humanização da Assistência.

## **ABSTRACT**

The survey was conducted within the National Health System of the Federal District, focusing on the integration of institutional support as a device to reframe the understanding of work processes and management of Primary Health Care. In that context, we sought to map the supporting practices of Recanto das Emas' Primary Administrative Regional Health and correlate those to the health priorities of the Federal District through research intervention in a qualitative framework, participatory methods, production of collective narratives and cartography. The trial of the support provided qualification and alignment of institutional actions with the priorities of management; qualification, humanization and improvement of work processes and management; incorporation of collegiate managers; activation of collective networks concerned with the qualification of care and management; intervention in the daily practices of primary care services. Conclusively, the support practices can enhance the democratic management processes and contribute to the quality of care.

**Keywords:** Public health, Primary Health Care, integrality in health, health management, humanization of assistance.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de constituição dos grupos de intervenção do apoio .....	61
Figura 2 Diagrama de intervenção dos espaços coletivos .....	65
Figura 3 Problemas organizacionais identificados pelo Colegiado Gestor do RE .....	68
Figura 4 Conformação das rodas de apoio .....	69

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Quantidade de encontros por grupos de intervenção do apoio .....	61
Tabela 2 – Problemas para o exercício da função de coordenação de programa ....	77

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CF1 - Clínica da Família1

COAP - Contratos Organizativos de Ação Pública

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAD - Departamento de Apoio à Descentralização

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica

DAI - Departamento de Articulação Interfederativa

DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DARAS - Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde

DAS - Diretor de Atenção a Saúde

DF - Distrito Federal

DIRAPS - Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde

eSF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

Fepecs – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

GDF - Governo do Distrito Federal

GM - Gabinete do Ministro

GO - Goiás

GPP - Gerência de Políticas e Programas

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICS - Instituto Candango de Solidariedade

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

MPAS - Ministério da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NGAI - Núcleo Gestor do Apoio Integrado

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PIB - Produto Interno Bruto

PLUS - Plano de Localização de Unidade de Serviços

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNS - Plano Nacional de Saúde

PSC - Programa Saúde em Casa

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RE - Recanto das Emas

SAPS - Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SC - Santa Catarina

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SE - Secretaria Executiva

SEPLAN - Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SESAI - Secretaria Especial da Saúde Indígena

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SM - Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB - Universidade de Brasília

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
1.1 CONHECENDO O DISTRITO FEDERAL E A REGIÃO ADMINISTRATIVA RECANTO DAS EMAS .....	16
1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF E NO RECANTO DAS EMAS .....	18
1.3 AS PRIORIDADES DE GOVERNO PARA A ÁREA DA SAÚDE NO DF.....	19
2 JUSTIFICATIVA .....	23
3 OBJETIVOS .....	26
3.1 OBJETIVO GERAL .....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
4 CAMPO TEÓRICO.....	27
4.1 SAÚDE COMO DIREITO .....	27
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	28
4.3 CONHECENDO AS BASES TEÓRICO METODOLÓGICAS SOBRE O APOIO	33
4.3.1 Apoio Paidéia .....	33
4.3.2 Apoio Interno e Externo.....	37
4.3.3 Modalidades do Apoio.....	37
4.3.3.1 Apoio Matricial.....	38
4.3.3.2 Apoio Institucional .....	39
4.4 ESPAÇOS COLETIVOS COMO UMA QUESTÃO METODOLÓGICA PARA A INSTALAÇÃO DA COGESTÃO PARA O EXERCÍCIO DO APOIO.....	39
4.5 O APOIO INTEGRADO E AS REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	41
4.6 PESQUISA INTERVENÇÃO .....	48
4.6.1 Cartografia.....	50
4.6.2 O Conceito de Intervenção.....	53
4.6.3 Narrativas .....	54

5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	56
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	63
6.1 ESPAÇOS DE INTERVENÇÃO DO APOIO: GRUPO DE COGESTÃO .....	69
6.2 ESPAÇOS DE INTERVENÇÃO DO APOIO: GRUPO DE APOIO À GPP .....	74
6.3 AS PRIORIDADES DA GESTÃO E O APOIO INSTITUCIONAL .....	81
6.4 DEVOLUTIVA DA PESQUISA: OPORTUNIZANDO VALIDAÇÃO DE CATEGORIAS DE ANÁLISE E EFETIVANDO OS PROCESSOS PARTICIPATIVOS JUNTO AOS SUJEITOS INTERESSADOS .....	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	89
8 REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE A – Roteiros norteadores .....	101
ANEXO A – Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética .....	105

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONHECENDO O DISTRITO FEDERAL E A REGIÃO ADMINISTRATIVA RECANTO DAS EMAS

Em sua fundação o Distrito Federal possuía 0,2% da população brasileira. Atualmente chega a 1,4%, com 2.570.160 habitantes (IBGE, 2010e). A taxa de crescimento populacional anual, no período de 2000 a 2010, foi de 2,28%, enquanto a brasileira foi de 1,17%, sendo a quarta unidade da federação que mais cresceu. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Distrito Federal (DF) é três vezes acima da média brasileira. Trata-se da unidade da federação com a maior arrecadação e possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,844, ficando apenas 0,003 pontos abaixo de Florianópolis (SC) que possui o maior do Brasil. Todavia, ao se examinar indicadores específicos, que medem o grau de desigualdade social, como por exemplo, o índice Gini, constata-se que a distribuição de renda entre os indivíduos do DF é a pior do País (SEPLAN, 2011).

Existem hoje 46.588 pessoas em situação de extrema pobreza, que equivale a 1,8% da população do DF e a maior concentração está nas faixas etárias de 5 a 14 anos (27,85%) e de 20 a 39 anos (26,1%). A população economicamente ativa é de 1.401.000 indivíduos e 12% dessa população está desempregada (CODEPLAN, 2013).

O Recanto das Emas (RE) é a XV Região Administrativa das 31 do DF e foi criada e regulamentada em 1993, para atender o programa de assentamento do Governo do DF. Limita-se com as regiões administrativas XII, II, XXI, que são respectivamente Samambaia ao norte, Gama ao sul, Riacho Fundo II ao leste, e com o município de Santo Antônio do Descoberto (GO) ao oeste. Com população estimada de 133.527 habitantes, sendo 23,5% até 14 anos de idade, população economicamente ativa de 69,50% e 7,00% dos habitantes com 60 anos ou mais. Obteve um crescimento de 2011 para 2013 de 3,5%, enquanto o DF, conforme censo de 2000 e 2010, obteve um crescimento de 2,3%, em decorrência da migração interna, principalmente de pessoas procedentes de Ceilândia, Taguatinga e Samambaia (CODEPLAN, 2013).



Com relação à infraestrutura, o Recanto das Emas demonstrou que 10,6% das pessoas vivem em condições não recomendáveis de habitabilidade e existem 17,87% de domicílios que não possuem nenhum tipo de filtro de água. Com relação ao nível de instrução, apenas 35,1% dos jovens da faixa etária de 18 a 24 anos residentes no Recanto das Emas frequentavam escola, sendo 58,9% frequentam escola pública. Com relação a população total, identificou-se que 68% não estuda e há evasão escolar após o ensino fundamental e após a conclusão ensino médio (CODEPLAN, 2013).

A renda familiar constitui um indicador amplamente utilizado para análise da situação socioeconômica e o estudo da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) em 2013, que avaliou a distribuição da renda domiciliar bruta mensal, apontou que 46,81% recebiam de 2 a 5 salários mínimos (SM), 25,03% recebiam de 1 a 2 SM e que 9,13% ganham até 1 SM. Já em Brasília, segundo os dados da PDAD em 2012, a renda domiciliar bruta mensal de 34,4% dos domicílios foi de mais de 20 SM, em 31,4% estava entre 10 e 20 SM e que em 12,8% dos domicílios a renda bruta mensal era de até 5 SM (CODEPLAN, 2012, 2013).

No Recanto das Emas, 84,10% da população é Sistema Único de Saúde (SUS) dependente, não existe hospital público ou privado e quando perguntada sobre utilização de serviços hospitalares, 76,43% da população declarou que faz uso deste serviço em outras regiões de saúde, como por exemplo: 37,01% em Taguatinga; 13,38% em Brasília; 11,25% no Gama; 10,38% em Samambaia; e 5,96% em Ceilândia. Nesta região existe uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em que 15,51% dos entrevistados consideraram a UPA como hospital. Com relação à utilização dos postos de saúde, 16.425 mil (12,30%) pessoas relataram não utilizar este tipo de serviço do Estado e os que utilizam, 117.102 pessoas, 91,93% procuram este serviço no Recanto das Emas e o restante em outras regiões, principalmente Brasília e Taguatinga (CODEPLAN, 2013). De acordo com o PDAD, 2012, 80,7% da população de Brasília possui plano de saúde privado (CODEPLAN, 2012).

De acordo com o Decreto no 6.135, de 26 de junho de 2007, o Governo Federal definiu como famílias de baixa renda àquelas com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo. A pesquisa PDAD, 2013, utilizou o salário de R\$ 622,00 como referência. O percentual de domicílios abaixo da linha da pobreza, que considera tanto aqueles em situação de pobreza como os de extrema pobreza, era de 4,0%, ou 1.404 domicílios, onde residiam 4,6% da população, ou 6.085 pessoas. Com relação aos

benefícios sociais, essa mesma pesquisa demonstrou que, de acordo com as informações das pessoas, não coincidindo necessariamente com o número cadastrado nos bancos de dados do governo, 12,7% recebem bolsa família (CODEPLAN, 2013).

Brasília teve um aumento demográfico superior à capacidade de implementação do Plano de Assistência a Saúde e, durante o período da criação do Recanto das Emas, em 1993, a saúde no DF, que era prioritariamente hospitalar, estava em crise orçamentária decorrente da Norma Operacional Básica (NOB) 91 e 92, que alterara a forma de repasse dos recursos federais para os Estados e municípios. Em 1993 foi publicada a NOB 93 que criou outras formas de repasses de recursos e, neste mesmo ano, foi promulgada a Lei Orgânica do Distrito Federal, transcrevendo as disposições da Constituição distrital e das Leis Nº 8080/90 e Nº 8142/90 em seu Capítulo II e artigos 204 a 216 (CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, 1993).

## 1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF E NO RECANTO DAS EMAS

Os modelos de Atenção Básica desenvolvidos até o momento, constituídos pelos: Programa Saúde em Casa (1996 a 1998); Programa Saúde da Família (1999 a 2003); e Família Saudável (2004 a 2006). Tais políticas tiveram em comum a focalização da oferta de um pacote de serviços de APS às parcelas populacionais, em especial às de periferias urbanas. Em todo esse transcurso, dois modelos de APS tiveram que conviver juntos, um baseado em unidades tradicionais não territorializadas e outro baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (HILDEBRAND, 2008).

A implantação do Programa Saúde em Casa (PSC) pelo DF, ocorrido entre os anos de 1996 e 1998, assemelhava-se ao Programa Saúde da Família (PSF) proposto pelo Governo Federal. Em 1997, a cobertura populacional era de 53,4% (803.900 habitantes) e em 1998 chegou a 88,2%. Em 1997 o Recanto das Emas tinha uma população de 75.000 habitantes e com 100% de cobertura do PSC. (GÖTTEMS, 2010, p.129)

Com o processo eleitoral em 1999, ocorreram mudanças de gestores e estes romperam o convênio com o Instituto Candango de Solidariedade (ICS) que fazia a gestão do Programa Saúde em Casa o qual, em decorrência disso, foi extinto. No ano

2000 ocorreu a V Conferência de Saúde do Distrito Federal, na qual foi defendida a implantação do PSF e, com isso, foi garantida sua inclusão no Plano de Saúde do Distrito Federal de 2001 a 2003. O Recanto das Emas tinha 100% de cobertura do PSC, com a implantação do PSF, ficou com uma cobertura de 48,39%, utilizando-se os parâmetros de 13.286 habitantes por equipe, o que não está de acordo com as diretrizes do PSF proposto pelo Ministério da Saúde (MS), que é de 5 mil pessoas por equipe. Em 2003 os novos gestores criaram o Programa Família Saudável, que tinha como diretrizes a Estratégia Saúde da Família (ESF), e reconheceram as iniciativas dos programas anteriores. Nessa época foram destacados como problemas o crescimento populacional e o perfil dos profissionais de saúde no modelo biomédico e hospitalocêntrico (HILDEBRAND, 2008; GÖTTEMS, 2010).

Em 2006 o slogan Programa Família Saudável assumiu o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF) e coordenado pela Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família, à época responsável por todas as ações da Atenção Primária a Saúde (APS).

As teses de doutorado da Hildebrand (2008) e Göttems (2010), apontaram que, dos programas constituídos de 1997 a 2006, o PSC foi o que obteve melhores resultados e os motivos foram a construção de uma agenda política de governo coerente com a proposta contida no plano de saúde e a congruência com as deliberações dos fóruns de saúde do controle social da época. Esses estudos também consideraram que essa estratégia permitiu que a proposta passasse do texto para a práxis, com discussões democráticas e com garantia da autonomia para as regionais trabalharem com suas necessidades de saúde. Para alguns pesquisadores é preciso redefinir o processo de trabalho e a prática dos Centros e Postos de Saúde, bem como a organização da rede de serviços de saúde existente no DF para operacionalizar a mudança do modelo de atenção (TEIXEIRA, 2007; PAIM, 1999). Já para Göttems (2010) é necessário agregar à autoridade sanitária local, competências políticas e técnicas para a defesa da saúde internamente ao governo e junto à sociedade local.

### 1.3 AS PRIORIDADES DE GOVERNO PARA A ÁREA DA SAÚDE NO DF

Em agosto de 2010 foi criada a Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS) que representou um marco para a consolidação e o fortalecimento da atenção primária no DF e para o enfrentamento dos desafios existentes. O Governo do Distrito

Federal (GDF) elaborou o Plano de Reorganização da APS pelo GDF (2010), que teve como objetivo geral contribuir para a retomada da APS a partir da expansão e da qualificação da ESF, no período de cinco anos (2010 a 2014). Este plano propôs quatro eixos: estruturação da gestão e dos serviços da APS (infraestrutura física, de equipamentos, de insumos e de recursos humanos); organização e qualificação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (eSF) e das equipes de apoio (Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, Saúde da População de Rua, Saúde Prisional e Atenção Domiciliar); monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS; e desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a APS.

Para implementar esses eixos o plano detalhou: expandir de forma ordenada e gradual as eSF, a Atenção Domiciliar, o sistema prisional, a população de rua e os NASF; aumentar a resolutividade das equipes através da incorporação de recursos humanos qualificados; implementar tecnologias de gestão nos serviços para promover a organização dos processos de trabalho, revitalizar a capacidade instalada, colaborar para desenvolvimento da rede integrada de atenção a saúde com planejamento, acompanhamento e avaliação permanente da melhoria da situação de saúde das famílias; promover a mudança do modelo de atenção praticado nos Centros de Saúde para o modelo proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); promover processos de educação permanente para as eSF e para as equipes de apoio focando na Residência Multiprofissional, nos cursos de especialização em saúde da família, em gestão de redes e na capacitação em gestão de sistemas e serviços de saúde; qualificar a gestão central, regional e das unidades de saúde; implementar o apoio matricial às eSF para promover a integralidade da atenção e aumentar a resolutividade das eSF, propiciando melhoria do acesso e da qualidade de vida da população; e monitorar as ações desenvolvidas pelas eSF com implementação de metodologias voltadas para o planejamento e avaliação de ações, visando a identificação de mudanças ocorridas no modelo adotado e o apoio aos processos de decisão nos diferentes âmbitos de gestão da Atenção Primária à Saúde no DF (GDF, 2010).

O Governo do Distrito Federal, em 2012, elaborou o Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015, equivalente dos Planos Estaduais de Saúde, com três grandes objetivos: 1) aumento da eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de

saúde da população; 2) aprimoramento dos processos de gestão no âmbito da SES; e 3) adequação da infraestrutura em saúde às necessidades da população. Para cada um desses objetivos foram estabelecidas diretrizes, dentre as quais, a estruturação do atendimento em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família que propõe como metas:

- Attingir 75% de cobertura populacional no DF com acesso a equipes de saúde da família em 2015;
- Attingir 80% dos recém-nascidos vivos de mães residentes no DF com cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal em 2015;
- Alcançar 95% em investigação de óbitos maternos de residentes no DF em 2014;
- Reduzir em 10% ao ano o número absoluto de casos de sífilis congênita;
- Reduzir para 5,8 por 10.000 habitantes as internações por complicações de diabetes mellitus em 2015;
- Ampliar para 80% das unidades a oferta de práticas integrativas em saúde PIS;
- Implantar 40 equipes de apoio à Saúde da Família (NASF); 22 equipes de Atenção Domiciliar e 18 equipes de Saúde no Sistema Prisional.

As ações dessa diretriz são as mesmas do Plano de Reorganização da APS citadas anteriormente.

Outra diretriz relevante é a que se refere à inovação das práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações de trabalho dos profissionais da SES DF, que define um conjunto de ações, quais sejam:

- Produção do conhecimento na área de gestão do trabalho e educação na Saúde;
- Aquisição de sistema de gestão da informação integrada e eficaz;
- Fortalecimento da mesa de negociação permanente da SES;
- Tornar o ambiente propício à criatividade e ao desenvolvimento de potencialidades individuais;

- Adoção de princípios e processos que defendam e permitam o envolvimento regular e significativo dos servidores na tomada de decisão;
- Fortalecimento da educação permanente em serviço, da educação continuada para servidores e gestores; e formação profissional de nível técnico e de nível superior.

Já o Plano de Saúde do Recanto das Emas, referente ao período de 2012 a 2015, elaborado pelo GDF, em 2011, agrupou os problemas de saúde identificados, a partir da análise situacional, em três eixos: 1) problemas de saúde prevalentes na população; 2) problemas da rede de serviços; e 3) problemas relacionados com a gestão. Para cada eixo foram construídos objetivos e metas: atingir 100% de cobertura populacional com eSF com estrutura física adequada; reduzir a demanda reprimida por consulta de especialidade tendo como uma das metas a implantação do matriciamento e capacitação dos profissionais das eSF; tornar a atuação do controle social efetiva com a instalação de conselhos gestores de saúde nas unidades; coordenar de forma eficaz os processo de trabalho com a estruturação da rede de atenção com definição de regimentos, serviços, fluxos, protocolos; e construir e executar planos de ação em cada unidade de saúde através da gestão compartilhada e participativa.

## 2 JUSTIFICATIVA

Não obstante a todos esses instrumentos de planejamento e gestão citados até aqui evidenciarem um esforço da SES-DF para o fortalecimento da APS, os gestores da SAPS explicitaram a necessidade de se promover mudanças no modelo de gestão em decorrência da baixa capacidade dos gestores regionais e da gestão central para qualificação das práticas em saúde, e da fragmentação da relação institucional entre a SAPS e as regionais de saúde.

Algumas experiências já acumuladas no SUS, como as dos municípios de Vitória (ES) vivenciadas por Cardoso (2012) e Oliveira (2011), Campinas (SP) por Campos (2007), São Paulo (SP) por Andrade (2011), Natal (RN) por Barros (2010), Capivari (SP) por Arona (2009), Maringá (PR) por Moura (2014) e Becchi et al (2013), Aracaju (SE) por Vasconcelos (2009), Rio de Janeiro (RJ) por Barros et al (2011), demonstram que além de unidades, equipes e equipamentos, o sistema de saúde pode ser ampliado e qualificado a partir da inserção da estratégia do apoio institucional e do apoio matricial nos processos de gestão e de atenção no SUS. Nesses casos citados a estratégia do apoio demonstrou as funções de promover: ampliação na capacidade de análise e de intervenção das equipes de saúde e dos gestores de serviços de saúde; qualificação das intervenções de saúde na capacidade de gestão do cuidado; inserção de ferramentas de coordenação do cuidado e de governança clínica; indução de espaços colegiados como dispositivo para cogestão em saúde; ampliação da participação do usuário e sua responsabilização; conformação da clínica compartilhada entre os especialistas e clínicos da APS; fortalecimento da APS na consolidação das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); mudanças no processo vertical da transmissão passiva do conhecimento, instituindo o apoiador como formador em processos de educação permanente inseridos no cotidiano do trabalho. Existem também outras experiências como de Vasconcelos et al (2013) com a experimentação do apoio institucional em 26 maternidades da Amazônia Legal (AL) e do Nordeste (NE) nos anos de 2008 a 2011, e Furlan (2012) que identificou o Método Paidéia como um potente dispositivo para exercer a pedagogia construtivista, tendo efeito pedagógico e terapêutico.

Os desafios da gestão do DF acima apresentados para a implantação e fortalecimento da APS, justificaram e constituíram ponto de partida para realização do

projeto “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na APS” pelos professores e pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que propuseram à SAPS a implementação do projeto de pesquisa, com método de pesquisa intervenção participativa. Disparou-se daí, em confluência com iniciativas anteriores, a experimentação do apoio institucional, com formação de trabalhadores e de novos profissionais a partir de intervenção com o SUS local e regional, sustentada por escolhas metodológicas e posicionamentos éticos, estéticos e políticos acerca do entendimento do papel da universidade pública no desenvolvimento institucional do SUS regional.

A partir de fevereiro de 2013, foram realizadas reuniões estratégicas de pactuação e delineamento do objeto de intervenção junto à subsecretaria e às gerências centrais da SAPS, nas quais foram explicitados interesses em mudanças no modelo de gestão, almejando o estabelecimento de um contato direto da equipe do nível central com as regionais de saúde a partir da estratégia do apoio institucional. Através de um diagnóstico situacional inicial, construído junto com sujeitos da SAPS, identificou-se baixa capacidade dos gestores regionais e da gestão central na qualificação das práticas em saúde e uma fragmentação da relação institucional entre a SAPS e as regionais de saúde. Os gestores manifestaram interesse em iniciar uma intervenção nas Regionais Gama e Recanto das Emas, devido à implantação da ESF e dos NASF e a construção de um modelo de gestão participativo.

No presente estudo, a Regional de Saúde do Recanto das Emas é tomada como nosso campo de pesquisa, uma vez que nela se constitui o *campo de intervenção*, espaço-tempo de encontro dos coletivos *intervindos* (BAREMBLITT, 2002).

O meu interesse nesse campo de pesquisa surgiu a partir da minha inserção como apoiadora do MS para o DF, pois ele constituía uma oportunidade para que eu pudesse investigar as práticas de apoio em âmbitos mais abrangentes no mesmo território e, concomitantemente, para que eu pudesse problematizar a minha própria atuação como apoiadora.

Diante disso, assumimos como atividade de pesquisa, a partir da experimentação do apoio na relação entre a universidade e o SUS, cartografar as práticas de apoio da SAPS e da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde



(DIRAPS) do Recanto das Emas e correlacioná-las com as prioridades da gestão do SUS-DF.

Esta pesquisa é parte do projeto denominado “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na APS”.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Cartografar as práticas de apoio da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) do Recanto das Emas e correlacioná-las com as prioridades da gestão do SUS DF.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a aderência/coesão entre os objetivos prioritários para o apoio realizado na Regional de Saúde do Recanto das Emas e as prioridades de gestão.

Analisar os mecanismos instituídos pela SAPS para a realização do apoio à Regional de Saúde do Recanto das Emas.

Analisar os mecanismos instituídos pela Regional de Saúde do Recanto das Emas para a realização do apoio às 23 Equipes de Saúde da Família.

## 4 CAMPO TEÓRICO

### 4.1 SAÚDE COMO DIREITO

A Organização Mundial da Saúde afirma que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1946). Esse conceito, importante para afirmar a integralidade e a relação entre a saúde e outros direitos sociais, acaba representando uma visão utópica, em função da complexidade dos determinantes envolvidos como: a prática médica; as características comportamentais e culturais da população e do indivíduo; e o ambiente econômico, social e físico.

Em 1984, o Departamento Europeu da OMS (WHO Regional Office for Europe) propôs uma nova definição para a saúde:

[...] “saúde” uma extensão na qual um indivíduo ou um grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro lado, de lidar com o ambiente. A saúde, portanto, é vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo da vida; é um conceito positivo envolvendo recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas (WHO, 1984, p. 29, aspas do autor, tradução nossa).

Tal definição inclui, em perspectiva, uma função ativa que os indivíduos e populações exercem ou são forçados a exercer, diante de suas condições e situações de vida. Algo que vinha sendo incorporado à produção da Saúde Coletiva (AROUCA, 1975; TAMBELLINI, 1976; DONNÂNGELO, 1976), à partir da obra de Foucault e Canguilhem, mais especificamente relacionados às temáticas do “cuidado de si” (FOUCAULT, 1985) e sobre as capacidades de produção de normatividades dos sujeitos (CANGUILHEM, 2006) e outros estudos (LAURELL; NORIEGA, 1989; CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2004) que, à partir dessa produção, constituíram e disseminaram o enunciado “modos de andar a vida” dos sujeitos como forma de expressar necessidades, capacidades e condições de vida e saúde (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Em março de 1986, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento político sanitário ocorrido imediatamente após a democratização a partir de 1985, conceituou a saúde como sendo:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte,

emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de saúde (BRASIL, 1986).

Em novembro de 1986, foi publicada a Carta de Ottawa, que demonstrou que a reforma sanitária brasileira estava alinhada com as propostas internacionais, na medida em que afirmam que os determinantes sociais são os responsáveis por promover os meios que permitem que toda a população desenvolva, ao máximo, sua saúde potencial. No capítulo dos direitos sociais presente na Constituição Federal de 1988, no art. 6º, temos que: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Essas influências lançaram as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada a seguir, foi responsável pela elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010d).

#### 4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Brasil tem buscado garantir os direitos sociais por meio de programas sociais e políticas públicas universais que respeitam as especificidades das disparidades regionais, etnoraciais e de gênero, que são essenciais para a equidade e a universalização dos direitos humanos. Nos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio, apresentados pelo Brasil, a expansão do SUS, mediante acesso à APS, serviu de plataforma para a aceleração de várias ações que visam, dentre outras coisas, redução da mortalidade na infância, melhoria da saúde maternal e combate ao HIV/AIDS, à malária e às outras doenças. (BRASIL, 2010a).

As políticas de saúde adotadas no Brasil até a década de 80 tinham ênfase na medicina individual, curativa e assistencialista, em detrimento das ações coletivas.

O Ministério da Previdência Social (MPAS), por meio do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuidava da prestação da assistência médica aos brasileiros que eram beneficiários da previdência, que tinham

carteira profissional assinada e que contribuíam com um percentual do salário para a previdência social. Os que não eram empregados formalmente dependiam dos serviços públicos escassos e das instituições filantrópicas, como por exemplo, as Santas Casas. O Ministério da Saúde cuidava dos programas e campanhas de saúde pública: vacinação, tuberculose, hanseníase, doenças de chagas, malária, entre outras.

Durante o governo do General Geisel (1974 a 1979), a sociedade brasileira criou novos espaços institucionais que propiciaram o surgimento do movimento sanitário, que apresentava propostas de democratização do atendimento à saúde das populações mais carentes.

Nesse contexto alguns modelos de serviços voltados para a saúde coletiva, tais como o Plano de Localização de Unidade de Serviços (PLUS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, iniciados, respectivamente, no Ministério da Previdência Social e no Ministério da Saúde, tinham como principais diretrizes a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária na assistência à saúde. Com a integração dos serviços do Ministério da Saúde com a rede de assistência médica do INAMPS, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), pelas quais os estados firmavam convênios com o Governo Federal, Ministério da Saúde e MPAS, para o seu financiamento (SCOREL, 2011). Com a criação do SUS, alguns municípios começaram a organizar a Atenção Básica e, em 1994, criaram-se as Equipes de Saúde da Família que, já naquele ano, somaram 328 equipes que recebiam repasses de recursos em forma de convênio (MARQUES, 2002, p. 412).

Para regulamentação do SUS, foram elaboradas as NOBs e a primeira foi publicada em 1991, tratava da nova política de financiamento do SUS com o pagamento por produção de serviços de acordo com tabelas nacionais, tanto para os prestadores públicos quanto para os privados. A NOB/93 teve como objetivo promover a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e propôs o repasse global dos recursos para a saúde, de acordo com a condição de gestão habilitada pelo município, dentro de suas capacidades administrativas.

A NOB/96 apresentou um dos modelos de reorganização da Atenção Básica adotado pelo Brasil que era composto pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e pelo Programa de Saúde da Família, formalizados pela Portaria GM/MS Nº

1.886, de 18 de dezembro de 1997, que constituiu o caminho para a implantação das ações de promoção da saúde, proteção e recuperação. Esse modelo proposto era orientado pela lógica de territorialização, vinculação, responsabilização e olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estavam inseridos as famílias e os indivíduos (BRASIL, 2002; CASTRO et al., 2010).

Relativamente à Atenção Básica, a NOB/96 apresentou um dos modelos de reorganização da Atenção Básica adotado pelo Brasil que era composto pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e pelo Programa de Saúde da Família, formalizados pela Portaria GM/MS Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que constituiu o caminho para a implantação das ações de promoção da saúde, proteção e recuperação. Esse modelo proposto era orientado pela lógica de territorialização, vinculação, responsabilização e olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estavam inseridos as famílias e os indivíduos (BRASIL, 2002; CASTRO et al., 2010). Além disso, introduziu um dispositivo importante que definiu que os municípios passariam a ser os responsáveis pela sua gestão e execução direta e o piso assistencial básico seria por transferência regular para todos os municípios sem, entretanto, estabelecer mecanismos de repasse desses recursos.

Em 1997, foi criado o Piso de Atenção Básica que aprovara as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), entretanto, somente em 1998, iniciou-se o repasse dos incentivos da NOB/96 para 1.134 municípios com os programas, 3.100 equipes de PSF e 79.700 Agentes Comunitários de Saúde (10% da população brasileira coberta) (MENDONÇA, 2010). As Normas Operacionais da Assistência à Saúde de 2001/2002 continuaram fortalecendo e ampliando as responsabilidades dos municípios sobre a Atenção Básica e reafirmando os princípios constitucionais da descentralização, ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população e pela organização dos serviços que estão sob sua gestão. A Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulgou o Pacto pela Saúde que apresentava três dimensões: Pacto pela vida, Pacto de gestão e Pacto em defesa do SUS. O Pacto pela Vida apresentava seis prioridades, dentre delas o fortalecimento da Atenção Básica, que tinha como objetivo maior a consolidação do SUS.

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, decorrente da Constituição Federal de 1988, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, e com base nessa lei, a organização da AB tem como fundamento os princípios do SUS: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social que irá possibilitar a promoção, a proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007).

A Portaria GM/MS Nº 3.925, de 13 de outubro de 1998, regulamentou a Atenção Básica e a conceituou como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”, e definiu que a organização da Atenção Básica tem como fundamento os princípios do SUS: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; e participação social que irá possibilitar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1998).

A Portaria GM/MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, apontou a saúde da família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, e tornou equivalentes os termos AB e APS. Essa portaria também caracterizou a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011c).

Para que a Atenção Básica seja resolutiva é preciso “desenvolver práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações definidas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade desse território” (BRASIL, 2011, p.19). A utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas deve auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, sempre com o imperativo ético de que todas elas devem ser acolhidas (BRASIL, 2011)

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011 (BRASIL, 2011d), que regulamenta a Lei Nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede

regionalizada e hierarquizada” e, no seu Art.9º define que a AB é uma das portas de entrada da RAS e no Art.11 a estabelece como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços da saúde. Mas para que isso aconteça é preciso a constituição de relações horizontalizadas entre os serviços com canais permanentes de comunicação, tendo como ponto estratégico a AB fortalecida e potente para assumir a articulação do cuidado, principalmente para os usuários com necessidades de cuidados contínuos (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Mendes (2012) apresenta diversos problemas que constroem o desenvolvimento da ESF, dentre os quais destacamos: baixa valorização política, econômica e social; baixo valor simbólico que a APS representa para os políticos, para os gestores e para a própria população; baixa valorização no campo corporativo dos profissionais que trabalham na APS; fragilidade institucional das coordenações de APS; carência de infraestrutura adequada; baixa densidade tecnológica – segundo o autor uma visão distorcida de complexidade que leva os gestores, os políticos, profissionais da saúde e a população a uma sobrevalorização material e simbólica das práticas que são realizadas nos níveis de média e alta complexidade; carência de equipes multiprofissionais; problemas gerenciais; problemas educacionais; problemas nas relações de trabalho; e fragilidades dos modelos de atenção que operam em um sistema fragmentado.

A Política Nacional de Humanização (PNH) reconhece que existem inúmeros desafios para a produção de saúde, dentre os quais destacamos: qualificação do sistema de cogestão do SUS; criação de um sistema de saúde em rede que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção; fortalecimento e qualificação da AB; fortalecimento dos processos de regionalização cooperativa e solidária; atendimento à diversidade cultural e à desigualdade socioeconômica; superar a complexidade do padrão epidemiológico que requer utilização de múltiplas estratégias e tecnologias; ampliação e a responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS; superação da fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; implantação das diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada; melhoria da interação nas equipes e sua qualificação para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção a saúde; fomento de estratégias de valorização do trabalhador promovendo melhorias nas condições de trabalho, na ampliação de investimentos na



qualificação; fomento de processos de cogestão, valorizando e incentivando a inclusão de trabalhadores e usuários em todos os processos de produção de saúde; e incorporação dos direitos dos usuários, de forma efetiva, nas práticas de gestão e de atenção (BRASIL, 2008, 2010c).

É possível identificar convergências entre os problemas apresentados nessas diversas perspectivas de problemas e desafios do SUS. Todavia, para o seu enfrentamento, alguns dispositivos foram desenvolvidos e sistematizados (BRASIL, 2008, 2010c), tais como: colegiado gestor; contrato de gestão; sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; programa de formação em saúde do trabalhador; equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular; e projeto de saúde coletiva. Para agregar intensidade, qualidade e viabilizar a própria implementação e sustentação desses dispositivos, a inserção do apoio institucional e matricial tem sido recomendada como metodologia potente para ressignificar a compreensão dos processos de trabalho em saúde e gestão (OLIVEIRA, 2011; GUIZARDI; CAVALCANTE, 2010; CAMPOS, 2005).

#### 4.3 CONHECENDO AS BASES TEÓRICO METODOLÓGICAS SOBRE O APOIO

O percurso construído sobre a temática do apoio apresenta as bases teóricas metodológicas apenas para contextualizar e explicitar as fontes que contribuíram ao longo desse trabalho, sem a pretensão de avaliá-las.

##### 4.3.1 Apoio Paidéia

Para Campos (2007, p.85) o conceito de “Apoio Paidéia”<sup>1</sup> é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão” partindo do pressuposto que as funções de gestão se exercem entre os sujeitos com distintos graus de saber e de poder. Assume que o trabalho produz efeitos na produção de bens e serviços para as pessoas externas às organizações, procura ampliar a reprodução da própria organização e interfere na produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores, sendo esse último efeito desconsiderado pelo modelo de

---

<sup>1</sup> “Paidéia é uma noção grega e indica a formação integral do ser humano” (CAMPOS, 2007, p.16).

gestão tradicional, por entenderem que os trabalhadores devem ser regulados por uma programação estranha à eles, eliminando traços de subjetividade no momento da execução do trabalho, dominação que procura diminuir a autonomia e a liberdade das pessoas (Campos, 2005). “Um indicador concreto de alienação real é a inexistência ou a existência apenas formal de espaços coletivos” (CAMPOS, 2005, p.28).

O apoiador Paidéia busca compatibilizar esses três efeitos, “reconhecendo que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e de usuários das organizações” em um trabalho de aprender a aprender com o objeto submetido à crítica, pois não há sabedoria sem esta dialética da aproximação e do distanciamento dos objetos ou fenômenos ou sujeitos com os quais interagimos (CAMPOS, 2007, p. 86).

Os recursos metodológicos, utilizados pelo apoiador, são voltados para lidar com os distintos atores sociais de modo interativo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento.

O efeito Paidéia “é um processo social e subjetivo em que pessoas ampliam a sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, objetivando compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações (CAMPOS, 2007, p.87)

Para Campos (2007, p.93) alguns recursos metodológicos são úteis para a função apoio:

- construir rodas com o objetivo de construção de projetos de intervenção, que é um planejamento construtivo e progressivo;
- incluir as relações de poder, de afetos e a circulação de conhecimento em análise, colocando em análise pela roda o diagrama de relações de cada organização;
- trazer para o trabalho de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação a lógica da tríplice finalidade das organizações: qualificar a ação institucional para o cumprimento de finalidades externas ao grupo; produzir

“valores de uso”<sup>2</sup> para outros; e assegurar o desenvolvimento e a realização pessoal e profissional do grupo apoiado;

- trabalhar com metodologias dialéticas que tragam ofertas externas e que, ao mesmo tempo, valorizem as demandas do grupo;
- apoiar os grupos tanto para a construção de “Objetos de Investimento”<sup>3</sup>, quanto para a composição de compromissos e contratos com outros;
- pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas;
- ampliar os espaços onde se aplica o método Paidéia; e
- autorizar o grupo a exercer a crítica generosa e a desejar mudanças.

Existem momentos em que o dirigente ou os profissionais também realizarão ações administrativas e tarefas particulares em espaços de ação específicos, sem a necessidade de rodas prévias ou de espaços que estejam discutindo tudo em todo momento, e o desdobramento destes atos pode constituir temas das rodas. Entretanto, quando o apoiador não faz parte da direção ou das equipes e atua como um agente externo, que se insere no grupo para apoiar, ele se vincula ao coletivo durante um certo período e depois se vai (CAMPOS, 2007).

O trabalho do apoiador envolve tríplex tarefa: ativar coletivos, conectar redes e incluir conflitos que se desdobram em inúmeras outras tarefas; sendo que os agenciamentos<sup>4</sup> é que comandam e determinam as mudanças, e não o apoiador, pois os agenciamentos são produzidos pelo coletivo e o seu trabalho se dá no encontro, na interferência, no acontecimento. É nesse encontro que os sujeitos efetuam a sua potência de afetar e serem afetados, de interferir e sofrerem interferências. O apoiador se propõe a apoiar os sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si, o que implica uma tarefa clínica-crítica-política (OLIVEIRA, 2011). “Para ser/manter-se

---

<sup>2</sup> “Capacidade potencial de atender às necessidades sociais” (CAMPOS, 2007, p.14).

<sup>3</sup> “É quando o grupo se autoriza a ser feliz, a realizar-se pessoalmente e profissionalmente no contexto real em que trabalham. Este depende de fatores políticos, cognitivos e afetivos” (CAMPOS, 2007, p.98).

<sup>4</sup> “Agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos. Agenciar-se com alguém não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela” (ESCÓSSIA, 2009. p. 692).

apoiador é preciso estar sempre diferindo do ser apoiador - devir apoiador” (OLIVEIRA, 2011, p.158).

De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (Brasil, 2012) construído pelo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH) a função apoio é colocada como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise dos coletivos. Essa política entende que diretrizes são orientações gerais de determinada política, e dispositivo é a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho (BRASIL, 2012).

O apoio é um método de intervenção que expressa um modo de fazer em grupalidade, buscado redes de coletivos, que depende da instalação de alguma forma de cogestão. Os apoiadores precisam estar inseridos nos movimentos coletivos ou induzi-los, auxiliando e ofertando conceitos e tecnologias para a análise e busca de novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos. Os apoiadores exercem a função de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com o poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão trabalhando, cumprindo tarefas (CAMPOS, 2007; BRASIL, 2012).

O apoio se afirma como tecnologia relacional partindo da premissa de que a produção de saúde não se faz sem a produção de sujeitos corresponsáveis e autônomos nesse processo (BARROS et al., 2011). A construção do plano de intervenção<sup>5</sup> é essencial para o exercício do apoio, pois funda um plano de produção, no qual, de modo indissociado, o esforço de mudar a realidade altera o modo como os sujeitos se constituem nela. A partir de processos clínicos propiciados pelas ofertas do apoiador, a crítica dessas formas-sujeito pode se transmutar em formação dos sujeitos/equipes/coletivos, em situação de trabalho, no contexto dos serviços (Brasil, 2010).

---

<sup>5</sup> “Denota intervenção como estar e agir no “entre”, apoiando a análise coletiva da situação de trabalho, intervindo no sentido de ajudar a melhor compreender e transformar a realidade. E aí agregando dimensões do planejamento/pensamento estratégico para canalizar metas e ações para viabilizar a transformação dessa realidade” (BRASIL, 2010C, p. 106).

### **4.3.2 Apoio Interno e Externo**

O apoiador externo pode ser a pessoa que compõe a própria organização mas não o serviço, e não faz parte da direção nem das equipes que ele apoia e se vincula ao coletivo durante um certo período, definido a partir de uma relação contratual. Quando ele pertence a outra organização, traz consigo uma referência e uma experiência que direciona a sua postura ética, política e ideológica. O apoiador interno é o sujeito que apoia a própria direção, equipe e serviço ao qual está vinculado (Campos, 2007).

Quando o próprio coletivo promove a reflexão de um objeto pela própria dinâmica social e institucional, é porque conseguiu produzir análise e pode desencadear tarefas no coletivo. Entretanto, em todos os coletivos, alguns temas não podem ser postos em análise de forma espontânea. Nesses casos, a participação de um apoiador externo pode facilitar a inclusão/emergência de analisadores (BAREMBLIT, 2002). O apoiador externo traz para o grupo oferecimentos que têm potencial desestabilizador, que podem estimular falas e também ações práticas reflexivas entre os trabalhadores, que podem gerar estranhamento por não transitarem nas experiências concretas desses sujeitos, mas que podem abrir possibilidades nos modos de pensar e de operar dos sujeitos. Esses temas precisam ser incorporados criticamente pelo coletivo para não serem entendidos como explicações acabadas e suficientes.

O apoio não pode se tornar elemento imprescindível no processo de análise das situações cotidianas e na construção de outros modos de fazer a gestão dos estabelecimentos. O que se espera e se almeja é que o trabalhador, ao ser quebrada qualquer relação de dependência e tutela, se aproprie do seu fazer e a função do apoiador externo se torne dispensável (BARROS et al., 2011). Segundo Campos (2005) um dos indicadores de qualidade Paidéia (demonstrativo de que o haveria construção de “Grupo Sujeitos”) estaria na capacidade das próprias equipes produzirem novos temas de reflexão e de reconstruírem novas possibilidades de pensar e agir, e que desfrutariam de relativa independência dos apoiadores institucionais e de outros agentes externos.

### **4.3.3 Modalidades do Apoio**

A metodologia do apoio para análise e cogestão de coletivos não requer um

lugar institucional específico, seja qual for sua função institucional é possível que qualquer pessoa, em um espaço coletivo, atue na perspectiva do apoio.

O apoio matricial e o institucional são denominações encontradas nas práticas sociais, nos serviços de saúde e políticas oficiais do SUS (BRASIL, 2010c, 2008; BRASIL, 2011, OLIVEIRA, 2011). Embora possamos atribuir a essas modalidades uma raiz metodológica comum (Campos, 2005), diferenciam-se pelos seus objetivos e objetos.

#### 4.3.3.1 Apoio Matricial

O apoio matricial é uma estratégia de enfrentamento à tendência de fragmentação da atenção à saúde e de desresponsabilização assistencial, oferecendo tanto retaguarda assistencial especializada, de maneira personalizada e interativa, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, como exemplo, as eSF.

O apoio matricial altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde baseado em encaminhamentos e propõe projetos terapêuticos que são executados por um conjunto de trabalhadores agenciados em rede e não apenas pela equipe de referência. Entretanto, a equipe e os profissionais de referência são àqueles que têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. São atividades do apoio matricial: atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes; participação em discussões de projetos terapêuticos; discussões de temas prevalentes; análise de estratégias para lidar com demanda reprimida; e análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (CUNHA & CAMPOS, 2011; CAMPOS, 1999)

Apoio matricial é, ao mesmo tempo, um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde para efetivar a equipe de referência, como Unidades de Produção, objetivando aumentar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e núcleos profissionais, e como unidades de poder em busca da democracia organizacional e da valorização dos trabalhadores (CUNHA; CAMPOS, 2011).

#### 4.3.3.2 Apoio Institucional

A denominação de apoiador institucional é dada às pessoas que trabalham com alguma forma de apoio às organizações ajudando-as na gestão e na organização de seus processos de trabalho e que desempenham funções nas equipes ou nas Unidades de Produção, promovendo a produção de coletivos organizados ou ajudando-os na produção e na articulação de ações concretas que são capazes de viabilizar mudanças na gestão e na atenção. O ponto de partida do apoio institucional, assim como no apoio matricial, é a construção de um contrato que estabelece expectativas, objetivos, regras, métodos e o que mais surgir durante o processo relacional entre o apoiador e a equipe (CAMPOS, 2005; SANTOS FILHO et al., 2009). Todavia, os objetos em jogo no apoio institucional comumente incorporam mais explicitamente as relações institucionais entre organizações que se interferem. Temos como exemplos mais difundidos no campo da saúde no Brasil, as experiências de apoio entre diversos níveis gerenciais nas secretarias municipais e estaduais e o apoio institucional como dispositivo na relação interfederativa no SUS.

Para a PNH o apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, constituindo um método de intervenção para a promoção da dimensão pública do SUS que envolve todos os sujeitos atuantes na gestão em saúde, tendo como tarefa primordial “ofertar suporte aos movimentos de mudança deflagrados nos coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança” (BRASIL, 2012).

#### 4.4 ESPAÇOS COLETIVOS COMO UMA QUESTÃO METODOLÓGICA PARA A INSTALAÇÃO DA COGESTÃO PARA O EXERCÍCIO DO APOIO

Para que o apoio aconteça é necessária a instalação de alguma forma de cogestão, em que há efetiva oportunidade de participação dos sujeitos interessados nos processos decisórios. Para que isso aconteça é preciso existir espaços coletivos, rodas humanas, ou que o apoiador ajude na sua criação, tendo como espaço coletivo um local em que a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos sejam praticadas e respeitadas, onde o grupo possa analisar, definir tarefas e elaborar projetos de intervenção (CAMPOS, 2005).

Para que de fato os espaços coletivos atuem na produção da subjetividade, eles precisam exercer três funções, de acordo com Campos (2005, p.12): (1) a clássica, que é a de administrar e planejar os processos de trabalho para a produção de valores de uso; (2) a de caráter político, que é a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e constituir a democracia da instituição; e (3) a pedagógica e terapêutica, que a é capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos.

Para que isso ocorra, é preciso superar a racionalidade gerencial hegemônica, crítica ao taylorismo, todas as formas de verticalização e concentração de poder nas organizações de saúde (CAMPOS, 1998). Nesse sentido, Campos (2005) traz a proposta do Método da Roda como método potente para reformular e não suprimir os tradicionais mecanismos de gestão, trabalhando com os conceitos advindos da filosofia, política, psicologia e pedagogia sendo elaborado para analisar e cogestionar instituições. Com isso pretende-se complementar as formas gerenciais existentes para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe. A proposta não é utilizar o método de cogestão para resolver os conflitos e muito menos eliminar as contradições existentes, mas reconhecer, dar visibilidade e criar um espaço necessário para que os conflitos e as contradições possam ser trabalhadas na roda, pois diante de cada núcleo de poder político ou gerencial há contrapoderes de usuários e de trabalhadores, com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos em função de valores democráticos. Propõem-se uma máquina gerencial capaz de lidar com o conflito entre desejos individuais e necessidades sociais e que produza distribuições mais equilibradas de poder, como também garanta objetividade e praticidade ao funcionamento do estabelecimento (CAMPOS, 1998).

O Método da Roda ou Paidéia é um método de apoio à cogestão, que opera com coletivos organizados para a produção, que objetiva ampliar a capacidade de direção dos grupos, aumentando sua capacidade de analisar e de operar sobre o mundo e para isso trabalha com o conceito de capacidade de análise e de intervenção. A cada roda ocorre busca e interpretação de informações e tomada de decisões produzindo sínteses sucessivas, todas essas etapas acontecem simultaneamente em cada ato, armando com esses procedimentos um método construtivo de conhecimento e de intervenção na realidade. O Método pode ser auto aplicável pela



própria direção e equipe nas suas próprias unidades ou pode se buscar apoio de um agente externo (CAMPOS, 2005).

Coletivos organizados são aqueles agrupamentos que têm como objetivo a articulação da produção de algum bem ou serviço com a produção de instituições, organizações e dos próprios sujeitos envolvidos no processo. Uma convergência ou cruzamento de sujeitos posicionados de formas distintas nas tramas de forças institucionais verticais e horizontais das instituições, conformados em um certo processo produtivo, levando a processos vivenciais concretos de transversalidade (Oliveira, 2011). Esses processos podem levar a alterações profundas no organograma dos serviços fazendo compor equipes com os profissionais que possuem o mesmo objeto de trabalho, para que dessa forma se organizem em Unidades de Produção com uma coordenação identificada também ao cotidiano do trabalho. Esses processos são potencializados se houver espaço para a formulação de um projeto de trabalho democrático com produção de compromissos e de responsabilidades muito bem definidas. Essa Unidade de Produção seria um Coletivo Organizado em potencial (CAMPOS, 2005). Esse arranjo organizacional pode gerar diversos colegiados com conformações e abrangências variáveis que vão constituindo um sistema de órgãos colegiados com representantes de todas as unidades de produção e gestores de nível diretivo.

#### 4.5 O APOIO INTEGRADO E AS REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A AB é o centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os fundamentos normativos da RAS estão presentes no Art. 198 da Constituição Federal como “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)” e a Portaria GM/MS Nº 4.279 de 2010 (BRASIL, 2010b), estabelece diretrizes para organização da RAS, que tem como objetivo a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como o incremento do desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Segundo Mehry et al (2014) é preciso se pensar a RAS além da previsibilidade definida, analógica, manejada dentro da racionalidade, pois apesar disso constituir um

momento disparador, ela vai encontrar e ser atravessada por outras redes. As Redes Vivas, que segundo o autor, são circunstanciais, que se montam e se desmontam, e eventualmente apresentam alguma estabilidade, e que podem emergir em qualquer ponto sem obedecer a um ordenamento lógico.

De acordo com Mendes (2014, p.41) “a coordenação assistencial tem sido definida como harmonização das atividades que se requerem para atender as pessoas usuárias ao longo de todos os pontos das redes”, e a APS deve coordenar a gestão, a atenção, a informação, e a administração da atenção, visto que ela é a coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Ainda segundo ele, “essa coordenação paira no enunciado discursivo quando não se criam métodos para que ela ocorra eficazmente na prática social” (MENDES, 2014, p.41).

A promoção de redes assistenciais se dá pela sua reinvenção permanente mediante produção de trocas e estabelecimento de relações com serviços, pessoas, processos, projetos, dentre outros elementos que fazem parte dessa rede assistencial e que ultrapassam os muros institucionais. Para que as mudanças ocorram e para se colocar em análise o conjunto de práticas ofertadas é preciso ter encontros, que possibilitem um trabalho vivo que seja adaptado e adequado à realidade e ao contexto do território, trabalho esse que não pode ser capturado, mas que sobre o qual é possível capturar suas expressões, tensões e disputas pelo seu sentido (MERHY et al., 2014).

A publicação da Portaria GM/MS nº 4.279 de RAS trouxe um novo contexto para o processo de trabalho e para os trabalhadores da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), intensificado a partir de 2011 com a adoção da estratégia do apoio para a implementação da RAS em todo o território nacional.

A estratégia de apoio institucional interfederativo foi iniciada no ano de 2003 pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), sob coordenação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que tinha como principal objetivo a “articulação das atividades de apoio desenvolvidas pelas diversas áreas do MS e à possibilidade de envolvimento de todos os atores importantes para a gestão do SUS em cada estado” (BRASIL, 2004, p. 12). O desenho metodológico proposto para o apoio institucional interfederativo considerou as diferenças e especificidades territoriais e os saberes dos atores envolvidos para a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004).

No Ministério da Saúde, a proposição do apoio institucional ganha espaço a partir de 2003, quando a gestão aponta que, além de formular e financiar, o MS deve induzir a implementação de estratégias coerentes com os princípios e diretrizes do SUS. Compreende-se que não basta definir o que deve ser feito (normas, fiscalização, auditoria), mas apoiar **o como deve ser feito**. Nesse percurso, algumas políticas, como a da AIDS, Saúde Mental e ParticipaSUS, adotaram o apoio institucional como uma de suas estratégias e obtiveram bons resultados (BRASIL, 2011b, p.16).

A formulação do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), “Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS”, foi fundante da estratégia de apoio à gestão aos estados e municípios, por parte do Ministério da Saúde, pela explícita necessidade de mudança dos modelos hegemônicos de organização da atenção à saúde e da gestão das instituições e serviços de saúde, e pela evidente fragmentação e desarticulação dos diversos setores internos do Ministério da Saúde que têm a responsabilidade constitucional pelo acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde e pela cooperação técnica e financeira a estados e municípios, sem desconsiderar as competências específicas dos entes federados (BRASIL, 2004). “A cogestão e a gestão participativa era um pressuposto para a construção dessa nova estratégia” (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014, p.900).

Essa compreensão pressupõe o envolvimento no trabalho de apoio, dos sujeitos coletivos em interação no sistema de saúde: usuários, trabalhadores e prestadores de serviço, por meio dos Conselhos Estadual e Nacional de Saúde; gestores municipais, representados pelos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); e as Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2004, p. 10).

Esse processo de integração do apoio do MS ofertado aos demais entes federados, pouco priorizado de 2007 a 2010, foi retomado pelos novos gestores, em meados de 2011 com objetivo:

[...] de potencializar uma horizontalidade e cooperação nas relações interfederativas, construindo a regionalização e as redes de atenção, contratualizando o desenvolvimento de práticas de atenção e de gestão que produzam acolhimento com ampliação do acesso e da qualidade no SUS. (BRASIL, 2012, p.7).

A coordenação desse processo foi exercida pelo Núcleo Gestor do Apoio Integrado (NGAI), vinculado a Secretaria Executiva (SE), conferindo maior participação das secretarias do MS neste processo, com relação aos anos anteriores.

[...] implementar práticas de atenção e gestão em saúde que garantam o acesso com qualidade e o cuidado integral, em uma Rede de Atenção à Saúde adequada às necessidades da população, com o fortalecimento da governança regional e do controle social (BRASIL, 2012, p.2).

Para a sua sustentação foram construídos três eixos: “a formação dos apoiadores; a condução da estratégia; e o seu monitoramento e avaliação” (BRASIL, 2012, p. 8). O processo formativo foi conduzido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em articulação com o NGAI.

O processo de formação de apoiadores institucionais aqui delineado, considera o sujeito da aprendizagem como ativo e apto a aprender a aprender, a aprender a fazer, a aprender a conviver e a aprender a ser. A perspectiva é de contribuir com a construção de um sistema público de saúde que seja, de fato, democrático, participativo, na busca da equidade social e da integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade” (BRASIL, 2011b, p.17).

Para a operacionalização do apoio, definiu-se equipes de referência para cada estado, composta por apoiadores de quatro áreas<sup>6</sup>: Departamento de Articulação Interfederativa (DAI); Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS); Política Nacional de Humanização (PNH); e Departamento de Atenção Básica (DAB); e, em casos singulares, a equipe de referência pode ser composta por apoiadores temáticos: os apoiadores das redes temáticas prioritárias; apoiadores da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); apoiadores da Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI); apoiadores da SVS; apoiadores da SGTES; apoiadores do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) e apoiadores do Departamento de Atenção Básica (DAB) (BRASIL, 2012).

**Por apoiador** entende-se o sujeito que atua em caráter geral, ou seja, que fará a interlocução com estados e municípios, na implementação das Políticas Nacionais de Saúde, respeitados os dispositivos legais. **Por apoiador temático** entende-se o sujeito com um saber especializado num determinado processo de atenção à saúde/gestão, que deverá ser acionado pelas equipes de referência, de acordo com a demanda de modo a melhor

---

<sup>6</sup> O Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) é vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) é vinculado a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e os Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS), a Política Nacional de Humanização (PNH) que compõe o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) e o Departamento de Atenção Básica (DAB) são vinculados a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (BRASIL, 2012).

ordenar/potencializar o processo de cooperação federal a estados e municípios (BRASIL, 2012, p.10, grifo nosso).

Em 2011 foram publicadas as portarias das redes temáticas que propunham a construção de espaços coletivos de decisão, que foram denominados de Grupos Condutores, com representantes da Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e apoiadores do Ministério da Saúde, formalizando o espaço nos quais os apoiadores de articulação de RAS e das redes temáticas de atenção à saúde estariam inseridos nos territórios de apoio, com a função de ativar coletivos, conectar redes e incluir olhares, práticas, interesses e desejos na produção do comum para a implementação das Políticas de Saúde, tendo como dispositivo potente espaços coletivos para a cogestão, onde apoiadores do MS e os entes federados possam estabelecer vínculos para além das normas e da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora, a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS (BRASIL, 2012).

Os apoiadores deveriam contribuir com os estados e municípios no planejamento estadual, municipal e regional integrado, na elaboração e implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas<sup>7</sup> estabelecidas nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015 (BRASIL, 2011a), na implementação do Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) e em processos transversais de gestão como regulação, avaliação, gestão do trabalho, educação em saúde, vigilância (BRASIL, 2012, p.9).

O apoiador poderá contar com as várias ferramentas existentes e disponibilizada pelo Ministério da Saúde, as quais poderão contribuir com a análise do território, a ser construída entre os atores envolvidos. O Mapa da Saúde e o IDSUS possibilitam a ampliação da capacidade de análise do território para a construção de um projeto coletivo de intervenção, visando mudar a realidade da região (BRASIL, 2012, p.8).

---

<sup>7</sup> Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção das pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014, p.10).

Para a estratégia do apoio integrado se efetivar, foi necessário promover a articulação técnico-política das Secretarias do Ministério em torno de objetivos comuns e, para isso, foi promovido um processo de educação permanente para o conjunto de apoiadores do MS pelo NGAJ com o apoio da SGETS. Foram realizadas duas oficinas nacionais de integração e formação dos grupos de apoiadores do MS: de referência e temáticos; com o objetivo de promover integração e formação desses apoiadores em apoio institucional na perspectiva do MS, e “fortalecer a horizontalidade das suas relações e promover um processo de cooperação interfederativo mais integrado e efetivo, na construção das Redes de Atenção à Saúde nas Regiões de Saúde” (BRASIL, 2012, p.15). Nesses encontros foi proposta a construção de planos de ação dos apoiadores do MS, com objetivo de auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação do trabalho do apoio integrado nas regiões de saúde e estados, seguindo-se as quatorze diretrizes presentes no PNS 2012-2015, a implementação das RAS e a implementação dos dispositivos do Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, com ênfase na contratualização entre os entes federados através do COAP.

Entre 2011 e 2013 em que atuei no DARAS como apoiadora de articulação de RAS foram promovidos, como estratégia pedagógica, encontros trimestrais com os apoiadores de articulação RAS que visavam estimular o protagonismo dos apoiadores no processo de planejamento e execução das oficinas, com apoio dos supervisores do DARAS. Esses espaços foram importantes no processo da formação como intervenção devido às trocas de experiência entre os apoiadores que estavam inseridos nas diversas regiões do Brasil, que traziam consigo demandas e angústias que precisavam ser acolhidas, apoiadas e discutidas para a formulação de estratégias de atuação. Foi nesses encontros que o grupo entendeu que para ser apoiador era preciso desenvolver a capacidade de ser facilitador, e a habilidade de mediar conflitos nos espaços coletivos, e identificou que muitos apoiadores não tinham vivência ou experiência em trabalho dessa natureza.

Ao mesmo tempo em que se pensava a necessidade de aprender a ser facilitador e facilitadora de processos grupais para a implementação solidária da política de saúde, era necessário o aprimoramento dos diversos saberes das áreas técnicas do MS, que não se restringiam ao conhecimento das normativas publicadas

referentes às redes temáticas e requeriam um saber específico para apoiar os territórios no processo de consolidação de uma determinada política.

A identificação desta necessidade permitiu ao grupo de apoiadores de articulação de RAS pensar uma estratégia de formação pautada na prática e focada na superação das fragilidades identificadas. Desta forma, foi desenvolvida a proposta de realização de rodas de conversas com a participação de convidados das áreas técnicas do MS com os quais o diálogo seria fundamental para a atuação do apoio no território, municiando o grupo com informações técnicas e políticas e promovendo a integração dos apoiadores de articulação de RAS com os demais apoiadores, fundamentais para uma boa condução do trabalho nos territórios, na perspectiva da implementação das políticas de saúde prioritárias do MS. Com base na proposta desenvolvida, foram realizadas três rodas de conversa de novembro de 2011 a janeiro de 2012. Em fevereiro 2012 foi realizada uma oficina de avaliação da estratégia das rodas de conversa entre os apoiadores de articulação de RAS, para avaliar a viabilidade da sua continuidade. Nessa oficina concluiu-se que o grupo de apoiadores havia incorporado o processo da mediação dos espaços coletivos e percebeu que ser apoiador ia muito além de ser um facilitador. As rodas de conversa eram potentes não apenas para o desenvolvimento de habilidades e capacidades para o desenvolvimento do papel de apoio nos territórios e também, como estratégia importante de integração e fortalecimento da grupalidade dos apoiadores.

Ao mesmo tempo em que esses processos ganhavam força e significado, um outro processo institucional de reforma da SAS estava sendo construído para melhor atender às necessidades do MS no processo de implementação das políticas de saúde prioritárias. Dessa forma, o DARAS foi desfeito em 2013 e sua estrutura de apoiadores e supervisores passou a compor o gabinete da SAS. Ao mesmo tempo, o processo de apoio integrado do MS, gestado e gerido pelo NGAI, passava por um momento de questionamento sobre sua eficácia para o fortalecimento das parcerias interfederativas.

Como elementos limitadores da estratégia do apoio integrado do MS encontram-se a estrutura administrativa fragmentária das secretarias e diretorias do MS e a falta de entendimento e consenso tripartite sobre a pertinência e validade do apoio integrado, considerando as tradições em torno da defesa da relação e da autonomia entre os entes federados para a gestão do SUS.

Outra dimensão do dilema da integração se baseia na excessiva fragmentação e baixa articulação das diversas áreas e políticas do MS. Todos os textos apostam no apoio como dispositivo de cogestão, sendo capaz de aproximar e transversalizar as áreas e políticas, historicamente desarticuladas e isoladas, em suas especificidades e particularidades. Entretanto a formulação de apoio “geral” e apoio “temático” mantém a separação em políticas, secretarias e departamentos, reproduzindo a tradição das ações programáticas em uma nova roupagem de redes temáticas (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014, p.905).

No período entre 2011 e 2013 apoiei o estado do Paraná na implementação das redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, e Rede de Atenção Psicossocial. De 2013 até os dias atuais venho atuando no apoio ao Distrito Federal nos grupos condutores das redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção das pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência.

#### 4.6 PESQUISA INTERVENÇÃO

A palavra qualitativa, no contexto da pesquisa, é o mundo da experiência vivida. A etnografia proposta pela Antropologia Social, a partir da vivência direta do pesquisador na realidade onde o objeto está inserido, marca o pioneirismo das metodologias qualitativas de pesquisa que carrega um redimensionamento do encontro que se dá no ato de pesquisar, entre pesquisador e objeto de pesquisa, e não apenas metodologias alternativas aos tradicionais métodos quantitativos. Todo trabalho de pesquisa que se define como qualitativo deve levar em conta a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

A metodologia construtivista, utilizada para a investigação qualitativa, é uma atividade que se afirma a partir do contexto situacional em que procura utilizar um amplo arcabouço de métodos de pesquisa, que envolve a localização e implicação do pesquisador com relação ao objeto e seu entorno. O construtivista nega a existência de uma dada realidade objetiva e acredita que as realidades são construções sociais. De acordo com Guba e Lincoln (2011, p.53) a “verdade é uma questão de consenso entre os construtores informados e esclarecidos de uma realidade objetiva”.

Nesse trabalho utilizou-se como método de investigação a pesquisa intervenção e a cartografia, que têm como desafio desenvolver práticas de



acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividade sem abrir mão da orientação do percurso analítico e sistemático da pesquisa, sem caminhar para alcançar metas pré-fixadas, mas construídas no caminhar, considerando os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. A experiência entendida como um saber que emerge do fazer (PASSOS; BARROS 2009; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

A racionalidade científica separa a produção de conhecimento da realidade, o sujeito e do objeto, nega a complexidade e coloca em primeiro plano o espaço acadêmico com seus produtos intelectuais. O valor do conhecimento produzido por essa racionalidade e suas reais virtudes para a construção de uma sociedade melhor tem sido questionado (PAULON, 2010). Essa lógica reducionista é chamada por Morin (2010, p.32) de “paradigma da simplificação”, uma vez que opera por disjunção e redução em um processo de querer conhecer a ciência, a filosofia, a cultura literária, a cultura científica, as disciplinas, a vida, a matéria e o homem, em um processo separado, como se fosse possível separar o inseparável, sem lembrar que o homem tem um espírito que está ligado ao cérebro e que tudo está relacionado.

Ora, o problema não é reduzir nem separar, mas diferenciar e juntar. O problema chave é o de um pensamento que una, por isso a palavra complexidade, a meu ver, é tão importante, já que *complexus* significa “o que é tecido junto”, o que dá uma feição a tapeçaria (MORIN, 2010 p.33).

Na contracorrente dessas tradições os construtivistas negam a possibilidade do dualismo sujeito objeto e propõe, em vez disso, que os resultados decorrem de uma interação entre o observador e o observado, que cria exatamente o que proveem dessa investigação (GUBA; LINCOLN, 2011)

O sujeito é essencialmente aquele que faz perguntas e que se questiona, seja no plano teórico ou no que chamamos de prático. Chamaremos de *subjetividade* a capacidade de receber o sentido, de fazer algo com ele e de produzir sentido, dar sentido, fazer com que cada vez seja um sentido novo (CASTORIADIS, 2010 p.35).

Os fenômenos da subjetividade possuem como características o movimento, a transformação e a processualidade que é refratária de um método de investigação que não isola o ato de pesquisar do momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento, mas que vai se fazendo no acompanhamento dos movimentos das subjetividades e dos territórios (KASTRUP; BARROS, 2009).

Reconhecendo que não existe neutralidade no processo científico, a implicação do pesquisador é um fator inerente a esse processo, mesmo que não a desejemos ou que não saibamos sobre ela. A análise da implicação é o começo da análise institucional, em que é realizada a análise do compromisso sócio-econômico-político-libidinal que a equipe interventora, consciente ou não, tem como sua tarefa (BAREMBLITT, 2002).

A análise das implicações é o cerne do trabalho sócioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo momento, inclusive no momento da própria intervenção. As implicações ideológicas e políticas estão, é claro, presentes a todo momento (LOURAU, 1993, p. 36).

A inseparabilidade entre conhecer e fazer e entre pesquisar e intervir é que demonstra que toda pesquisa é intervenção, considerando que o objeto, o sujeito e o conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, apoiando a investigação no seu modo de fazer, tendo como ponto de apoio a experiência entendida como um saber que emerge do fazer (PASSOS; BARROS, 2009).

Ao pesquisador que conceba a subjetividade à luz de um paradigma ético-estético, que se proponha a observar os efeitos dos processos de subjetivação de forma a singularizar as experiências humanas e não a generalizá-las, que tenha compromisso social e político com o que a realidade com a qual trabalha demanda de seu trabalho científico, não é dada outra perspectiva de investigação que não a pesquisa-intervenção (PAULON, 2010 p.92).

Dentro desse contexto identificamos que existem diversos métodos investigativos e a escolha do uso da cartografia se deu pelo seu “caráter inventivo que coloca a ciência em constante movimento de transformação, não apenas refazendo seus enunciados, mas criando novos problemas e exigindo práticas originais de investigação” (BARROS; KASTRUP, 2009 p.55).

#### **4.6.1 Cartografia**

A investigação cartográfica requer estratégias metodológicas e procedimentos investigativos mais abertos e inventivos que permitam pesquisar, intervir e transformar o mundo e a si mesmo. Sem se afastar do rigor do método, se abre para a sua resignificação, e sua precisão está no interesse, no compromisso e na implicação (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009; FERIGATO; CARVALHO, 2011). Esse método propõe uma reversão metodológica, afastamento de regras previamente

definidas, que tem a intenção de compor pistas, como por exemplo, uso de notas de campo, entrevistas, conversações, grupos focais, fotografias e memórias, que são técnicas investigativas de coletas de dados que possibilitam o acompanhamento dos processos que se fazem presentes, e colocam o pesquisador no contexto permanente de construção que requer aprendizado e atenção permanente, para que ele não se isole do objeto de estudo na busca de soluções e regras de forma que esse isolamento o impeça de tornar o mundo visível e transformá-lo a partir do ato de pesquisar (DENZIN; LINCOLN 2005). Acompanhar exige produção coletiva do conhecimento, pois “há um coletivo se fazendo com a pesquisa e há uma pesquisa se fazendo com o coletivo” (BARROS; KASTRUP, 2009 p.73).

A cartografia é um termo oriundo da Geografia e registra as paisagens que se conformam segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho do tempo como existência e pela vida que ali passa. O termo mapa é usado para descrever linhas, identidades e subjetivações da paisagem social como se fosse um mapa geográfico (FEUERWERKER; MERHY, 2011).

Para Oliveira (2011) o cartógrafo registra o que se passa durante o acontecimento, o encontro e por dentro de si, e deve ficar atento aos fluxos e cortes. O cartógrafo vai compondo e decompondo o seu mapa com a construção e desconstrução de narrativas, que utiliza as relações humanas como base territorial para acompanhar os regimes de verdades, os ditos e não ditos de determinados regimes de enunciação.

A cada movimento vamos ampliando as conexões, multiplicando as malhas da rede, confrontando o mapa ou partes dele com novos intercessores. Surge uma cartografia, que ao ser escrita torna-se a sua própria narrativa-acontecimento (OLIVEIRA, 2011,p. 99).

Toda prática de saúde opera nos processos de subjetivação e de produção de cuidados, que ocorrem pelo contato e pela comunicação que produzem fluxos de intensidade e afetos que circulam entre usuários, trabalhadores e gestores envolvidos na dinâmica saúde-doença-intervenção. Esses processos de subjetivação e produção de cuidados nos aproximam da cartografia, que é um “procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada está em constante transformação e movimento, uma realidade composta por diferentes narrativas, contextos e linhas de força a serem

consideradas em sua complexidade e singularidade” (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p.667).

As instituições de saúde se movimentam para sustentar ou resistir aos seus determinantes externos e internos, em um processo constante de reinvenção e repetição no qual a cartografia busca intervir.

Cartografar esses processos na saúde coletiva significa investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção de cuidado; escutar os seus “ruídos” e seus incômodos; fazer aparecer as coisas que estão ali, mas que não têm visibilidade (FRANCO; MERHY, 2009; FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Investigar um território de produção de saúde é buscar captar suas dinâmicas, seus movimentos, seus acontecimentos, o que se passa no entre instituição-território, instituído-instituente. Um lugar que se propõe a ser um “espaço do acontecer solidário” (SANTOS, 2005, p. 253), um território compartilhado que se presta a um papel analítico. Território enquanto espacialidade materializada, definida a partir de relações subjetivas - os denominados “territórios de subjetivação ou territórios existenciais” (GUATTARI, 1985, p.114).

As pesquisas qualitativas e a cartografia têm zonas de distinguibilidade, o cartógrafo não vai necessariamente interpretar o mundo, nem compreender a realidade, mas produzir um novo mundo, perseguir realidades em devir, captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e afetos. O que interessa para o cartógrafo é o que escapa da análise interpretativa, mas também existem zonas de comunidade. Nessas zonas de comunidade, os coletivos e sujeitos acionados por dispositivos de intervenção, recorrem a práticas interpretativas como forma de racionalizar os processos de transformação que vivenciam (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009; FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Desse modo, consideramos que, para o desenvolvimento de uma pesquisa intervenção e cartografia seria imprescindível os processos de um plano interventivo, no qual se conforma a intervenção, produção entre sujeitos e organizações, o qual cria as condições para o mapeamento de processos de subjetivação; e as práticas interpretativas daí disparadas expressas em processos de narrativa e processos avaliativos relacionados a sujeitos-de-interesse. Propondo-se a pesquisar e a acompanhar processos, a cartografia contribui para as pesquisas qualitativas no que

se propõem ao acompanhamento de processualidades de forma interventiva, produzindo conhecimento no mundo da experiência vivida (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009; FERIGATO; CARVALHO, 2011). Para Turato (2005, p.509) o cartógrafo é “aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados”.

#### **4.6.2 O Conceito de Intervenção**

O conceito de intervenção aqui colocado é derivado da Socioanálise e da Análise Institucional (L'ABBATE, 2003), destacando-se que a potência interventiva (de alteração do estado-de-coisas) é diretamente relacionada a possibilidade das estratégias e táticas utilizadas pelos coletivos “intervindos” propiciarem a ação instituinte, de forma plena e continuada (BAREMBLITT, 2002).

O método de intervenção utilizado foi o Método da Roda que, de acordo com Campos (2005), propõe-se a trabalhar com o objetivo de constituir coletivos organizados, que implica a construção da capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição, e possam analisar e refletir sobre diferentes aspectos organizacionais a partir de seus pontos de vista.

A concepção de intervenção toma menos o caráter de “dar a partida” e mais o de “entrar no movimento”. Entendemos que quando alguém é chamado a intervir numa situação institucional, algo já está em andamento. O processo de intervenção não ocorre somente em situações onde há cristalizações, mas também onde há movimentos, de outro modo, a demanda não se produziria e ninguém seria chamado a intervir. Daí a importância de se fazer a análise da encomenda, para que se possa entrar em contato com as múltiplas demandas (CAMPOS, 2007, 2005). Para disparar esses movimentos, no sentido de intervenção-oferta, o apoiador institucional é inserido nesses espaços coletivos para ajudar a ressignificar a compreensão do serviço e de suas bases de organização na interface entre a produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo (BRASIL, 2010c)

Para possibilitar a visibilidade e dizibilidade dos processos interventivos e do regime de afetos dos encontros, que é a história que estamos em via de diferir, são construídas narrativas (OLIVEIRA, 2011). A escrita do relato não deve ser um mero registro de informações que se julga importante, pois sua elaboração requer recolhimento e seu objetivo é possibilitar um retorno à experiência do campo, viver a experiência (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

#### 4.6.3 Narrativas

A narrativa não suporta nenhum tipo de reordenamento de eventos, tendo o tempo, como experiência do próprio tempo, definido não como passado, presente e futuro mas como presente das coisas passadas, presente das coisas presentes e presente das coisas futuras, pois o que importa é o ordenamento lógico que produz coerência (VIEIRA, 2001). O tempo na narrativa revela o seu caráter temporal da experiência humana. “O tempo torna-se tempo humano na medida em que é articulado de um modo narrativo, e que a narrativa atinge seu pleno significado quando se torna uma condição da existência temporal” (RICOUER, 1994, p.85).

O texto narrativo traz elementos culturais e simbólicos que não estão explicitados na narrativa e vêm antes mesmo da escrita do próprio texto, pois está na pessoa que escreve a narrativa. O leitor ao interagir com o texto irá reconstruí-lo, construindo o seu próprio horizonte cultural e de vida, gerando múltiplas interpretações do texto narrativo. “O texto só se torna obra na interação entre texto e receptor” (RICOUER, 1994, p.118).

A produção dos dados é processual e a processualidade se prolonga no momento da análise do material que se faz também no tempo, com o tempo, em sintonia com o coletivo. Dessa maneira, o texto que traz e faz circular os resultados da pesquisa é igualmente processual e coletivo, resultado dos muitos encontros (BARROS; KASTRUP, 2009 p.73).

As narrativas, que são produzidas a partir das diferentes técnicas de coleta de dados, expressam um conhecimento de nós mesmos e do mundo, que não reflete um problema teórico, mas um problema político. De acordo com Passos e Barros (2009 p.151) “A política é a forma de atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas e legais. A política se faz também em arranjos locais, por microrrelações”. Nesse sentido é que pensamos a política da narratividade como método de pesquisa, em

que os sujeitos e o encontro entre eles é o nosso objeto de pesquisa que nos força a pensar as condições para o exercício crítico-clínico que toda pesquisa em saúde exige (PASSOS; BARROS, 2009).

Há menos a preocupação da busca pela causa-efeito, mas dos agenciamentos para tais causalidades e de quem os faz (RICOEUR, 2005; 1994). A narrativa explica mais à medida que narra melhor (RICOEUR, 1994). A narrativa como mediação e representação do tempo e da ação humana não se ordena de forma cronológica ou cosmológica, numa descrição linear dos episódios, mas deve corresponder às experiências psicológica e filosófica do tempo, sendo o encadeamento lógico dos fatos (nível das ideias - da interpretação) a sua característica fundamental (RICOEUR, 1994). A lógica narrativa implicaria, idealmente, um tempo configurado pelo encadeamento de inúmeras instâncias do discurso, que definiriam a própria ideia do presente (FURLAN, 2012).

## 5 CAMINHO METODOLÓGICO

Os referenciais metodológicos, éticos e políticos da pesquisa sintonizam-se com a experiência do grupo constituído de pesquisadores da Universidade de Brasília e da Fundação Oswaldo Cruz que vem desenvolvendo a Pesquisa “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde”. Para este grupo a universidade pública, em suas atividades de pesquisa, ensino e extensão, deve se constituir cada vez mais como apoiadora e coprodutora do desenvolvimento institucional do SUS, da consolidação do direito à saúde e da democracia (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Desde a constituição de grupidades, espaços coletivos compostos por docentes, discentes, trabalhadores, gestores e usuários, aos procedimentos e métodos de pesquisa, a cada passo, busca-se o exercício democrático, a participação, a construção coletiva (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014). De certa maneira, retomar as preocupações com uma investigação comprometida com a práxis e a mudança social de pesquisadores de gerações anteriores (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Em razão desses pressupostos buscamos referenciais teórico-metodológicos que considerassem legítima a produção de uma “pesquisa-implicada” (LOURAU, 2004; PAULON, 2010) e de um “pesquisador implicado” (MERHY, 2004). Que se colocassem ao lado das críticas aos axiomas da neutralidade e da objetividade, que questionem “a clássica polarização sujeito-objeto, mantida mesmo entre as pesquisas participantes”, “que se proponha a observar os efeitos dos processos de subjetivação de forma a singularizar as experiências humanas e não a generalizá-las” (PAULON, 2010, p.92). Sobretudo que trouxessem perspectivas concretas de participação dos sujeitos pesquisados no processo de produção de conhecimento, convertendo-os em sujeitos coprodutores do conhecimento acadêmico (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Encontramos ressonâncias com nossas preocupações, questões e posicionamentos nos referenciais da Hermenêutica (GADAMER, 2008; RICOEUR, 1990, 2010), da Pesquisa Avaliativa (hermenêutica) de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011) e nas Pesquisas Cartográficas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA,



2009; FERIGATO; CARVALHO, 2011). A pesquisa qualitativa, campo inerentemente político, adota as tensões metodológicas que podem ser combinadas num mesmo projeto na ampliação interpretativa, na exploração de visões do contexto, “a se imergirem e a se fundirem em novas realidades a serem compreendidas” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.20). Com essas influências, desenhamos algo como uma pesquisa cartográfica com pólos avaliativo e hermenêutico (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Para a conformação do plano de intervenção da pesquisa utilizamos a estratégia do apoio institucional, à partir do “Método da Roda”, de acordo com Campos (2005), para a produção de dados. As técnicas de investigação utilizadas foram os grupos focais, as entrevistas individuais e os diários de campo, que compõe as narrativas.

Nesse sentido, os espaços de rodas constituídos ao longo da experiência interventiva (no plano de intervenção), propiciaram o encontro e o confronto entre os sujeitos. Esses sujeitos, situados no ato da roda, de acordo com suas funções institucionais (na SAPS, na Regional, nas unidades de saúde, na universidade, gestores, trabalhadores, professores, alunos, usuários, etc), faziam expressar não só suas opiniões e interesses, como também as dimensões desejantes, as idiossincrasias institucionais, os jogos de composição, disputa, poder e resistência.

Essa dimensão agonística das rodas, foram definidas por Campos (2005) como produção decorrente da tensão constitutiva das relações de trabalho e produção, em função das diferenças de desejo e interesse entre trabalhadores, gestores e usuários. De outra forma, também podemos aproximá-la do campo de tensões entre os grupos de interesse, no âmbito dos processos avaliativos participativos de 4ª geração, formulados por Guba e Lincoln (2011), os quais produzem "reivindicações, preocupações e questões" nos momentos de encontro e discussão de problemas, quando forçados (na roda) a confrontar suas diferentes perspectivas.

Sendo a atividade do apoio institucional, sobretudo uma atividade de análise e facilitação da análise de grupos e de processos de trabalho, consideramos, conforme Santos Filho (2014), que esse exercício é indissociável da inclusão de dimensões avaliativas desses processos. Especificamente dimensões avaliativas de modulação formativa, uma vez que facilitam processos de análise de si, aprendido com o enfrentamento de problemas e dificuldades. O trabalho do apoiador envolve sempre

a constituição/inserção em movimentos coletivos, ajudando na análise das instituições, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. Opera em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente” trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2008, p.53).

Desse modo, as rodas de apoio, quando se configuram de forma a causar o encontro de sujeitos, grupos de interesse, configuram processos ao mesmo tempo avaliativos, formativos, clínicos, ciclando continuamente atividades de planejamento, gestão, intervenção, avaliação, participação, de forma significativa ao coletivo. As rodas, grupos focais, atividades coletivas de apoio foram concretizando o plano interventivo da pesquisa (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Para fazer o plano interventivo precipitar o material de pesquisa (dados de pesquisa) propriamente dito, foi necessário constituir um procedimento coerente com o referencial democrático de produção de conhecimento, de pesquisa participativa (GUBA; LINCOLN, 2011), que permitisse um alto grau de coletivização da própria delimitação e interpretação dos achados de pesquisa, a partir dos acontecimentos que emergiam do plano interventivo.

Desde o primeiro encontro do grupo de pesquisa e na medida em que este ia se articulando e incluindo outros sujeitos no plano interventivo a discussão metodológica em grupo, a composição de narrativas coletivas dos encontros e a análise das situações vivenciadas foram coletivizadas, registradas e validadas, em ciclos sucessivos de espaços coletivos. No desenvolvimento do plano interventivo, a própria pesquisa, suas estratégias e procedimentos foram sendo inventados, tendo como eixo central a prática cartográfica articulada nos seus pólos avaliativo e hermenêutico (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Para tanto, foram feitos roteiros norteadores (APÊNDICE A), para as entrevistas individuais e para os grupos focais narrativos (MIRANDA et al., 2008). As narrativas produzidas a partir das memórias de encontros e a partir dos grupos focais, foram validadas em ciclo hermenêutico, proposto por Hans-Georg Gadamer (2008). Dessa forma, as categorias analíticas destacadas emergem na intersecção entre os movimentos de narratividade a partir dos acontecimentos do plano interventivo. Os mesmos acontecimentos que atualizam os posicionamentos institucionais dos sujeitos

participantes a cada instante, permitindo o mapeamento das variações dessas posições, e dos vetores de força (de mudança, de conformação de novas institucionalidades, de institucionalização, de desvio, de conservação, etc). Portanto, a cartografia das práticas de apoio se constitui nesse mapeamento dos movimentos de mudança dos e nos sujeitos participantes, disparados pelos processos de apoio e expressos pelas categorias analíticas validadas coletivamente.

As entrevistas individuais tiveram a duração entre 40 minutos e 1h. A proposta inicial era realizar quatro entrevistas individuais com o Secretário de Saúde do DF, a Subsecretária de Atenção Primária a Saúde, o Subsecretário de Atenção a Saúde e o Coordenador Geral de Saúde do Recanto das Emas, todos com o objetivo de identificar as prioridades da sua gestão para a APS e a sua visão sobre a contribuição do apoio para o alcance dessas prioridades.

Durante o mês de fevereiro de 2014 foram realizadas entrevistas com a Subsecretária de Atenção Primária a Saúde e com o Coordenador Geral de Saúde do Recanto das Emas, pelas quais foi identificado que não seria necessário realizar a entrevista com o Subsecretário de Atenção a Saúde, pois a Subsecretaria de Atenção a Saúde não realizava ações no componente APS na Regional de Saúde do Recanto das Emas e o Secretário de Saúde do DF deixou o cargo para candidatar a deputado federal.

Nos meses de maio e agosto de 2014 e junho e setembro de 2014, foram realizados dois grupos focais no Colegiado Gestor do RE e no Colegiado dos Coordenadores de Programas, sendo que as primeiras rodadas tiveram o objetivo de analisar as prioridades da gestão regional para a APS, a contribuição do apoio para o alcance das prioridades para a APS e os mecanismos instituídos para a realização do apoio. As segundas rodadas foram realizadas três meses depois da realização das primeiras, e foram divididas em dois momentos: o primeiro que foi para apresentação da construção da narrativa para o grupo corrigi-la, discuti-la e validá-la, contou com as pessoas que participaram da primeira rodada; o segundo que foi para atualização da narrativa e rediscussão de alguns temas que não ficaram claros e que eram importantes para o processo de análise e intervenção do apoio, contou com o mesmo grupo e com participação de outros apoiadores que não puderam participar do primeiro grupo focal.

A coordenação dos grupos focais e das entrevistas individuais desta pesquisa foi de responsabilidade da pesquisadora que coordenou todos os grupos focais que tiveram a participação de um anotador e de um observador, que são integrantes do Grupo de Pesquisa, com experiência na aplicação da técnica de grupos focais narrativos e que se revezaram. Cada grupo teve em média um quantitativo entre 7 e 12 pessoas e com a duração de 2h.

Esses encontros, grupos focais e entrevistas individuais, foram realizados mediante coleta de termos de consentimento livre e esclarecido pela pesquisadora, e devidamente registrados em áudio que foram transcritos. Durante a realização dos grupos focais, observadores captaram e registraram observações sobre as informações não-verbais expressas pelos participantes durante os encontros. A pesquisadora elaborou diários de campo que buscaram fazer rupturas e religações encadeando acontecimentos, histórias e linhas argumentativas em um trabalho de interpretação em suas dimensões de análise e de construção (FIGUEIREDO, 2009; RICOEUR, 1990, 1994). A pesquisadora reuniu em narrativas informações das transcrições, das anotações dos observadores e do seu diário de campo, construindo enredos próprios dos gestores e do coletivo.

Os diários de campo tiveram a função de facilitar as análises das implicações da pesquisadora mas também exerceram seu sentido mais funcional na pesquisa, sendo os instrumentos pelo quais a pesquisadora fez as notas do campo que ajudaram a compor as narrativas (AZEVEDO, 2012). Esta produção de memórias é uma cartografia que é um procedimento para o estudo da dimensão processual dos modos de produção de subjetividade, que insere o fluxo processual no qual as subjetividades são produzidas. (BRASIL, 2010c)

A partir de fevereiro de 2013 foram realizadas reuniões estratégicas de pactuação e delineamento do objeto de intervenção junto à subsecretaria e gerências centrais da SAPS, e a partir de abril de 2013 iniciou-se a conformação do desenho de intervenção do apoio com a construção de oito espaços coletivos, conforme Figura 1.

Componentes	Grupo de pesquisa	Supervisão SAPS	Grupão Gama e RE	Colegiado Gestor RE	<sup>(1)</sup> Grupo de cogestão	<sup>(1)</sup> Grupo de apoio à GPP	<sup>(2)</sup> Colegiado cogestão CF1	<sup>(3)</sup> Colegiado Coord. de Programa
Pesquisadores da UNB, da FIOCRUZ e alunos da graduação e pós graduação da UnB								
Apoiadores Fepecs								
Apoiadores SAPS								
Apoiadores RE								
Apoiadores Gama								
Profissionais CF1 do RE								
Coordenadores de Programa do RE								

(1) Grupo criado a partir do Colegiado Gestor RE

(2) Grupo criado a partir do Grupo de cogestão

(3) Grupo criado a partir do Grupo de apoio à GPP

Figura 1 Diagrama de constituição dos grupos de intervenção do apoio

No período de abril de 2013 a dezembro de 2014 foram realizadas 77 rodas de conversa e quatro grupos focais que produziram processos de formação e intervenção na regional do Recanto das Emas, conforme Tabela 1, e, além desses espaços citados, a pesquisadora realizou encontros de orientação da pesquisa e realizou duas entrevistas individuais.

Tabela 1 – Quantidade de encontros por grupos de intervenção do apoio

Espaços de intervenção do apoio	Quantidade de rodas de apoio	Quantidade de grupos focais
Grupo de pesquisa	13	-
Supervisão SAPS	5	-
Grupão Gama e RE	18	-
Colegiado Gestor RE	15	2
Grupo de cogestão	4	-
Grupo de apoio à GPP	3	-
Colegiado cogestão CF1 do RE	3	-
Colegiado Coord. Programa do RE	16	2

Diante do encerramento das atividades do grupo de pesquisa relativamente à este projeto no SUS DF em decorrência da mudança do ciclo de gestão da SAPS, foi realizado um encontro, em novembro de 2014, para avaliação final do projeto com a participação de todos os grupos de interesses da pesquisa para compartilhamento da análise das experiências vivenciadas e dos materiais produzidos nos procedimentos de pesquisa: grupos focais e narrativas do processo; para validação de categorias de análise e efetivação dos processos participativos junto aos sujeitos interessados. Esse encontro visou o comprometimento ético, político e estético acerca do entendimento do papel da universidade pública no desenvolvimento institucional do SUS DF, em que nossas produções acadêmicas, no campo da pesquisa (mesmo que articuladas com o ensino e com a extensão), deveriam se constituir, elas mesmas como intervenção nos processos de produção da realidade onde se instalam (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Nesse encontro foram problematizadas primeiramente duas questões para os participantes: “onde me vejo apoiando ou sendo apoiado?” e “em que espaços de trabalho/gestão vejo as práticas de apoio acontecendo?”, e por último a questão: “que indicativos de efeitos ou resultados você identifica como relacionados à incorporação das práticas de apoio no trabalho e a gestão?”. Os participantes registraram suas percepções e experiências em tarjetas que foram agrupadas por similaridade de ideias e dispostas em um mural de forma organizada. Isso possibilitou o mapeamento dos efeitos e dos movimentos gerados nos três planos: das práticas de apoio; da institucionalidade; e da institucionalização.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, conforme número do parecer 191.003, e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde Fepecs/SES-DF, conforme número do parecer 453.476, e os termos de consentimento livre e esclarecidos foram assinados por todos os participantes da pesquisa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da proposta do apoio, em março de 2013, foram realizadas algumas reuniões estratégicas de pactuação e delineamento do objeto de intervenção junto à subsecretaria e às gerências centrais da SAPS, nas quais foram explicitados os interesses em alterações no modelo de gestão, almejando o estabelecimento de um contato direto da equipe do nível central com as regionais de saúde a partir da estratégia do apoio institucional. Pelo diagnóstico situacional identificou-se baixa capacidade dos gestores regionais e da gestão central na qualificação das práticas em saúde e uma fragmentação da relação institucional entre a SAPS e as regionais de saúde. Os gestores manifestaram interesse em iniciar uma intervenção nas Regionais Gama e Recanto das Emas devido à implantação da ESF e dos NASF, e à construção de um modelo de gestão participativo. Neste estudo a Regional de Saúde do Recanto das Emas é o nosso objeto de intervenção devido às razões expostas acima e pelo fato de ser uma regional com 84,10% da população dependente exclusivamente do SUS, por não possuir equipamento hospitalar público nem privado e por estar em processo de mudança do modelo de atenção básica tradicional para a Estratégia Saúde da Família (CODEPLAN, 2013).

O produto do ciclo de encontros ocorridos em março de 2013 foi a definição da equipe de profissionais da SAPS, que teriam a responsabilidade de acompanhar e estimular a mudança do modelo de gestão e a implementação do apoio institucional na APS, no âmbito regional, pelo exercício do papel de apoiadores na articulação e na defesa do projeto político para desenvolvimento do SUS regional. Esse movimento consolidou o primeiro ciclo de discussões e negociações com potência para iniciar uma alteração organizacional na SAPS.

O movimento seguinte, ocorrido em abril de 2013, foi marcado pela inserção dos gestores das regionais de saúde nas rodas de conversas com os apoiadores SAPS, pesquisadores da UnB e da Fiocruz e alunos da UnB. Nesse encontro foi apresentada a proposta do apoio institucional e da cogestão, e os sujeitos apresentaram, como expectativa com relação à APS nas regionais envolvidas, a necessidade de mudança do modelo de atenção básica tradicional para a Estratégia Saúde da Família. Esse encontro demarcou a inserção das Regionais nesse processo, emergindo a necessidade de encontros periódicos com os gestores que foram denominados como "Grupão Gama Recanto", que é um espaço coletivo mensal

de encontro entre os atores: UnB, Fiocruz, Fepecs, SAPS, Recanto das Emas e Gama; para construção do apoio nos territórios, acompanhamento da experiência de implementação do apoio, aportes pedagógico, teórico e metodológico, e análise das relações de trabalho. Além disso, haveria outra agenda mensal em cada regional para construção do projeto específico. Concomitantemente, nos intervalos do "Grupão" as regionais realizariam seus colegiados e reuniões com apoio de pesquisadores da Fiocruz, de professores e alunos da UnB e dos profissionais da SAPS.

A partir da conformação do apoio da SAPS para a DIRAPS e da DIRAPS para a regional de saúde, contitui-se um grupo denominado "Grupo de Pesquisa" composto de pesquisadores da UnB e da Fiocruz, juntamente com alunos da graduação e pós graduação da UnB, para exercer o papel de apoiadores institucionais, em composição com os apoiadores da SAPS na relação entre nível central da SAPS e DIRAPS do Gama e do Recanto das Emas, e de apoio e suporte técnico-pedagógico na construção da proposta do apoio institucional na APS.

A partir do exercício do apoio pelos apoiadores da SAPS foi criado o grupo "Supervisão SAPS" para preparar os apoiadores para atuação em campo, diferenciando o modo de intervenção habitual verticalizada, com mando do nível estadual para o regional-local, pois era preciso analisar os modos de produção e de relação entre os níveis do SUS-DF, para poder colocá-los de forma mais participativa e de acordo com a lógica do apoio, a partir de relatos e análises das vivências, oferecendo aporte teórico e supervisão clínico-institucional, criando novas estratégias e um planejamento de ações para aumentar a autonomia na condução da intervenção, enquanto projeto político, sustentando a longevidade da proposta. Nos primeiros encontros desse grupo buscou-se o entendimento das razões do interesse daquelas regionais e o alinhamento de expectativas (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Inicialmente as principais questões colocadas nos espaços coletivos constituídos versava sobre o apoio institucional: "o que é o apoio? Como fazer junto às equipes?". O Grupo de Pesquisa deu corpo à estratégia do apoio, procurando se constituir como apoiadores nesses espaços, fazendo ofertas aos grupos, estimulando a análise e a avaliação situacional e formativa, o planejamento de ações, acordos de responsabilidades e oferecendo ferramentas para o coletivo. A intervenção não poderia ser olhada de forma isolada pensando-se um serviço, uma regional ou uma reunião, mas ficou configurada, no desenho entre os diversos Espaços Coletivos



intercessores, conforme Figura 2, uma influência mútua, compondo o desenho cartográfico (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

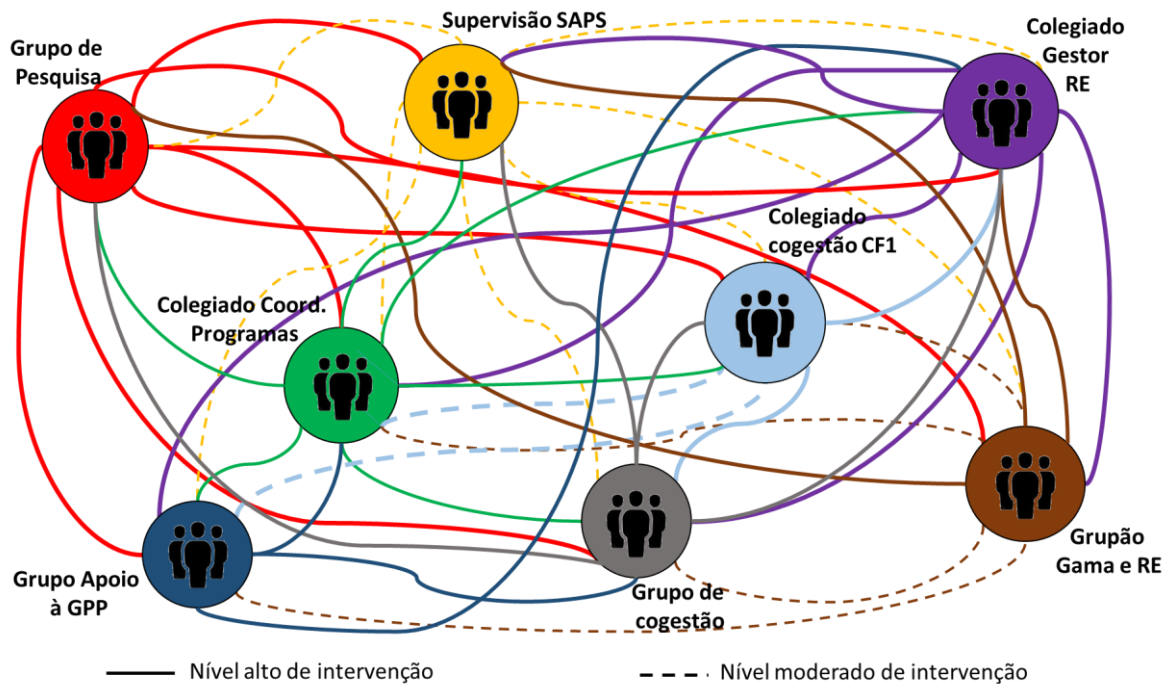


Figura 2 Diagrama de intervenção dos espaços coletivos

As provocações, mobilizações, ações e posicionamentos dos sujeitos nos espaços coletivos foram evidenciando as posições institucionais ocupadas pelos sujeitos e o jogo de forças foi se expressando em atos nos encontros, vitalizando o movimento cartográfico, sempre sendo restituído aos grupos/sujeitos, incluindo, ampliando e coletivizando análises, constituindo os círculos hermenêuticos e os processos avaliativos, *pari passu* o plano interventivo se constituía (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

A partir da inserção das regionais de saúde no projeto e da definição das agendas para inicio do processo de intervenção do apoio, foi agendado um encontro, em 12 de abril de 2013, do Grupo de Pesquisa com os apoiadores da SAPS para planejamento do primeiro encontro com os profissionais das Regionais de Saúde e para inicio da formação dos apoiadores: profissionais da SAPS e da Regional de Saúde do RE; professores e alunos da graduação e pós-graduação da UnB; e professores da Fiocruz; sobre como seria a condução de um espaço coletivo utilizando o “Método da Roda” e qual a função do apoiador institucional de acordo com o proposto por Campos (2005). As falas e as expressões dos participantes

demonstravam certa ansiedade na compreensão do fazer apoio e uma expectativa quanto à existência de um processo definido, como uma receita pronta. Eles foram esclarecidos que o exercício da função apoio ocorre a partir do momento em que estão inseridos em espaços coletivos, pois o trabalho do apoio se dá nos encontros. Nesse encontro os apoiadores da SAPS que iriam conduzir o primeiro encontro nas regionais, foram orientados quanto à realização desses encontros: organização das pessoas em roda; apresentação das pessoas; contextualização sobre o projeto no que se refere ao interesse da SAPS em fazer apoio para a APS; explicação da escolha dessas regionais; criação de oportunidades de falas para o coletivo; indução da discussão sobre a situação da APS e seus desafios para a regional; esclarecimento do papel do gerente; e realização de uma avaliação ao final.

Depois disso, em 19 de abril de 2013, foi realizado o primeiro encontro com os gestores do Recanto das Emas no qual foi pactuado o processo de apoio e a constituição de um grupo de apoiadores com: dois representantes da SAPS; dois pesquisadores da UNB; um apoiador Fepecs e onze gestores e profissionais do Recanto das Emas: Diretor de Atenção a Saúde (DAS); gerentes das equipes de saúde da família (eSF); gerentes dos Centros de Saúde (CS); gerente da unidade de pronto atendimento (UPA); Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação; Gerente de Políticas e Programas; e profissionais do Núcleo de Educação Permanente. Nesse encontro foi identificado que os gestores da regional tinham um colegiado gestor que se reunia mensalmente e que essas reuniões seriam o espaço de intervenção do apoio, denominado “Colegiado Gestor do Recanto das Emas”, a partir da construção de relações de compromissos. Após a explanação da SAPS o grupo de apoiadores composto por gestores e profissionais do Recanto das Emas falou sobre a oferta do apoio:

*Nós estamos tentando construir uma gestão mais participativa, temos um colegiado gestor mas não temos um método que nos ajude a fazer com que esse espaço seja de cogestão que nos ajude a mudar os nossos processos de trabalho. Não conseguimos implantar os colegiados nas unidades de saúde e hoje não conseguimos exercer o papel de gerentes. Os cursos ofertados pela SES central já veem prontos, ninguém é ouvido, e é preciso trabalhar a formação dentro do serviço. Nas unidades de saúde as demandas são intensas e a SES central e o Ministério da Saúde nos impõe ações que muitas vezes dificulta as mudanças nos processos de*

*trabalho. Os profissionais apresentam resistência para a implementação das ações que as vêem com uma tarefa adicional e não compreendem que as ações propostas visam a melhoraria da atenção a saúde. Já conseguimos fazer alguns avanços, entretanto o desejo de trazer o usuário para dentro do serviço está longe de ser alcançado. Com a proposta do apoio, temos como expectativa aprender uma nova forma de gerenciar, que nos ajude a promover a mudança do modelo de atenção básica tradicional para a Estratégia da Saúde da Família, de forma que os profissionais não entendam como sendo um movimento verticalizado e imposto, e sim participativo, horizontalizado. (Colegiado gestor RE - narrativa construída pela pesquisadora de acordo sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 19/04/2013).*

Com base nisso, percebe-se uma dificuldade no processo de gestão e a necessidade de se entender como os atores se percebem nesse processo e, para isso, foi sugerido que cada gestor construísse um diário de campo, durante uma semana, para registro de suas atividades, com o objetivo de identificar se o seu trabalho condiz ou não com o estabelecido para a sua função.

Com base nos registros dos diários de campo foi possível identificar que os gestores não têm momentos para refletirem sobre o seu processo de trabalho e isso vem prejudicando o planejamento de suas atividades.

*Fazendo o diário de campo foi possível identificar que não estamos fazendo o que de fato é da nossa competência, não conseguimos participar das reuniões das equipes e ficamos “apagando fogo” o tempo todo. Além disso, os profissionais de saúde não assumem determinadas responsabilidades e isso faz com que a comunidade busque a gerente para resolver seus problemas. A gerente, na tentativa de resolver os problemas apresentados, faz solicitações diretas aos profissionais e esses as percebem como uma gerente autoritária. O profissional de saúde precisa entender que o trabalho é voltado para suprir as necessidades de saúde da comunidade. Não há problema em gerenciar mas não conseguimos distinguir o que é problema de gestão da minha competência e o que não é. (Colegiado gestor RE, 01/05/2013- narrativa construída pela pesquisadora de acordo com sua memória do encontro).*

A segunda atividade realizada pelo Colegiado Gestor do RE foi a construção de um organograma relacional, que foi concluído em junho de 2013, depois da

realização de quatro encontros, que demonstrou, de forma clara, a existência problemas organizacionais. A partir disso, o grupo propôs a realização de uma oficina para identificação de problemas, relacionados na Figura 3 abaixo, e respectivos eixos de intervenção: a criação de espaços compartilhados de gestão, cogestão, nas unidades básicas de saúde; e a reorganização das atribuições e competências dos coordenadores de programas que são vinculados à Gerência de Políticas e Programas (GPP); sobre os quais o apoio atuaria visando uma mudança do modelo de gestão. Algumas pessoas que compõe o grupo foram designadas para planejar essa oficina, que foi realizada em 12 de julho de 2013, na qual os seguintes problemas foram identificados:

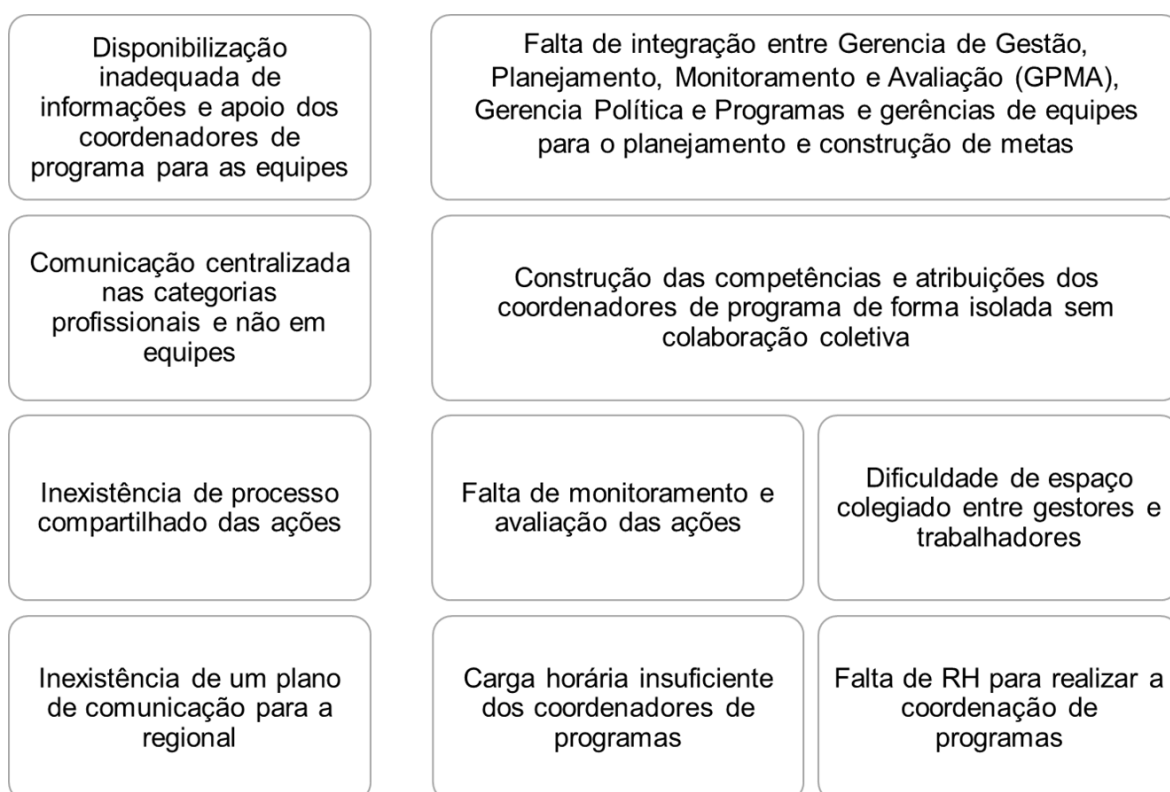


Figura 3 Problemas organizacionais identificados pelo Colegiado Gestor do RE

A partir dos dois eixos de intervenção foram criados dois subgrupos de apoio com encontros mensais, para promover a intervenção: um com ênfase na cogestão denominado “Grupo de Cogestão” e outro para apoiar a GPP denominado “Grupo de Apoio à GPP”. A permanência do Colegiado Gestor do RE foi mantida, também com encontro mensais, como um espaço de formação e supervisão para que os apoiadores compartilhem e analisem seus processos de trabalho que estão sendo

construídos nos subgrupos, ao mesmo tempo em que são provocados a refletirem sobre o apoio institucional. A Figura 4 demonstra os espaços coletivos constituídos durante o processo de intervenção que contaram com a intervenção dos apoiadores externos.

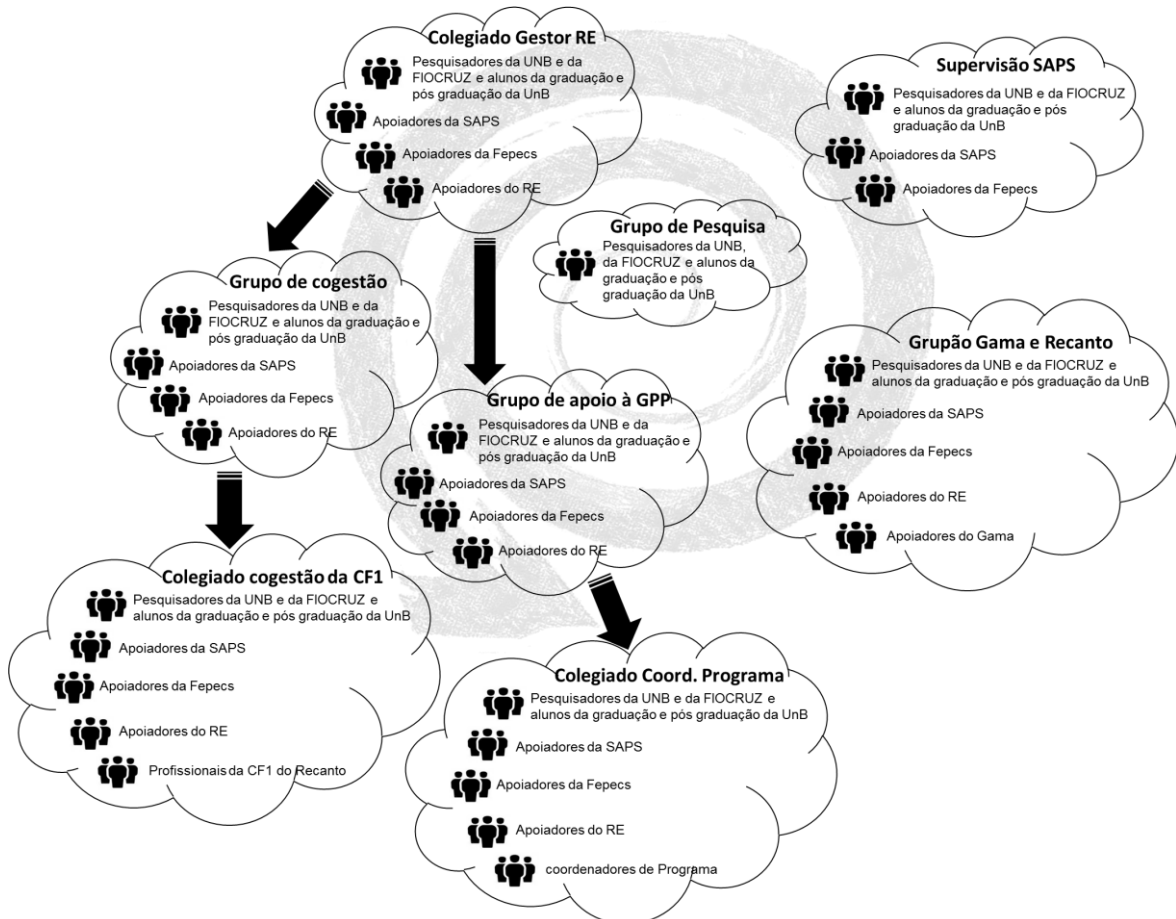


Figura 4 Conformação das rodas de apoio

## 6.1 ESPAÇOS DE INTERVENÇÃO DO APOIO: GRUPO DE COGESTÃO

Em julho de 2013 o Grupo de Cogestão realizou sua primeira roda de apoio para a construção da matriz de intervenção do apoio no qual algumas propostas iniciais foram discutidas: apoio individualmente a cada eSF; formação de colegiados em todas as unidades de saúde da regional; e intervenção em uma única unidade de saúde. Por consenso as atividades seriam iniciadas em uma unidade de saúde com o propósito que outros gerentes construíssem um colegiado de cogestão nas suas unidades de saúde, a partir do seu aprendizado. A Clínica da Família1 (CF1) foi a unidade escolhida devido a mesma ter sido a primeira unidade a alocar sete eSF sem a devida capacitação e estruturação para seu funcionamento de acordo com as

diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A CF1 ter um espaço de reuniões para os profissionais, eles não conseguiam realiza-las de forma sistemática, pois os profissionais não as priorizavam. O grupo de apoio entendeu que era preciso ativar esse espaço e, com isso, elegeram que o Colegiado de Cogestão seria o espaço de encontro dos profissionais.

*Para alguns de nós os processos de trabalho não são assumidos como sendo de responsabilidades de toda a equipe e as equipes ou micro unidades não se responsabilizam pela resolução dos problemas de saúde de sua área. Os objetivos da intervenção do apoio é: instituir colegiados de gestão em todas as unidades de saúde; fomentar atitudes de responsabilização em todos pelos processos de trabalho; viabilizar que definições, ações sejam construídas a partir de processo analítico; ter serviços mais felizes; aclarar o papel dos coordenadores das Equipes de Saúde da Família (Colegiado gestor RE/Subgrupo apoio cogestão, narrativa construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 17/07/2013).*

Com a definição da intervenção do grupo de apoio à cogestão, foi realizado um encontro, em agosto de 2013, para a construção da oficina para apresentação da proposta de apoio para a CF1 com os seguintes eixos de discussão: os limites da gestão e a importância da discussão dos processos de trabalho (o que é possível fazer no contexto onde estamos inseridos?); e a representatividade das equipes bem como das micro unidades (farmácia, recepcionistas, laboratório, limpeza, vigilantes e técnicos de enfermagem) nesse espaço.

A primeira roda de apoio do grupo de apoio à cogestão com os profissionais da CF1 foi realizada em agosto de 2013, para o qual foram convidados todos profissionais das equipes, incluindo-se pessoas que trabalhavam com serviços gerais. Nessa roda foi apresentada a proposta de construção do espaço colegiado, com periodicidade mensal, com representantes de cada equipe, com equilíbrio de representação de todas as classes profissionais. Os profissionais da CF1 apresentaram resistências a oferta apresentada mas para Campos (2005) as ofertas não são apresentadas como não analisáveis, mas como sugestões passíveis de serem assimiladas de modos críticos e que possa dar visibilidade aos desejos, interesses e projetos para sua recomposição.

*Para um de nós é difícil discutir apoio neste momento. Primeiramente é preciso*

*ter o mínimo de condições de trabalho para se discutir apoio- cogestão. Para um de nós mesmo lendo este contexto da falta de técnico enfermagem, eu achei melhor manter essa reunião, pois precisamos nos unir e nos integrar para encontrarmos as saídas para os problemas. Para outros de nós, esse é um processo que não dá para se fazer sozinho. O que queríamos como pergunta é o que vocês estão precisando para trabalhar 100% como eSF? Isso é o que eu queria do apoio. Hoje o que eu faço é ambulatório. Para um de nós a proposta é boa para tentar ajudar na solução dos problemas. Para outro de nós é preciso topar o apoio, pois a ideia é vivenciar este processo (Encontro dos profissionais da CF1/Subgrupo apoio à cogestão, narrativa construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 21/08/2013).*

Após o encontro o grupo de apoio à cogestão realizou uma breve avaliação e concluiu que o encontro foi tenso e não previa a ocorrência de determinados embates. Isso serviu de aprendizado para o processo de formação para o exercício do apoio institucional.

A gestão é um campo da vida humana que envolve as práticas de lidar com conflitos nas organizações, os quais emergem por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e os interesses e desejos dos seus participantes – no caso das organizações que prestam serviços de saúde: entre gestores e trabalhadores.” (OLIVEIRA, 2011, p. 151)

Após seis dias desse primeiro encontro com os profissionais da CF1, realizamos o encontro do Colegiado Gestor do RE, em que foram realizadas reflexões e análises das intervenções do grupo de apoio, e algumas dessas análises foram produzidas pelo subgrupo cogestão:

*Para alguns de nós as resistências e as queixas manifestadas pelos profissionais da CF1 não foram uma surpresa, pois estavam trabalhando com número reduzido de técnico de enfermagem, diferentemente de outros de nós que ficamos ressentidos com a postura dos trabalhadores, mas isso motivou a reflexão de que é preciso caminhar. Para alguns de nós a proposta do apoio é um fato e que o entendimento do que seja isso será construído, pois não se pode recusar algo que não se conhece. Os trabalhadores não entenderam a proposta do colegiado de cogestão. Para um de nós erramos ao perguntar a opinião deles sobre a proposta, por não saberem o que é, e que nos mesmos ainda estamos aprendendo. Será que não deveríamos promover algumas problematizações e, a partir delas, ofertar o apoio?*

*Para alguns de nós já tentaram construir um espaço de cogestão e não deu certo, pois não adianta fazer todo um movimento se a gestão não é construída conjuntamente e não consegue dar respostas no âmbito de suas competências. Para outro de nós o entendimento é que os profissionais da CF1 não querem se responsabilizar. Entretanto, para todos nós, foi um aprendizado sobre o que é fazer o apoio (Colegiado gestor RE, 27/08/2013 - narrativa construída pela pesquisadora de acordo com sua memória do encontro).*

Nas avaliações realizadas durante as rodas de conversa o processo hermenêutica, da interpretação, e o dialético de comparação e contraposição de pontos de vistas divergentes, se produzem com a finalidade de obter uma síntese mais elaborada de todos, tendo como propósito formar uma correlação entre elas que permita um exame mútuo com a intenção de obter consenso sempre que possível, e quando não é possível, expõe, minimamente, e esclarece pontos de vistas distintos que possibilita uma agenda de negociação (GUBA; LINCOLN, 2011). O grupo de apoio chegou ao consenso que é preciso reconstruir os compromissos e as pactuações, promovendo vínculo que quando manejado adequadamente pode estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução e a apoiar o grupo a enxergar a própria impotência e a descobrir novas maneiras de enfrentar velhos problemas (CAMPOS, 2007).

A segunda roda de apoio do colegiado CF1 com o subgrupo de apoio ocorreu novembro de 2013 e trouxe para os profissionais a matriz de problemas que eles haviam construído no início de 2013. Como os problemas não haviam sido categorizados, nesse encontro os profissionais dividiram os problemas em de gestão e de estrutura e, a partir daí, foi possível identificar avanços e resoluções desses problemas. Novos problemas foram pontuados e elencados como temas que precisam ser discutidos como por exemplo, demanda espontânea, definição dos fluxos assistenciais, entre outros. Para um tema emergir é necessário que se armem rodas desde o início. “Um tema é uma coisa que incomoda, que ameaça, que, quando enfrentado, trará benefícios para muita gente” (CAMPOS, 2007, p.30)

Depois de dez meses da realização do primeiro colegiado de cogestão da CF1, foi realizado o grupo focal com os apoiadores que compõe o colegiado gestor do Recanto das Emas e, dentre outras coisas, o processo de implantação do colegiado gestor foi analisado pelo grupo.



*A maioria de nós entende que a implementação dos grupos de cogestão nas unidades básicas de saúde está sendo difícil porque, no momento, priorizamos a organização dos processos de trabalho das equipes. Nesse sentido, nossa proposta é ter mais pessoas discutindo as atividades diárias com as equipes contribuindo de forma mais direta para a melhoria da assistência e da gestão. Nós entendemos que, com o avançar dessas discussões, as equipes vão sentir a necessidade de pactuar suas ações e conversar sobre elas em um espaço de cogestão, pois essa organização é fundamental (Grupo Focal/Colegiado gestor RE realizado dia 09/05/2014).*

Nesse processo coletivo de construção, intervenção e avaliação das ofertas e das demandas dos coletivos, foi feita uma avaliação que é preciso rever a estratégia da priorização da CF1 como único espaço de inserção do apoiador externo.

*Na avaliação de alguns de nós a estratégia da priorização da CF1 para implantação do colegiado de cogestão não foi boa porque nem todos os gerentes conseguiram realizar a implementação do colegiado nas demais unidades básicas de saúde, e o grupo de apoio à gestão focou as discussões na CF1, gerando um vazio de discussões com relação aos processos de trabalho das outras unidades de saúde. Um de nós traz a proposta de dividir os apoiadores em duplas, um apoiador externo com um da gestão central ou regional, para participarem e ajudarem na implementação dos colegiados das outras unidades de saúde (Grupo Focal/Colegiado gestor RE realizado dia 09/05/2014).*

No encontro seguinte do colegiado foi apresentado para o coletivo a importância de se rediscutir o apoio à cogestão e trouxe algumas reflexões sobre a promoção e a construção de colegiado de cogestão em cada unidade de saúde, com a participação dos apoiadores externos. Mesmo depois dessa reflexão, com os gerentes de cada unidade de saúde, isso não se concretizou, entretanto, mesmo sem a institucionalização dos colegiados, foi possível identificar mudanças nas práticas de gestão.

*Concordamos que houve mudanças no processo de trabalho em função do apoio e, para um de nós, é visível a mudança do modelo de gestão, pois hoje a nossa gestão é participativa em que todos são responsabilizados e temos espaços coletivos deliberativos. O gestor tem a responsabilidade neste processo mas o apoio foi o precursor da mudança do modo de conduzir a gestão. Na opinião de alguns ocorreram mudanças com relação à postura que era autoritária e verticalizada perante as*

*equipes de saúde, e hoje buscamos compartilhar as responsabilidades com todos os profissionais, ampliamos nossos espaços de discussões e pedimos aos profissionais que tragam as sugestões para os problemas apontados. Isso tirou um peso sobre nós e estamos nos sentindo “mais leves”, pois tínhamos que pensar, implementar ações, tomar decisões e resolver os problemas sozinhos. Alguns outros já conheciam o apoio em tese e estavam procurando trabalhar de forma democrática, mas sem planejar as mudanças do modelo de gestão e, com a proposta do grupo de pesquisa, foi possível avançar na sua implementação (Grupo Focal/Colegiado gestor RE realizado dia 12/09/2014).*

As mudanças da gestão e das práticas profissionais modificaram também os sujeitos e os padrões dominantes da subjetividade e, para esses movimentos construídos, foi possível perceber que as mudanças possibilitaram a coprodução de autonomia, ampliação da capacidade de análise e de cogestão das pessoas (CAMPOS, 2007)

## 6.2 ESPAÇOS DE INTERVENÇÃO DO APOIO: GRUPO DE APOIO À GPP

Durante o encontro para construção da matriz de intervenção do apoio, no qual ocorreu a escolha pela construção do Grupo de Apoio à GPP, foram realizadas pelos gestores reflexões e análises com relação à Gerência de Políticas e Programas:

*Durante os encontros para a construção da matriz de intervenção do apoio institucional as discussões em torno das coordenações de programas (saúde da mulher, saúde da criança, tuberculose, hanseníase, entre outras) se tornaram protagonistas e o DAS/DIRAPS não tinha parado para refletir, antes de iniciar estas reflexões com o apoio, do porquê de tantas coordenações de programas. Hoje há treze coordenações sobre as quais temos dúvida se são necessárias, mas também entendemos que é preciso existir as referências temáticas, e com isso algumas questões foram problematizadas: se existe a necessidade de se manter as coordenações de programas, especialmente àquelas que são prioritárias, então como podemos integrá-las? Existem encontros entre estas coordenações? Como é trabalhada a educação permanente? O nosso objetivo é apoiar o espaço coletivo constituído por nós, apoiadores, e os coordenadores de programas, e a nossa intervenção será na organização do processo de trabalho dos coordenadores de programas que estão vinculados à GPP, tendo essa gerência o objetivo de integração*

*do cuidado por estar envolvida com as necessidades de saúde que impactam o trabalho da saúde da família e, com isso, é preciso construir um novo modo de produzir saúde* (Colegiado gestor RE/ Subgrupo apoio à GPP, narrativa construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 25/07/2014).

Com o objeto de intervenção identificado, o Grupo de Apoio à GPP realizou dois encontros, em julho e agosto de 2013, para planejar o primeiro encontro com os coordenadores de programas. De agosto de 2013 a fevereiro de 2014 foram realizadas cinco rodas de apoio com os coordenadores de programa, com o propósito de se repensar os processos de trabalho.

No primeiro encontro com os coordenadores de programa o Grupo de Apoio à GPP, ocorrido em agosto de 2013, foi construída uma metodologia com o objetivo de conhecer e entender como os coordenadores de programas se organizam no Recanto das Emas, cujo produto seria a construção de um diagnóstico sobre como os coordenadores de programas entendem sua organização. Algumas questões problematizadoras foram discutidas com os coordenadores:

O que o motivou a ser coordenador(a) de programa?

*Fui convidado; tenho afinidade com o tema; um desafio; para facilitar meu processo de trabalho; pela necessidade que a regional apresentava; pelo meu conhecimento; vontade; pelo compromisso com o usuário; pelo envolvimento com o tema; empatia; amor a causa e humanização ao atendimento* (Encontro com os coordenadores programa, construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 28/08/2013)

Quem é a sua referência? as pessoas ficaram confusas nesta pergunta, explicamos que seria a sua “chefia”, quem você se reporta quando precisa de ajuda:

*NUSI/SES; DAS/GPP/NUSC; Gerente C.S2; DAS; NUSAD/SES – Gerencia odonto/SES; CGS/RE; NPS/SES; NDS/SES; GDST/SES* (Encontro com os coordenadores programa, construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 28/08/2013).

O que você entende como sendo o papel do coordenador? foi pedido para apresentarem uma palavra síntese:

*Responsável em planejar as ações; organizar as ações; efetivar políticas públicas; conhecer as ações; ordenar junto com as equipes e articular as ações* (Encontro com os coordenadores programa, construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 28/08/2013).

Nesse encontro a GPP não foi reconhecida como unidade gestora de referência e não havia um espaço de encontro para compartilhamento de atividades e agendas.

*Não sabemos o que a GPP espera do nosso trabalho por não existir objetivos concretos, temos dúvidas de como conduzir as ações. Trabalhamos com temas específicos e não conseguimos atender as 23 eSF na carga horária disponível e com isso íamos para as equipes quando era possível e falávamos de coisas consideradas irrelevantes para elas, mas que era necessário para prestar conta para as nossas chefias* (Encontro com os coordenadores programa, construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 28/08/2013).

Os profissionais identificaram a importância de terem um espaço para compartilhar suas atividades, por entenderem que o planejamento conjunto possibilita que o cuidado à saúde das pessoas seja visto de forma integral.

*Precisamos construir espaços de conversas para integrarmos nosso trabalho, para compartilharmos nossas agendas para não ficar cada dia uma pessoa diferente na unidade atrapalhando o profissional no seu atendimento. Porque se outro coordenador já vai na unidade e eu preciso apenas buscar tal dado, porque ele não pode fazer isso para mim?* (Encontro com os coordenadores programa, construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 28/08/2013).

Na segunda roda de apoio realizada em outubro de 2013, o Grupo de Apoio à GPP preparou uma dinâmica que pudesse problematizar e promover reflexões sobre a integralidade do cuidado e, diante dessas reflexões, os temas apoio institucional e apoio matricial foram inseridos nas rodas de conversa.

*Precisamos sair das “caixinhas” e trabalharmos integrados porque não temos como continuar trabalhando com uma temática específica se as outras temáticas são transversais para a produção do cuidado, mas também é papel do coordenador, em alguns momentos, discutir algumas especificidades para que possam ajudar as*

*equipes* (Encontro com os coordenadores programa, construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 17/10 /2014).

Nesse encontro também foram identificados problemas para o exercício de suas funções de coordenação. Também foram apresentadas sugestões para a melhoria dos seus processos de trabalho:

Tabela 2 – Problemas para o exercício da função de coordenação de programa

Problema	Sugestão de melhoria
Ambiente	Rotina encontro entre os coordenadores Espaço físico para os coordenadores
Desvalorização do coordenador pelos outros profissionais	Valorização do cuidado com o servidor
Falta empoderamento institucional	Publicar D.O DF Ter gratificação
Tomada decisões atinentes à coordenação pelos gestores, gerentes e profissionais de saúde sem comunicação ao coordenador	Gestão compartilhada
Acúmulo de tarefas	Exclusividade para fazer coordenação programas
Demanda pela equipe	Colegiado compartilhado
Desconhecimento gerentes centro saúde papel dos coordenadores programas	Espaço colegiado com os gerentes C.S

Fonte: Encontro com os coordenadores programa, construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no dia 17/10 /2014)

Nos encontros do Colegiado Gestor do RE foram realizadas reflexões e análises das intervenções que estão sendo produzidas pelo Grupo de Apoio à GPP e, após os dois primeiros encontros, algumas análises foram produzidas:

*É preciso ter um conhecimento institucional dos coordenadores de programa. Para um de nós não se sabe claramente qual é o papel do gerente da GPP, pois não está escrito em nenhum documento. Para alguns de nós existem documentos que estabelecem as diretrizes de cada ciclo de vida que envolvem as áreas temáticas e consta a discussão do matriciamento. Para um de nós os coordenadores de programas estão longe de atuarem como apoiadores, alguns até planejam suas atividades anuais com visitas às equipes, mas poucos realizam e alguns utilizam o horário de coordenação para não trabalharem. Para um de nós continuar trabalhando como está não é possível, pois desde 2011 tem se discutido e problematizado o papel dos coordenadores, mas não está sendo produtivo e a proposta é trabalharem com apoiadores matriciais. Para nós nem mesmo a SES central sabe direito o papel dos coordenadores de programa e com isso é possível que a regional aponte este papel mas, para isso, é preciso apoio político e institucional. Entendemos que o Grupo de Apoio à GPP pode criar um esboço de como seria esta nova reorganização e, com*

*relação ao NASF, poderíamos trazer seus profissionais para este grupo, por serem apoiadores matriciais (Colegiado gestor RE/ Subgrupo apoio à GPP, narrativa construída pela pesquisadora de acordo com sua memória/diário de campo do encontro realizado no 05/11/2013)*

Diante das reflexões do Colegiado Gestor do RE foi construída a proposta de que cada coordenador de programa ficaria como referência técnica para um número específico de eSF e, com esse novo processo de trabalho, alguns coordenadores poderiam desistir de sua função enquanto coordenador de uma ação programática, e isso ocorreu após esses encontros de outubro e novembro 2013, com a desistência de dois profissionais que optaram por continuar apenas na assistência. Foi publicado no Diário Oficial do Distrito Federal em março de 2014, a nomeação dos coordenadores de programa, em atendimento à demanda desses trabalhadores para que de fato pudessem ser institucionalizados em suas funções.

Na roda de apoio de fevereiro de 2014, após sete meses de encontros e depois da discussão do tema produção do cuidado, foi problematizada a reorganização do trabalho da GPP, com a constituição de apoiadores institucionais que fariam apoio para um número específico de eSF e, ao mesmo tempo, continuariam sendo referência para as áreas temáticas, promovendo o compartilhamento do saber com os outros apoiadores e, em casos específicos, também realizaria o apoio matricial. Em março de 2014 ocorreu mudança do gestor responsável pela GPP e, com isso, em abril de 2014, o novo gestor reapresentou a proposta da reorganização dessa gerência, e o resultado desse encontro foi a implantação do colegiado dos coordenadores de programas com encontros periódicos às quintas-feiras, tendo como primeira pauta de discussão a construção da nova reorganização do processo de trabalho, de acordo com o pactuado no encontro de fevereiro de 2014. Nos ciclos de encontros ocorridos no mês de abril de 2014 a discussão sobre a temática que envolve o ser apoiador foi compreendida pelo grupo e, em maio desse mesmo ano, a GPP se reorganizou em “Unidade de Produção” que de acordo com Campos (1998)

“[...] um novo modelo de fazer gestão em que todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seriam compostos por uma Equipe multiprofissional [...]” (CAMPOS, 1998, p.865)

A nova conformação da GPP consistiu de uma coordenadora e oito apoiadores,

que se denominaram como “Assessores Técnicos”, constituído dos seguintes profissionais: quatro médicos, dois enfermeiros, um dentista e um agente comunitário de saúde. O Recanto das Emas estava com 23 eSF e a amplitude de eSF para cada assessor técnico foi definida de acordo com a disponibilidade de carga horária para exercerem essa função. Dos oito assessores técnicos, seis tinham disponibilidade de 10 horas/semanais. Desses seis, cinco faziam assistência ambulatorial no centro de saúde 2 no RE e apoiavam três eSF e um é gerente da odontologia que apoiava duas eSF. Os outros dois assessores restantes tinham disponibilidade de 40 horas/semanais, sendo que um ficou com cinco eSF e o outro ficou com apenas duas eSF que tinham um processo de trabalho mais organizado e que contou com a participação da gerente de forma mais direta nas discussões dessas eSF, pelo fato de ter se sentido inseguro para exercer esse novo papel, conforme relatado por ele na ocasião. A escolha de qual equipe ficaria com qual assessor técnico foi construída pelo coletivo fazendo-se análise do contexto de cada equipe no que se refere à sua organização, ao seu processo de trabalho e ao envolvimento da gerente com a equipe.

Com base nas problematizações construídas durante esse itinerário de encontros foi definida a reorganização da GPP, entretanto a operacionalização dessa reorganização seria construída nos encontros posteriores programados.

A partir da criação do colegiado dos coordenadores de programa foram realizados dois grupos focais: o primeiro depois de quatro meses de encontros quinzenais do colegiado; e o segundo e último depois de sete meses da implantação do colegiado. Esses grupos focais tiveram como objetivo trazer problematizações para ajudar o coletivo em novas reflexões, análises e intervenções para a construção desse novo lugar institucional, político e ético. As questões foram construídas pela pesquisadora que participou, enquanto apoiadora externa, de todos os colegiados até então realizados. Algumas construções desse coletivo foram:

Definição de suas funções, atribuições e local de trabalho:

*Com a reorganização do nosso processo de trabalho estamos com duas funções gerenciais: assessores técnicos para as equipes da atenção básica; e coordenadores de programas para a SES central. Além disso, alguns de nós mantêm atividades assistenciais de atendimento ambulatorial no CS2. Na primeira função estaremos inseridos nas reuniões das equipes contribuindo nas discussões e integrando suas atividades com as diretrizes e prioridades da gestão do RE e, na*

*segunda, vamos prestar contas das ações temáticas demandadas pela SES DF (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 12/06/2014).*

*O papel do assessor técnico é ajudar na integração das prioridades da gestão com as prioridades das equipes e vice-versa, nas discussões dos processos de trabalho e dos indicadores de saúde, para a construção de estratégias, junto com as equipes, para os enfrentamentos das dificuldades, melhoria da resolutividade das ações e aumento da autonomia dos profissionais (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 25/09/2014).*

A inserção do assessor técnico nas eSF que já contavam com um gerente, além do coordenador de cada equipe, motivou a problematização da função desse gerente.

*O papel dos gerentes é buscar a integração dos instrumentos da gestão da SES central com as necessidades da regional, mediar conflitos interpessoais, cobrar o alcance das metas e resultados dos indicadores, ofertar condições adequadas de estrutura, insumos, entre outros, para as equipes trabalharem, e cobrar das equipes a implementação das diretrizes da (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 25/09/2014).*

Nas rodas de apoio do Colegiado dos Coordenadores de Programa foram mapeadas as eSF que não realizavam as reuniões de equipe e foram iniciados movimentos de conversas com os profissionais e com os gerentes para apoiar a implantação dessas reuniões, que são o espaço de inserção do assessor técnico. Depois de sete meses, o grupo trouxe algumas reflexões, avaliações e resultados:

*Avaliamos que nossos objetivos estão sendo alcançados, tais como, a institucionalização das reuniões de equipe, a receptividade com relação à nossa presença nas reuniões das equipes, o fortalecimento das reuniões de equipes existentes e a percepção dos profissionais sobre o trabalho compartilhado da gestão e da assistência. Algumas equipes já estão conseguindo ampliar as ofertas de assistência (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 25/09/2014).*



*O assessor técnico se coloca como parte da equipe, ele não é alguém que está vindo de fora. Isso muda a visão da equipe enquanto papel da coordenação e da gestão, sendo um braço que veio para ajudar na organização, dar um direcionamento sobre o que focar, e isso faz a diferença na hora que o trabalho é executado. Atualmente a entrada do assessor faz toda a diferença. Pode ser que, depois de um certo tempo, a equipe consiga ganhar autonomia e o coordenador da equipe aprenda a exercer o apoio realizado pelos assessores técnicos, de forma que a saída do assessor não faça tanta diferença para a equipe e ela possa continuar com seu trabalho sem o assessor. Entretanto, hoje a presença do assessor é primordial (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 25/09/2014).*

A reorganização dos processos de trabalho dos coordenadores de programa conseguiu desconstruir processos instituídos e parte da cultura institucional verticalizada, para Campos “Quando se descontrói algo, põe-se algo no lugar ainda que não de maneira explícita” Campos (2007, p. 12). Esse algo que foi colocado no lugar do antigo trouxe reflexões com relação à constituição dos sujeitos e da democracia organizacional que “todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Sendo a saúde é um campo comprometido com a prática” (Campos, 2007, p.11), o plano interventivo foi fundamental nesses processos de mudança.

### 6.3 AS PRIORIDADES DA GESTÃO E O APOIO INSTITUCIONAL

Pela análise do Plano de Saúde do Recanto das Emas de 2012-2015 foi identificado que o plano foi construído com a participação das representações de todas as unidades de saúde daquela regional, mediante realização de três oficinas nos dias 28 e 29 de novembro e no dia 1º de dezembro de 2011. Os problemas de saúde foram discutidos nessas oficinas e foram agrupados em três eixos: problemas de saúde prevalentes na população; problemas da rede de serviços; e problemas relacionados à gestão (GDF, 2011). Para os gestores esse instrumento de gestão não subsidiou o planejamento das suas ações e com relação o Plano de Saúde do Distrito Federal os gestores não mencionaram o seu conhecimento.

*Um de nós ponderou que o plano de saúde do RE, há cerca de três anos atrás, serviu de orientação sobre as prioridades para a saúde, entretanto aquelas prioridades*

*não foram acompanhadas e nem avaliadas (Grupo Focal/Colegiado gestor RE narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 09/05/2014).*

Os coordenadores de programa participaram da construção do plano de saúde do RE mas pontualmente, apenas na discussão de sua temática específica.

*Alguns de nós contribuíram na construção do plano de saúde do RE, referente aos anos de 2012 a 2015, em momentos pontuais e com o olhar individual para sua temática de trabalho, como por exemplo, o coordenador do programa da criança contribuiu nas atividades voltadas para esse público. Com isso tínhamos o olhar de prioridade apenas para nossas temáticas. Para nós, esse plano de saúde não foi colocado em prática por ter sido construído sem discussão sobre sua forma de implementação, e sem definição dos responsáveis pelo acompanhamento e pela avaliação das ações propostas, diferentemente da carreta da mulher que, apesar de não constar no plano de saúde do RE, é acompanhada pelos gestores centrais, que cobram diariamente a produtividade e o relatório das atividades (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 12/06/2014).*

Na análise do Plano de Saúde do Distrito Federal (GDF, 2012) foi identificado que os planos de saúde regionais subsidiaram a construção do plano distrital, com a realização de duas oficinas no final de 2011, que trabalhou com três eixos: condições de saúde da população; gestão; e infraestrutura.

No eixo das condições de saúde da população dois problemas se destacaram dos demais: Hipertensão Arterial e Mortalidade Materno-Infantil. O problema mais frequente diz respeito à alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial às complicações decorrentes de Hipertensão Arterial e Diabetes, gerando altas taxas de internações. O plano de saúde Recanto das Emas apontou esse problema como prioritário, como outras 11 das 15 CGS, o que equivale a 80% CGS. (GDF, 2012, p.113). O outro problema são as altas taxas de mortalidade materno-infantil, sendo priorizado no Recanto das Emas, assim como na Asa Sul, Asa Norte, Gama, Ceilândia e Planaltina. (GDF, 2012, p.114). Esses problemas são evidenciados e problematizados pelos profissionais de saúde do RE nas discussões do apoio e identificam a necessidade de organizar a rede de atenção a saúde para além da APS, sendo que essa regional não oferta os serviços necessários de média e alta complexidade.

*Para todos nós as prioridades do RE para a APS são a ampliação da eSF para 100% de cobertura populacional e a organização dos nossos serviços, tendo como referencia as linhas de cuidado, como por exemplo, doenças crônicas, saúde dos adolescentes, gravidez na adolescência, mortalidade infantil e saúde da mulher. Não acreditamos que seja possível a integralidade do cuidado com avanços apenas na APS. Precisamos organizar a rede no que tange à média e à alta complexidade para a complementariedade do cuidado prestado na APS. De uma forma geral, temos conseguido organizar as agendas de apoio com as prioridades apresentadas (Grupo Focal/Colegiado gestor RE narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no realizado dia 09/05/2014).*

No eixo da gestão os problemas prioritários foram o déficit e a gestão dos recursos humanos. Para esses problemas foram apresentadas propostas para realização de concurso público, adoção do modelo de gestão compartilhada e participativa; e reorganização, formalização e atualização dos colegiados de gestão. No eixo de infraestrutura, dentre os problemas apontados, dois deles foram a inadequação da estrutura física e a deficiência de equipamentos médico hospitalares e de informática.

O plano de saúde distrital e do Recanto das Emas não apresentam com clareza as ações a serem promovidas para o alcance das prioridades apresentadas no eixo da gestão. Com a proposta do apoio institucional, os gestores do RE vêm buscando implementar um novo modelo de gestão com a criação de espaços colegiados para possibilitar a ampliação da capacidade de análise e de ação cogestiva.

Em geral, na maioria das Organizações costuma haver mais informações do que Análise e Interpretação. Há bloqueios subjetivos, políticos e administrativos à passagem da leitura da informação à sua interpretação. [...] Na ausência de reconstrução de significado, o Agir tende a repetir-se de forma burocrática e estereotipada. Escuta seletiva, saturada ou ruidosa estimulam o agir alienado (CAMPOS, 2005, p. 202)

*Os encontros do grupo de apoio têm nos estimulado a refletir sobre formas de melhorar as práticas de gestão, na medida em que várias competências trabalhando juntas é melhor do que quando se trabalha isoladamente. A participação dos chefes está sendo fundamental para se fazer uma gestão democrática e participativa, além de empoderar os demais participantes, pois quando a gestão trabalha de cima para baixo e você não dá oportunidade do trabalhador sentar com a gestão e compartilhar*

*as dificuldades eles se sentem muito sozinhos, desamparados, soltos, excluídos. Quando se trabalha nessa perspectiva (apoio) as pessoas acabam se sentindo mais próximas, acolhidas e isso faz total diferença para dar encaminhamento Às coisas. Criamos vínculo com as pessoas e nos tornamos mais fortalecidos e todos se sentem corresponsáveis. Quando a gestão e a assistência trabalham juntos há uma concordância que o outro também sabe fazer (Grupo Focal/Colegiado gestor RE narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no realizado dia 09/05/2014 e 12/09/2014).*

No Plano de Saúde do Recanto das Emas consta:

- Meta de 100% de cobertura populacional com eSF com estrutura física adequada e capacitação profissional até 2015.
- Processo de capacitação profissional nos três eixos de problemas.
- Qualificação dos servidores na estruturação da rede.
- Apoio matricial é apresentado como uma das diretrizes para reduzir a demanda reprimida por consultas especializadas.
- Gestão compartilhada e participativa sendo uma diretriz apontada no eixo relacionado a gestão em saúde.

No Plano de Saúde do Distrito Federal consta:

- Meta de 75% de cobertura populacional no DF com acesso à eSF em 2015 e meta de 100% para o Recanto das Emas.
- Capacitações para a assistência em saúde para aumentar a eficiência nas intervenções essenciais para a melhoria das condições de saúde da população.
- Capacitação continuada dos profissionais envolvidos com as atividades de planejamento e gestão, para a melhoria continua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e a resolutividade do sistema de saúde do DF.
- Gestão participativa e democrática como uma das ações para qualificação da gestão do SUS e como parte da política de valorização do servidor.

- Implementar política de educação permanente em saúde no processo de inovação de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações do trabalho dos profissionais da SES/DF.

No Plano Distrital da APS consta:

- Cobertura de 50% da população do DF que corresponderá a 100% da população SUS dependente, com meta 100% de cobertura populacional com eSF para o Recanto das Emas.
- Educação permanente com a oferta de cursos e treinamentos referente a organização do processo de trabalho das eSF do DF.
- Qualificação dos profissionais e estudantes da saúde para desenvolvimento adequado das ações em saúde.

Pelas entrevistas com gestores da Subsecretária de Atenção Primária à Saúde e com o Coordenador Geral de Saúde do Recanto das Emas foi possível identificar convergências entre suas percepções de prioridade para a APS com as prioridades descritas nos Planos de Saúde do DF e do Recanto das Emas: o aumento cobertura eSF como importante fator para o fortalecimento; e a qualificação dos profissionais para trabalharem com a complexidade da APS.

*No DF temos como prioridade para a APS o aumento da cobertura das eSF, priorizando as áreas que ainda existe vazios assistenciais e o acompanhamento das eSF para que possam entender a importância do seu trabalho, não só através de capacitação mas em termos de trabalhar o manejo destas famílias, das pessoas com maior vulnerabilidade social (Entrevista SAPS realizada no dia 26/02/2014- narrativa construída pela pesquisadora)*

*Entendendo que é na APS a possibilidade do cuidado ideal de saúde, que é no universo da APS que eu posso modificar minha forma de lidar com o processo saúde-doença, as prioridades do Recanto das Emas é ter 100% de cobertura populacional para fortalecer a APS e a qualificação profissional (Entrevista CGSRE realizada no dia 19/02/2014- narrativa construída pela pesquisadora).*

Para os assessores técnicos as prioridades da APS para o RE decorrem das demandas apresentadas pelas equipes e das ofertas apresentadas pelos gestores. Isso, sob o ponto de vista da cogestão, é um indicativo de que o coletivo está operando

sobre a realidade na busca de sentido e significado incorporando as vivências cotidianas dos processos de trabalho (CAMPOS, 2005).

*Entendemos que a AB é primordial e que a proposta política é migrar do modelo tradicional baseado em centro de saúde, para eSF. Para nós a prioridade para a APS está sendo a mortalidade materno e infantil que foi um tema que a gestão do RE apresentou para nós como prioritária, antes mesmo de iniciarem as idas as equipes. Analisando os indicadores de saúde entendemos como sendo prioridade também hipertensão e diabetes, apesar de não gerar angustias às equipes como ocorre com o tema saúde mental, trazido pelas equipes e essas se sentem paralisadas sem saber como trabalhar com essa temática (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado no dia 25/09/2014).*

Os profissionais e gestores que compõe o colegiado dos coordenadores de programa construíram algumas reflexões e análises a partir de questões problematizadas, no grupo focal, com relação a possível mudança da gestão visto que é um ano eleitoral. Para eles o conhecimento e a apropriação das ações e prioridades do DF e do RE potencializa o processo de trabalho da gestão e das equipes constituindo em possibilidade de continuidade do trabalho mesmo com a mudança dos gestores.

*Um de nós disse que os assessores técnicos tomaram conhecimento sobre o acordo de gestão da região sudoeste apenas nesse encontro. Reconhecemos que precisamos nos apropriar desses instrumentos para problematizarmos com as equipes e, com isso, trazermos os profissionais para participarem da gestão e os empoderarmos para realizarem discussões da gestão juntamente conosco. Dessa forma saberemos discutir com os novos gestores as razões de estarmos realizando o nosso trabalho de assessoria técnica (Grupo Focal/Colegiado dos coordenadores programa narrativa construída pela pesquisadora encontro realizado dia 25/09/2014).*

Apesar das convergências de algumas ações presentes nos planos de saúde, os gestores e profissionais não os utilizam como métodos de gestão, seja por motivos políticos, organizacionais e subjetivos, que poderiam ser instrumentos facilitadores para os processos de priorização e de tomada de decisões de forma convergente e coesa no âmbito da assistência e da gestão do território. Entretanto o apoio institucional, com a institucionalidade dos espaços de cogestão, tem propiciado o

processo de qualificação das ações institucionais de gestão.

#### 6.4 DEVOLUTIVA DA PESQUISA: OPORTUNIZANDO VALIDAÇÃO DE CATEGORIAS DE ANÁLISE E EFETIVANDO OS PROCESSOS PARTICIPATIVOS JUNTO AOS SUJEITOS INTERESSADOS

A avaliação constante e permanente da pesquisa buscou compartilhamento das experiências vivenciadas e dos materiais produzidos em grupos focais e narrativas do processo; oportunizando validação de categorias de análise no que se refere à incorporação das práticas de apoio, sua institucionalidade e institucionalização, para a constituição de novas formas de organização da gestão, efetivando os processos participativos junto aos sujeitos interessados.

No encontro final de avaliação foram problematizadas três questões para os participantes: a primeira: “onde me vejo apoiando ou sendo apoiado?”, a segunda: “em que espaços de trabalho/gestão vejo as práticas de apoio acontecendo?” e a terceira: “que indicativos de efeitos ou resultados você identifica como relacionados à incorporação das práticas de apoio no trabalho e na gestão?”. Os participantes registraram suas percepções e experiências em tarjetas que foram agrupadas por similaridade de ideias e dispostas em um mural de forma organizada. Isso possibilitou o mapeamento dos efeitos e dos movimentos gerados nos planos das práticas do apoio e na sua institucionalidade.

Foram constituídos os seguintes espaços de intervenção no RE a partir das práticas de apoio: Colegiado Gestor do RE, Colegiado DIRAPS, Colegiado dos Coordenadores Programa, Colegiado da CF1, Colegiado do Centro de Saúde 2, Reuniões das Equipes e Colegiado dos Coordenadores das eSF; nos quais o apoio vem sendo exercido pelos apoiadores da SAPS, apoiadores da regional de saúde do RE, alunos da graduação e pós graduação e professores da UnB, além de professores da Fiocruz.

A incorporação das práticas de apoio no trabalho e na gestão na regional de saúde do RE proporcionou a conversão da GPP em Unidade de Produção, mudança da forma de apoio do Comitê de Óbito Materno Infantil às eSF, e a construção, o fortalecimento e a qualificação de espaços coletivos recém construídos e preexistentes, tornando-os espaços de cogestão. Esses movimentos não foram identificados na estrutura da SAPS e nem na Fepecs. Para os participantes da UnB

serviu de parâmetro para mudanças significativas nas relações da universidade com o SUS do DF pela inserção dos alunos de graduação e pós graduação como apoiadores, sustentados por uma relação de contrato ético entre a universidade e o SUS.

A inscrição da função apoio, como estética de intervenção de pesquisadores junto a coletivos de sujeitos no SUS, constitui o posicionamento ético-político no qual se conformam as relações entre academia-serviços, universidade e SUS (OLIVEIRA; FURLAN E CARDOSO, 2014).

Os espaços coletivos construídos devem ser entendidos como um “arranjo concreto de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2005, P.42). Espaços de cogestão consideram como conceito de cogestão: a gestão como uma tarefa coletiva, compartilhada e democrática; com três funções básicas a serem cumpridas de acordo com Campos (2005):

[...] uma clássica, de administrar e planejar os processos de trabalho para a produção de valores de uso; outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e constituir a democracia da instituição; e ainda uma pedagógica e terapêutica, capaz de influir sobre a constituição de sujeitos (CAMPOS, 2005, p.14).

Essas construções dão sentido ao estado de coisas em que elas se encontram. São interpretações baseadas na experiência vivenciadas pelos sujeitos que estão em constante processo de reconstrução. “Todo nós aprendemos com a experiência e, aliás, pode se perguntar se existe alguma outra maneira de aprender” (GUBA; LINCOLN, 2011, p.81).



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a experimentação do apoio propiciou: mudança no cotidiano dos processos de trabalho; humanização e melhoria das relações de trabalho; implantação de colegiados gestores; ativação de redes de coletivos preocupados com a qualificação da assistência e da gestão; mudança do modelo de atenção e de gestão e de seus processos de trabalho sem distanciamento das suas atividades; intervenção nas práticas cotidianas dos serviços da AB; perturbação de tendências tecnocráticas autoritárias; e apropriação das práticas de gestão pelos trabalhadores.

O objetivo de cartografar as práticas de apoio da SAPS e da DIRAPS e correlacioná-las com as prioridades da gestão do SUS-DF foi alcançado, entretanto, este trabalho não está encerrado e ambiciona um movimento instituinte no qual o conhecimento seja operado e produzido pelo coletivo de trabalhadores e pesquisadores na perspectiva da ética democrática, com a pesquisa acadêmica promovendo intervenção nos processos de produção da realidade onde se instalam.

Os resultados e as experiências adquiridas nesta pesquisa me ajudaram a compreender as práticas de apoio de forma mais crítica, profunda, ampla e abrangente.

## 8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.C.; Castanheira E.R.L. **Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios**: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo: Saúde Soc. São Paulo. 2011; 20(4): 980-990.

ARONA, E.C. **Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari**. Saúde e Sociedade. 2009; (18, supl.1): p.26-36.

AROUCA, A.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese (Doutorado em Medicina Social). Departamento de Medicina Social da UNICAMP, Campinas, 1975. p.259

AZEVEDO, B.M.S. **O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da fcm/unicamp**: possíveis encontros entre Universidade e serviços de saúde. Tese (livre-docência). FCM- UNICAMP. Campinas, 2012.

BARROS, M.E.B. et al. **O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4803-4814, 2011

BARROS, S.C.; DIMENSTEIN, M. **O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, ano 10, n.1, p. 48-67, 1º quadrimestre de 2010. [on line] Disponível na internet na URL: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a05.pdf> (consultado em 07.06.2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: do Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Brasília: Ministério da Saúde, 2011b**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: Portaria GM/MS Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011c**. [on line] Disponível na internet na URL: <http://189.28.128.99/dab/legislacao.php> (consultado em 07.06.2013).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O Decreto Nº 7.508, de 28 de julho de 2011: regulamenta a Lei Nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2010a. [on line] Disponível na internet na URL: [www.mds.gov.br/bolsafamilia/.../relatorio-nacional-de.../download](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/.../relatorio-nacional-de.../download)(consultado em 29.02.2012).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1 (Cadernos HUmanizaSUS); 2010c. p.242.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Câmara dos Deputados. 2010d.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010e [on line] Disponível na internet na URL: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df> (consultado em 18.03.2014).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégias para a qualificação da gestão descentralizada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [on line] Disponível na internet na URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf) (consultado em 11.10.2013).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.925, de 13 de outubro de 1998. [on line] Disponível na internet na URL: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/15986-3925.html?q=> (consultado em 12.10.2014).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.886 , de 18 de dezembro de 1997.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990. In: **Legislação Estruturante do SUS**.v.12.Brasília: CONASS, 2007.p. 65-84.

\_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986 [on line] Disponível na internet na URL: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) . (consultado em 13.10.2013).

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise institucional e outras correntes**. 5ed., Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos, E; Kastrup, V; Escóssia, L (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.52-75.

BECCHI, A. C. et al. **Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.653-660, 2013.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde** / Débora Cristina Bertussi. – Rio de Janeiro: UFRJ /

Faculdade de Medicina, 2010.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 08 de junho. Diário Oficial do Governo do Distrito Federal. Brasília, DF, 1993.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saude Publica. 1998; 14(4): 863-70.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):393-403, 1999.

CAMPOS, G.W,S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 2a. ed. SP: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. 3 edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. trad. 6ª Ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARDOSO, I.M. **“Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde**: analisando contribuições. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, 2012; p.18-28.

CASTORIADIS, C. Para si e subjetividade. In: PENA-VEGA, A; ALMEIDA,E.P. de (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p.35-46.

CASTRO, Adriana M et al. Promoção da Saúde: o histórico do paradigma e a construção da proposta brasileira no SUS. In: **Curso de Extensão para Gestores do SUS em Promoção da Saúde**, Cristiane Scolari Goschet al. (Orgs.), Brasília: CEAD/FUB,2010,p. 13-33 [on line] Disponível na internet na URL:[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/material\\_do\\_curso\\_gestores\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/material_do_curso_gestores_sus.pdf) (consultado em 09.10.2013).

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.

COELHO, M.T.A.D; ALMEIDA FILHO, N. **Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem.** *Physis* [online], vol.9, n.1, p. 13-36, 1999.

CUNHA, G.T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec. 2005.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Recanto Das Emas – PDAD 2013.** 2013. Disponível na internet na URL: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/294-pdad-2013.html>. (consultado em 08.06.2013).

CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Brasília – PDAD 2012.** 2012.p.56.Disponível na internet na URL: <http://www.codeplan.df.gov.br> . (consultado em 08.06.2013).

DENZIN, N e LINCOLN, D.(org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** 2a. ed. Porto Alegre, Artmed, p. 91-113, 2006.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks, Sage, 2005.

DONNÂNGELO, M. C. Medicina e estrutura social (o campo da emergência da medicina comunitária). Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, 1976. p.121.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R do; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. IN: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**, Júlio Suárez, (org.), Coedição com a OPAS/OMS, 2011, p. 504.

ESCÓSSIA, L.da. **O coletivo como plano de criação na Saúde Pública.** Interface comunicação saúde educação. v.13, supl.1, p.689-94, 2009

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. **Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. Como temos armado e efetivado nossos

estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 290-305. Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP**: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(1):129-138,

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade, 3: o cuidado de si*. Maria Thereza da Costa Albuquerque (trad). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Mapas analíticos**: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colect.*, v.5, n.2, p.181-94, 2009.

FURLAN, P.G. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional / Paula Giovana Furlan . Tese (doutorado) *Saúde Coletiva*, UNICAMP, FCM, DMPS. Campinas, SP: [s.n.], 2012.

FURTADO, J.P. **Um método construtivista para a avaliação em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), p.165-181, 2001.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GDF. Coordenação Geral de Saúde do Recanto das Emas. **Plano de Saúde do Recanto das Emas para o período 2012 – 2015**. Recanto das Emas, 05 de Dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015**. Brasília, junho de 2012

\_\_\_\_\_.Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano distrital: Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal** - estratégia de apoio à consolidação de redes de atenção à saúde. Brasília, novembro de 2010.

GÖTTEMS, L.B.D. **Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 A 2009). Tese de doutorado em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília.

2010.p.285.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Ed. UNICAMP; 2011.

GUATTARI, F. **Espaço e poder**: a criação de territórios na cidade. Espaço Debates, v.5, n.16, p.109-20, 1985.

GUIZARDI, F.L; CAVALCANTI, F.O.L. **O conceito de cogestão em saúde**: reflexões sobre a produção de democracia institucional. Physis [online]. vol.20, n.4, p. 1245-1265, 2010. Disponível na internet na URL: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a10v20n4.pdf>. (consultado em 13.10.2014).

HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. In Souza ECS,AMHMB. **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: PUCRS; 2006. p. 89-103.

HILDEBRAND, S. M. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no distrito federal**: 1997 a 2006. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. 2008.p.318.

L'ABBATE, S. A. **Análise institucional e a saúde coletiva**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8, n.1, pp. 265-274. ISSN 1413-8123.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989. 333p.

LOURAU, R. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, diário de etnógrafo (1914- . 1918). In Altoé S. René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 259-283.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ 1993**: análise Institucional e práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993. p.114.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. **Redes de Atenção à Saúde**: rumo à integralidade. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n.52, p.15-37, 2014.

MARQUES, Rosa. M; MENDES, Áquilas. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica**: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e



ao princípio da integralidade?.*Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002.p. 163-171. [on line]Disponível na internet na URL:[www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13802.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13802.pdf) (consultado em 27.03.2012).

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1411-1416. ISSN 0102-311X.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2012.

MENDES, E.V. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n.52, p.39-49, 2014.

MENDONÇA, S.C. **Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária**. Brasil. 2010. Trabalho não publicado.

MERHY E.E. et al. **Redes Vivas: multiplicidade girando as existências, sinais da rua**. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n.52, p.153-164, 2014.

MERHY E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9a ed. Revista e aprimorada. SP: Hucitec, 2006. 406p.

MIRANDA L; Figueiredo, M.D; Ferrer A.L; Onocko Campos, R.T. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. SP: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-77.

MONCEAU, Gilles. **Implicação, sobreimplicação e implicação profissional**. *Fractal Revista de Psicologia*, v.20, n.1, p.19-26, jan/jun. 2008

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. Thousand Taks: Sage Publications,1997.

MORIN,E. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, A; ALMEIDA,E.P. de (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p.21-34.

MOURA, R.H.; LUZIO, C.A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. Interface comunicação saúde educação. v.18, supl.1, p. , 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0333

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. [on line] Disponível na internet na URL: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> (consultado em 09.10.2014).

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G.; CARDOSO, J. R. **Pesquisa-Intervenção na atenção primária à saúde do Distrito Federal**: o papel da universidade no apoio institucional para o desenvolvimento regional e a democratização do SUS In: Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa.1 ed.Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014, v.1, p. 281-306.

OLIVEIRA, G.N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. / Gustavo Nunes de Oliveira. Tese (doutorado) Saúde Coletiva, UNICAMP, FCM, DMPS. Campinas, SP : [s.n.], 2011.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 20, 570 p.

PASSOS E; BARROS R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, Organizadores. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. 17-21.

PASSOS E; KASTRUP V; ESCÓSSIA L; (Org). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULON, S.M; ROMAGNOLI, R.C. **Pesquisa-intervenção e cartografia**: melindres e meandros metodológicos. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, RJ, ANO 10,

N.1, P. 85-102, 1º quadrimestre de 2010 [on line] Disponível na internet na URL: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf> (consultado em 08.11.2014).

PEREIRA JÚNIOR, N; CAMPOS G.W.S. **O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS):** os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2014; 18 Supl 1:895-908

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias.** 4a. ed. RJ: Ed. Francisco Alves. 1990.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa (Tomo I).** Tradução Constança Marcondes Cesar-Campinas, SP: Papyrus, 1994.

RICOEUR, P. **A metáfora viva.** São Paulo: Loyola, 2005.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ., V.13, supl.1, p.603-613, 2009.

SANTOS FILHO, S.B. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface - comunicação, saúde, educação/Unesp, 2014; 18 supl 1 Botucatu, sp: Unesp. 2014. Icssn 1807-5762

SANTOS, M. **O retorno do território.** Obs. Soc. Am. Lat., v.6, n.16, 2005. p.251-61.

SEPLAN. Plano Plurianual do Distrito Federal para o quadriênio 2012- 2015. 2011. [on line] Disponível na internet na URL: [http://www.seplan.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual/ppa-2012-2015/cat\\_view/210-ppa/213-plano-plurianual-2012-2015/264-ppa-2012-2015/274-ppa-2012-2015--versao-atualizada-pela-lei-no-50232013-e-decreto-no-341482013.html](http://www.seplan.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual/ppa-2012-2015/cat_view/210-ppa/213-plano-plurianual-2012-2015/264-ppa-2012-2015/274-ppa-2012-2015--versao-atualizada-pela-lei-no-50232013-e-decreto-no-341482013.html). (consultado em 08.06.2013).

TAMBELLINI, A. **Medicina de comunidade:** implicações de uma teoria. *Saúde em Debate*, n. 1, p. 20-23, 1976.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Gestão de redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde:** definições,

diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol.39, no 3. p. 507- 514

WESTPHAL, M.F; Bógus CM; Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v.120, n.6, p.472-482, 1996.

WHO. A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. In: **Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences**. Switzerland: World Health Organization, 2009.p. 29-31.

VASCONCELOS, M.F.F.de.; MARTINS, C.P.; MACHADO, D.O. **Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades**: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. Interface (Botucatu). DOI: 10.1590/1807-57622013.0335, 2013.

VASCONCELOS, M.F. F. de.; MORSCHEL, A. **O apoio institucional e a produção de redes**: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. Interface comunicação saúde educação. v.13, supl.1, p.729-38, 2009.

VIEIRA A.G. **Do conceito de estrutura narrativa à sua crítica**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2001, 14(3), p. 599-608.

## **APÊNDICE A – Roteiros norteadores**

### **ENTREVISTA INDIVIDUAL COM SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SAPS**

#### **Abordagem preliminar**

- a) Como o senhor(a) percebe a APS no contexto Brasil, no que diz respeito a sua importância/relevância para a consolidação do SUS?

#### **Sobre prioridades da gestão**

- a) Trazendo para o contexto DF, quais são as prioridades da sua gestão para a APS?

#### **Sobre a contribuição do apoio para o alcance das prioridades para a APS**

- a) Neste trabalho de pesquisa vamos trabalhar com a tecnologia chamada apoio institucional. O que a senhora entende sobre apoio institucional?
- b) Como o apoio institucional poderia contribuir para o alcance das prioridades para a APS?
- c) Quais são as prioridades definidas pela SAPS para as DIRAPS/DAS com relação ao apoio?

#### **Sobre a relação entre os níveis de gestão**

- a) Como é a relação da SAPS com a CGS? Exemplo: qual o nível de autonomia e de subordinação nessa relação?
- b) Como é a relação da SAPS com a DIRAPS/DAS? Exemplo: qual o nível de autonomia e de subordinação nessa relação?

### **ENTREVISTA INDIVIDUAL COM O COORDENADOR GERAL DE SAÚDE DO RECANTO DAS EMAS**

#### **Abordagem preliminar**

- a) Como o senhor(a) percebe a APS no contexto Brasil, no que diz respeito a sua importância/relevância para a consolidação do SUS?

#### **Sobre Prioridades da Gestão**

- a) Trazendo para o contexto DF, quais são as prioridades da sua gestão para a APS?

**Sobre a contribuição do apoio para o alcance das prioridades para a APS**

- a) Neste trabalho de pesquisa vamos trabalhar com a tecnologia chamada apoio institucional. O que o senhor entende sobre apoio institucional?
- b) Como o apoio institucional poderia contribuir para o alcance das prioridades para a APS?
- c) Quais são as prioridades definidas pelo Recanto das Emas com relação ao apoio?

**Sobre a relação entre os níveis de gestão**

- a) Como é a relação da CGS com a SAS? Exemplo: qual o nível de autonomia e de subordinação nessa relação?
- b) Como é a relação da CGS com a SAPS? Exemplo: qual o nível de autonomia e de subordinação nessa relação?

**GRUPO FOCAL COM O COLEGIADO GESTOR - 1ª RODADA****Abordagem preliminar**

- a) Quais as diretrizes do GDF para a saúde e Atenção Primária a Saúde?
- b) Quais são as prioridades para vocês em relação a Atenção Primária a Saúde no Recanto das Emas?

**Sobre a contribuição do apoio para o alcance das prioridades para a APS**

- a) Como vocês constroem e organizam as agendas de apoio?
- b) Quais são o(s) tema(s) que vocês dialogam com as equipes apoiadas?
- c) Qual a relação desse(s) tema(s) com as prioridades da APS para o recanto das emas?
- d) Como o apoio institucional pode contribuir para o alcance das prioridades para a APS?
- e) Quais são as prioridades definidas pelo Recanto das Emas com relação ao apoio?
- f) O que vocês entendem sobre apoio institucional?

**Sobre organização do apoio**

- a) Porque vocês decidiram ser apoiadores?

- b) Como vocês foram selecionados?
- c) Vocês perceberam se houve alguma mudança dos processos de trabalho em função da inserção do apoiador como estratégia de gestão? Vocês conseguem exemplificar alguma mudança?

#### **Sobre processo de trabalho do apoio**

- a) Quem vocês apoiam atualmente?
- b) Qual o espaço que vocês atuam como apoiadores? Vocês entendem que esses espaços são de cogestão?
- c) Como vocês constroem e organizam as agendas de apoio?

#### **GRUPO FOCAL COM O COLEGIADO GESTOR - 2ª RODADA**

- a) Ratificar o que é prioridade do RE? Qualificação e fortalecimento da APS e linha de cuidado materno infantil?
- b) Ratificar se as agendas do apoio estão conversando com as prioridades do RE?
- c) Qual a compreensão do grupo sobre espaço de cogestão? As reuniões das equipes são espaços de cogestão?
- d) Como está a implementação do espaço de cogestão e do grupo de programas?
- e) Como o grupo analisa as contribuições dos parceiros nesse projeto (SES (SAPS, FEPECS, Regional Recanto), Fiocruz e UnB)? Quais contribuições e problemas?
- f) O que é o apoio para vocês?

#### **GRUPO FOCAL COM OS COORDENADORES DE PROGRAMAS - 1ª RODADA**

##### **Abordagem preliminar**

- a) Quais são as prioridades para vocês em relação a Atenção Primária a Saúde no Recanto das Emas?
- b) Estas prioridades dialogam com os processos de trabalho de vocês enquanto coordenadores de programas?

##### **Sobre a identificação do apoio**

- a) Explique como é esta nova organização? Qual é o espaço que vocês vão estar inseridos? Quantas equipes de referência?
- b) Como ele foi construído?
- c) Qual a opinião de vocês sobre a nova organização do processo de trabalho?
- d) Vocês já participaram dos colegiados das equipes depois desta nova organização do trabalho de vocês? Como foi?
- e) Qual o papel de vocês nos colegiados das equipes?

### **Sobre a contribuição do apoio para o alcance das prioridades para a APS**

- a) Como os assessores técnicos podem contribuir para o alcance das prioridades para a APS?

### **GRUPO FOCAL COM OS COORDENADORES DE PROGRAMAS - 2ª RODADA**

- a) Ratificar o que é prioridade do RE? mortalidade materna e neonatal?
- b) Quer entender melhor quando dizem que a carreta é prioridade do Governo e não do RE?
- c) Se quando falam “nossas prioridades” quer dizer o que? Que são prioridades que estavam no plano de ação da SES e foram abandonadas pelo governo central, mas não pelo Recanto das Emas?
- d) Qual a diferença do apoio ofertado pelos assessores técnicos em relação aos gerentes? Vocês comentam que existem competências diferentes, quais são elas?
- e) Vocês já conseguem perceber quais as mudanças já foram inseridas nos processos de trabalho das equipes após o primeiro contato ou encontro de vocês?
- f) Nas reuniões das equipes vocês já estão discutindo as prioridades do Recanto das Emas? (Se não der tempo vou pular essa questão pois a resposta eu tenho nas minhas memórias)

Como o grupo analisa as contribuições dos parceiros nesse projeto (SES (SAPS, FEPECS, Regional Recanto das Emas), Fiocruz e UnB)? Quais contribuições e problemas?



## ANEXO A – Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde.

**Pesquisador:** Paula Giovana Furlan

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12479513.6.1001.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 191.003

**Data da Relatoria:** 29/01/2013

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa, considerando as diretrizes do apoio integrado do Ministério da Saúde e a atuação de apoiadores no território do Distrito Federal (DF), pretende cartografar o campo de experimentação de apoio institucional e matricial nos serviços de saúde do SUS, no DF. Trata-se de pesquisa-intervenção, sob referencial qualitativo e com uso do método cartográfico, com duração de 24 meses. Serão realizadas para cada região selecionada (Ceilândia, Gama e Recanto das Emas), as seguintes atividades: (a) reuniões de contratualização do campo de pesquisa-intervenção com dirigentes, gerentes, trabalhadores, apoiadores das regiões administrativas do SUS-DF; (b) oficinas de supervisão clínico-institucional com apoiadores atuantes no SUS-DF, das regiões pactuadas na pesquisa; (c) acompanhamento e registro documental de intervenções de apoio institucional e matricial; (d) oficina de avaliação da pesquisa; (e) grupos de estudo abertos a participação de pesquisadores, alunos, trabalhadores, gestores e apoiadores do SUS-DF, do Ministério da Saúde e da UnB. O projeto pretende gerar um mapeamento dos objetos prioritários do apoio institucional e matricial por região administrativa do DF, permitindo a correlação entre práticas de apoio mapeadas e prioridades da gestão do SUS no DF, bem como a identificação de experiências sistematizadas e indicativos metodológicos do apoio institucional e matricial formulados e disponibilizados. O projeto utilizará a técnica das narrativas-acontecimento para compor a cartografia. As narrativas serão produtos construídos a partir dos

**Endereço:** Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Lago Sul

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3307-2113

**Fax:** (61)3307-3799

**E-mail:** cepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



seguintes procedimentos: (a) cálculo dos registros-fonte; (b) expressão da memória intensiva; (c) extrações e tratamento ético dos registros-fonte; (d) composição da narrativa-acontecimento. Os registros-fonte incluem relatórios de rodas de supervisão, registro de áudio e imagem das oficinas; anotações de diário de campo, redigidos durante os encontros; documentos oficiais e não oficiais disponíveis e autorizados; reflexões dos pesquisadores acerca do processo de intervenção; e trechos de mensagens ou correspondências trocadas entre os diferentes sujeitos participantes, e disponibilizadas para a pesquisa. Para organização do material será utilizado o software Microsoft OneNote®. O procedimento inclui as seguintes etapas: (1) Reuniões de contratualização do campo de pesquisa-intervenção; (2) Desenvolvimento dos planos de trabalho; (3) Seminário de acompanhamento e Oficina final; (4) Processos transversais de reuniões de supervisão e grupos de estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo principal: cartografar o exercício da função apoio, nas modalidades de apoio institucional e matricial, em 3(três) regiões administrativas do SUS-DF.

Objetivo Secundário: mapear os focos e os objetos prioritários de intervenção do apoio na atenção e na gestão nas regiões administrativas estudadas; Evidenciar as correlações da prática de apoio com os desafios prioritários da gestão do SUS no DF; Sistematizar indicativos metodológicos do apoio a partir das experiências estudadas; Desenvolver metodologia para a qualificação de apoiadores a partir de processos pedagógicos, de supervisão clínico-institucional e discussão de casos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto de pesquisa, por meio da inserção de estratégia de apoio institucional e apoio matricial nos processos de gestão e de atenção no SUS, pode contribuir com a qualificação das equipes de saúde, fixação de profissionais de saúde, regularização de diretrizes clínicas, qualificação de processos de cuidado, coordenação do cuidado e avanço em processos de governança e auditoria clínicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa relevante à qualificação da prestação de serviços de saúde no contexto da rede pública do SUS-DF.

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

Foram apresentados os seguintes documentos: (a) projeto de pesquisa, com cronograma e planilha de orçamento, (b) Termo de Autorização para uso de imagem e som de participantes de pesquisa; (c) TCLE; (d) Termo de Concordância assinado pela Vice-Diretor da Faculdade UnB Ceilândia; (e) Termo de Concordância assinado pelo Vice-Diretor da Faculdade de

**Endereço:** Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Lago Sul **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3307-2113 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Ciências da Saúde da UnB; (f) Termo de Responsabilidade assinado pela pesquisadora; (g) Termo de Concordância e Uso de dados de Pesquisa assinado pela pesquisadora; (h) Termo de Concordância assinado pelo Diretor de Atenção à Saúde do Recanto das Emas-DF; (i) Termo de Concordância assinado pelo Coordenador Geral de Saúde do Gama-DF; (j) Termo de Concordância assinado pela Coordenadora Substituta da Regional de Saúde de Ceilândia-DF; (l) Termo de Concordância assinado pelo Coordenador de Programas e Projetos, da Regional Brasília, da Fundação Oswaldo Cruz; e (m) Lattes da pesquisadora e dos membros da equipe de pesquisa.

**Recomendações:**

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

Projeto de Pesquisa com informações suficientes para análise. Documentação anexada cumpre as exigências da legislação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

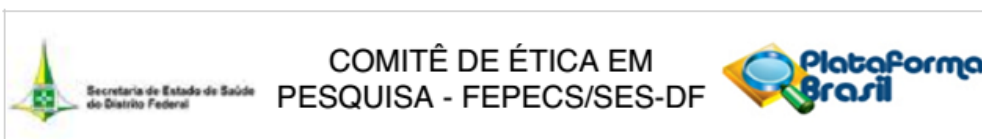
**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 30 de Janeiro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Natan Monsores de Sá**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Lago Sul **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3307-2113 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde.

**Pesquisador:** Paula Giovana Furlan

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 12479513.6.1001.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 453.476

**Data da Relatoria:** 18/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE - Encaminhado pela Inst. Proponente em 29/10/13

Considerando as diretrizes do apoio integrado do MS e a atuação de apoiadores no DF, o projeto pretende cartografar o campo de experimentação de apoio institucional e matricial nos serviços de saúde do SUS, no DF

#### Objetivo da Pesquisa:

Principal:

Cartografar o exercício da função apoio, nas modalidades de apoio institucional e matricial, em três regiões administrativas do SUS-DF

Secundários:

Mapear os focos e os objetos prioritários de intervenção do apoio na atenção e na gestão nas regiões administrativas estudadas; Evidenciar as correlações da prática de apoio com os desafios prioritários da gestão do SUS-DF.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

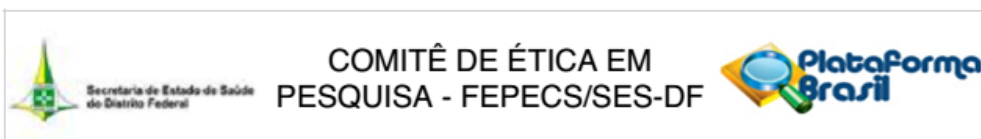
**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comiteeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 453.476

da pesquisa

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa-intervenção sob referencial qualitativo e com uso do método cartográfico, com duração de 24 meses. As regiões selecionadas são: Ceilândia, Gama e Recanto das Emas. O projeto utilizará a técnica das narrativas-acontecimento para compor a cartografia

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

Foram adequadamente apresentados:

Termo de concordância assinado pelo DAS-Recanto das Emas; pelo coordenador geral de saúde do Gama e pela coordenadora da regional de saúde de Ceilândia

Cronograma; Planilha de Orçamento; TCLE; Curriculum vitae

Termo de autorização para uso de imagem e som de voz dos participantes

**Recomendações:**

A pesquisadora deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa

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

sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 11 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**luiz fernando galvão salinas**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com