

EDUARDO OLIVEIRA MORAIS

**APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA.**

BELO HORIZONTE – MG

2018

EDUARDO OLIVEIRA MORAIS

**APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola de
Saúde Pública de Minas Gerais como requisito parcial
para a obtenção do título de Especialista em Saúde
Pública.**

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Beatriz Lisboa

BELO HORIZONTE – MG

2018

M828a	<p>Morais, Eduardo Oliveira. Apoio institucional na atenção básica: relato de experiência. / Eduardo Oliveira Morais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.</p> <p>41 p.</p> <p>Orientador(a): Profª Dra. Maria Beatriz Lisboa.</p> <p>Monografia (Especialização) Saúde Pública.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Apoio institucional. 2. Estratégia saúde da família. 3. Gestão em saúde. I. Lisboa, Maria Beatriz. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.</p>
-------	--

NLM WA 525

EDUARDO OLIVEIRA MORAIS

**APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profª. Dra. Maria Beatriz

Orientador da Monografia

Jean Alves de Souza

Mestre em Comunicação e Saúde

Luciana Maria de Moraes Pereira

Especialista em Políticas Públicas

À minha mãe Beatriz Maria Oliveira Morais pelo amor incondicional;

Aos meus filhos Maria Beatriz, Rafael e Samuel;

À minha companheira Liliane

RESUMO

O presente estudo tem como objeto de análise o Apoio Institucional articulado à Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso de apoio institucional na atenção primária que foi realizado na área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, no estado de Minas Gerais. A Atenção Primária à Saúde na organização das Redes de Atenção à Saúde constitui uma base com uma estrutura operacional e, durante a condução do sistema, tem a função essencial para a resolução de problemas de forma a organizar os fluxos e contra fluxos entre os diferentes componentes da rede. Apoio Institucional foi criado como um dos eixos estruturantes da Política Estadual de Atenção Básica, e tem como objetivo reexaminar e redirecionar a forma de conduzir a gestão, bem como desenvolver processos de trabalho em espaços coletivos, além de buscar uma ligação mais democrática e participativa entre Estado e municípios. Verificou-se com o presente estudo que a inclusão das ações de apoio institucional é de fundamental importância para produção do cuidado integral na perspectiva da cogestão. É imprescindível a articulação da estratégia de apoio integrado à gestão com as ações de acompanhamento a estados e municípios das áreas específicas.

Palavras-chave: Apoio institucional. Estratégia Saúde da Família. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The present study has as object of analysis the Institutional Support articulated to the Strategy Health of the Family. This is a case study of institutional support in primary care that was carried out in the area covered by the Regional Health Superintendence of Coronel Fabriciano, in the state of Minas Gerais. Primary Health Care in the organization of Health Care Networks is a base with an operational structure and, during the conduction of the system, it has the essential function to solve problems, communication, in order to organize flows and against flows between the different components of the network. Institutional Support was created as one of the structuring axes of the State Policy for Basic Attention, and its objective is to re-examine and redirect the way of conducting the management, as well as to develop work processes in collective spaces, in addition to seeking a more democratic and participatory link between State and municipalities. It was verified with the present research that the inclusion of the institutional support actions is of fundamental importance for the production of integral care in the perspective of the co-management. It is essential the articulation of the integrated support strategy to the management with the accompanying actions to the states and municipalities of the areas.

Keywords: Institutional support. Family Health Strategy. Health Management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CMC	Comissão Médica Cristã
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
DAI	Departamento de Articulação Interfederativa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPAPS-MG	Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NAPRIS	Núcleo de Atenção Primária à Saúde
NEMS	Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização da Saúde em Minas Gerais

PEAB	Política Estadual de Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SBS	Serviço Básico de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SPO	Secretaria de Planejamento e Orçamento
SRS	Superintendência Regional de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Apresentação cartográfica região ampliada de Saúde Leste, PDR-SUS/MG.....24

Tabela 1 – Resultado do município de Inhapim na certificação do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	14
3.2 Estratégia Saúde da Família.....	18
3.3 Apoio Institucional.....	20
4 MATERIAL E MÉTODO.....	24
4.1 Superintendência Regional de Saúde Coronel Fabriciano.....	24
4.2 Método.....	26
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), órgão da administração direta, responsável pela promoção, administração e manutenção da saúde pública no país, tem sua estrutura organizacional, segundo o Decreto 8.901(DOU 11/11/2016), composta por Órgãos de Assistência Direta e Imediata, Órgãos Específicos Singulares, Secretaria Executiva, além de sete entidades vinculadas. A Secretaria Executiva é composta, dentre outros departamentos, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e os Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (NEMS). Aos Núcleos Estaduais compete desenvolver atividades técnico-administrativas e de apoio logístico, bem como praticar os demais atos necessários à atuação dos órgãos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

No final de 2016, o MS instituiu nos NEMS a Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa. Ao realizar a reestruturação dos Núcleos, o MS descentralizou a estas Unidades o papel do Apoio Institucional a Estados e aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) com a finalidade de monitorização, implementação e avaliação das políticas, programas e ações de saúde (BRASIL, 2012; 2013; 2014). Já em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconheceu o Apoio Institucional como importante ferramenta para educação permanente em saúde.

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão (BRASIL, 2008, pág.52-53).

O desenvolvimento do Apoio Institucional como modo de inovar a gestão do SUS, identifica-se a Educação Permanente como a principal estratégia utilizada para estimular mudanças de práticas na gestão e no cuidado em saúde. Segundo Ceccim (2005, p.976) a Educação Permanente em Saúde, “constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

O portal online do Ministério da Saúde aponta:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva.

O trabalho de Educação Permanente e Apoio Institucional surgiram então como importantes estratégias tendo como objetivo a qualificação do processo de cuidado em saúde, garantindo assim a integralidade e a efetivação dos atributos da Atenção Primária a Saúde (APS) no cotidiano das práticas.

De acordo com Casanova, Teixeira e Montenegro (2014):

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores no seu cotidiano (CASANOVA, TEIXEIRA, MONTENEGRO 2014, pág. 4419).

O MS e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) têm assumido a responsabilidade de prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Primária e, ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Para o MS o apoio institucional objetiva a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano para transformar os modelos de gestão

verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

Em relação a SES/MG a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais ,PEAPS/MG, possui como linha de ação prioritária a qualificação do cuidado na Atenção Primária à Saúde através do desenvolvimento de apoio institucional locorregional e ações de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde, considerando as necessidades locais e com enfoque na gestão e no cuidado, buscando ampliar as competências, habilidades e atitudes dos gestores, dos trabalhadores das equipes de Atenção Primária à Saúde e dos usuários no enfrentamento dos problemas e na reflexão sobre o processo de trabalho, possibilitando a ampliação da capacidade locorregional(MINAS GERAIS, 2008) .

Considerando que um dos maiores desafios no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido inovar as práticas de gestão, a transformação dos modos tradicionais de gerir pessoas, processos de trabalho, recursos e políticas públicas de saúde tem sido o foco de trabalho e dentre as iniciativas e inovações experimentadas, estão em destaque os arranjos de Apoio Institucional.

Neste contexto, o presente trabalho foi elaborado tendo como objetivo apresentar um relato de experiência de apoio institucional na atenção primária a saúde em município situado na área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência do apoio institucional em saúde, vivenciada enquanto técnico de referência do Núcleo de Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano - MG, no período entre outubro de 2016 a dezembro de 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as ações e estratégias realizadas, dificuldades e facilidades para a operacionalização do apoio institucional
- Avaliar a efetividade da função apoio para a rede de Atenção à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde

Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (ASSIS, 2007).

Os termos AB, AP e APS têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de AB/APS ao de AP (MELLO, 2009). No entanto, no que tange às ações é consenso que a APS envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais, visando resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população, constituindo a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009; ASSIS, 2007).

A discussão conceitual no campo da APS está intimamente relacionada à história da conferência internacional de Alma-Ata. Considera-se que o termo “Primary Health Care” tenha sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 70, nas páginas da “Contact”, revista da Comissão Médica Cristã (CMC), ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana. A CMC, com larga experiência em países em desenvolvimento, assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, ao perceber que as ações missionárias, em sua maioria baseada em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população. Essa instituição foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde primária para a Organização Mundial da Saúde, e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS (MELLO, 2009).

Litsios (2004) menciona que em 1970, sensíveis ao momento de grande oportunidade política, os soviéticos vislumbraram capitanear uma conferência internacional sobre serviços de saúde (MELLO, 2009). Para isto, propuseram uma resolução na 23ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS intitulada “Basics Principles for the Development of Health Services” (MELLO, 2009; LITSIOS, 2004; CUETO, 2004).

Em 1975, o relatório “The Promotion of National Health Services”, incorporou, pela primeira vez, a expressão PHC (“Atenção Primária à Saúde”) aos documentos da OMS ressaltando: “Primary Health Care services at the community level are seen as the only way in which the health service can develop rapidly and effectively”: Os serviços de Atenção Primária à Saúde no nível comunitário são a única forma de os serviços de saúde se desenvolverem de forma eficiente e eficaz” (LITSIOS, 2004).

Na mesma época dois outros importantes artigos são publicados: “Health by the People” (Saúde para as Pessoas), editado por Kenneth Newell e, “Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries”, (Abordagens alternativas para atender às necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento), um estudo conjunto entre UNICEF e OMS nos quais são descritos projetos alternativos de assistência à saúde em diferentes partes do globo, associando definitivamente a identidade da APS como projeto de desenvolvimento social com base comunitária (GIOVANELLA et al., 2009).

Estas experiências balizaram as discussões que antecederam Alma-Ata (LITSIOS, 2004). Entretanto, faltava uma base conceitual clara e, o amadurecimento da proposta soviética de uma conferência internacional tornava a conceituação da APS uma necessidade premente, pois, ainda não estavam estabelecidas as diferenças em relação aos Serviços Básicos de Saúde (SBS), necessários para fundamentar uma conferência internacional sobre o tema. Aliado à outros profissionais que consideravam essa questão apenas como um artifício ortográfico (LITSIOS, 2004).

Numa primeira tentativa de definição, foi disposto que APS significaria SBS acrescido da inserção comunitária e intersectorialidade. Contudo, documentos propostos pela própria OMS na década de 50, já os haviam incorporado ao conceito de serviços básicos. Princípios semelhantes

também já haviam sido descritos em uma conferência ocorrida na Indonésia em 1937 (LITSIOS, 2004).

Tempo e esforço consideráveis foram gastos na tarefa de dar conteúdo à expressão APS. As desavenças em torno do papel do Estado e da forma de financiamento, a referência à pobreza, assim como a necessidade de se estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades muito distintas, tornou-se um problema potencialmente insuperável. Isso fez com que a conceituação da APS tomasse um aspecto genérico (OPAS, 1964), esperando que cada país construísse o seu conceito e suas práticas (LITSIOS, 2004).

Após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata/1978, o termo SBS entrou em franco desuso e, a expressão APS se firmou como alternativa ao conceito de “assistência médica primária”, pioneiramente visualizado por White *et al.* (1961), limitado então à atuação médica. Nessa nova proposição, ampliou-se o conceito de saúde, destacando-se seus determinantes e participação social atrelando-se a ideia de investimento em saúde com o desenvolvimento socioeconômico da comunidade (OPAS, 1964).

No Brasil a acentuada desigualdade social estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a AB do SUS seja priorizada para as classes menos favorecidas economicamente. Em si, isso não é um problema, pois, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a AB é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos (FELISBERTO, 2004; LITSIOS, 2004).

Segundo o dicionário da Educação Profissional em Saúde desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) as ações de APS no Brasil foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX cita-se como exemplo centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam – se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir de 1940 foi criado o SESP, Serviço Especial de Saúde Pública que inicialmente atuava em áreas de relevância econômica realizando ações curativas e preventivas restritas às doenças infecciosas e carenciais sendo ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país, porém represada de um lado pela expansão médico-

privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal (Mendes, 2002).

Com o movimento sanitário, as concepções de APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistências iniciando o rompimento do modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80. Nesse período, durante a crise do modelo médico previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido as AIS surgiram de convênios com os estados, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos (MATTA; MOROSSINI, 2009).

As experiências citadas somadas à constituição do SUS e sua regulamentação no ano 90 possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse a reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde.

Assim, a concepção da APS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, pág. 02).

Atualmente com a publicação das portarias de consolidação de normas do SUS define-se Atenção Básica como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Utilizando das Equipes de Saúde da Família estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Em 2011 foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Em 2015, iniciou-se o 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB.

3.2 Estratégia Saúde da Família

No final da década de 80 a partir de experiências mundiais exitosas de resolutividade e mudança de indicadores de saúde, o MS elaborou estratégias de reorganização da Atenção Básica, denominadas: Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS, oficialmente implantado pelo MS em 1991, teve início no fim da década de 80 em algumas áreas do Nordeste, que buscavam alternativas para melhorar as condições de saúde

de sua população (BRASIL, 2011). Trabalhando com pessoas residentes nas comunidades, treinadas e supervisionadas por profissionais da saúde, o PACS configurou uma estratégia bem sucedida na implantação de ações de prevenção à agravos e promoção da saúde aumentando a acessibilidade ao sistema de saúde, (BRASIL, 2011; FALLEIRO, 2014).

O PSF iniciou em 1994, fruto de uma parceria entre MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. Tendo como propósito alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital, o PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral ao indivíduo e à família, desenvolvida por equipe multiprofissional, com intensa participação da comunidade (BRASIL, 2010; ASSIS *et al.*, 2007). Desde sua implantação, foi considerado como uma das principais estratégias para reestruturação da atenção primária, bem como reorientação das práticas profissionais relacionadas à assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, possibilitando a mudança do modelo tradicional de assistência centrado quase exclusivamente em hospitais e nos profissionais médicos (BRASIL, 2009).

Em 2006 o PSF deixa de ser um Programa para constituir a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que o contexto de programa indica uma atividade com início, desenvolvimento e finalização e a ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária sem um tempo para finalizar esta reorganização (ASSIS *et al.*, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, ESF:

É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). ” (BRASIL, 2017, pág. 68).

Tendo a família como ponto central do trabalho, a ESF prioriza a criação de vínculos entre a família e a equipe de saúde, onde são desenvolvidas ações de prevenção às doenças, promoção e proteção da saúde (SARACEMO apud BASTOS e TRAD, 1998, p.431).

No entanto, sua implantação é marcada por vários desafios, pois, propõe modificar um modelo assistencial centrado no hospital, sendo necessária a constante capacitação dos profissionais para que reorganizem suas práticas, apontando seus limites de atuação.

Em setembro de 2018, o MS registrava 43.426 equipes saúde da família representando uma cobertura populacional de 64,99% de ESF e 75,30% de cobertura populacional estimada na atenção básica (MS/SAS/DAB/IBGE, 2018).

Neste mesmo período Minas Gerais contava com 5.551 ESF, com uma cobertura populacional estimada de 80,21% e 88,77% de cobertura populacional na atenção básica (MS/SAS/DAB/IBGE, 2018).

Neste panorama tanto o Ministério da Saúde e o Estado de Minas Gerais acreditam que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde para transformar os modelos de gestão que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias (BRASIL, 2017).

3.3 Apoio Institucional

Segundo o Dicionário Online de Português, a palavra apoio tem como sinônimo suporte ou base; aquilo que se utiliza para sustentar, para amparar ou para fixar alguém ou alguma coisa; auxílio; ajuda... E apoiar é a ação de apoiar, de dar apoio a alguém; ato de proteger, de ajudar...

Como “função” Apoio, no contexto organizacional, entende-se o papel exercido por agentes que trabalham e assumem posicionamento subjetivo, ético e político de acordo com uma metodologia de Apoio. Os objetivos dos arranjos de Apoio Institucional experimentados pelas

organizações são, em geral, comprometidos com a transformação dos processos de trabalho e das relações exercidas entre os sujeitos. Costuma-se denominar “Apoio Institucional” as estratégias que se dão entre organizações, a exemplo da relação que acontece entre os entes federados do SUS – Município, Estado e União (OLIVEIRA, 2011, p. 46).

Apoio institucional segundo Pereira Junior & Campos (2014):

[...] é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão (PEREIRA JUNIOR & CAMPOS, INTERFACE, 2014, pág.896).

Uma das tarefas primordiais do apoio institucional consiste em oferecer base ao movimento de mudança desencadeado por grupos sociais, e buscar o amplo fortalecimento do próprio exercício na formação de novos indivíduos em processos de mudança.

Segundo Junior e Campos (2014) a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde.

O Apoio sendo pensado como uma função gerencial, a partir do princípio da cogestão, visa reformular o modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. A compreensão dada por Campos (2007) é a de que, na cogestão, são experimentadas formas de acolher as demandas provenientes dos diversos atores envolvidos no contexto, oferecendo diretrizes e submetendo tanto as demandas quanto as ofertas a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos de mudança do modo mais interativo possível (FALLEIRO, 2014).

No Brasil tem sido comum a expressão cogestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão. Em primeiro lugar, cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização,

assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde define os objetivos específicos do Apoio Institucional como (BRASIL, 2012):

- Acompanhar e contribuir no processo de regionalização, com ênfase no planejamento ascendente e na gestão compartilhada;
- Articular as agendas estratégicas do SUS com as singularidades dos contextos locais, contribuindo para a implementação das políticas pactuadas de forma tripartite;
- Colaborar com a organização da rede regionalizada de saúde e a melhoria da qualidade da atenção;
- Contribuir para a qualificação do processo de elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS;
- Estimular a implementação das políticas públicas governamentais de saúde de forma horizontal, superando a fragmentação das ações na gestão e na atenção à saúde;
- Contribuir para qualificação dos processos de informação e comunicação em saúde.

Atualmente, o apoiador institucional constitui-se em ator no campo da gestão em saúde atuando como mediador de coletivos, por meio de processos de coordenação comunicativa e relacional (SOUZA, 2016). Sendo assim, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações.

Situado em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (CAROLINA EIDELWEIN *et al.*, 2014).

O Apoio Institucional vem se desenvolvendo de inúmeras formas na gestão do SUS, seja no nível municipal, estadual ou federal, como opção em relação aos modelos de gestão mais

tradicionais, marcados por certa burocratização, autoritarismo e tomada de decisão de forma verticalizada. (FALLEIRO, 2014).

Atualmente o MS considera que a estratégia do Apoio Institucional propõe ampliar o escopo de atuação dos apoiadores, que anteriormente estavam restritos às especificidades de algumas áreas técnicas do MS, e agora ligadas aos NEMS, tem como objetivo principal a qualificação da gestão do Sistema.

O método do Apoio Institucional passou a complementar o processo de trabalho do Departamento de Atenção Básica e dos técnicos de referência da Atenção Básica das Diretorias Regionais de Saúde (FALLEIRO, 2014).

No estado de Minas Gerais a partir de 2007, o Apoio Institucional foi instituído como um dos eixos estruturantes da Política Estadual de Atenção Básica (PEAB) com o objetivo de reexaminar e redirecionar a forma de conduzir a gestão, bem como desenvolver processos de trabalho em espaços coletivos, além de buscar uma ligação mais democrática e participativa entre Estado e municípios.

Constatar a importância da mudança é uma circunstância necessária para que o gestor ou trabalhador da saúde converta ou institua novos conceitos e ferramentas à sua atividade. Essa necessidade não deve ser forçada e deve ser procedente de um relevante questionamento relacionado à competência de sua maneira de fazer ou pensar em seu processo de trabalho.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Superintendência Regional de Saúde Coronel Fabriciano

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), tem sido utilizado, dentre outros objetivos, para orientar a organização das redes de atenção à saúde (MALACHIAS *et al*, 2010). Em Minas Gerais o PDR foi elaborado “na lógica da população e seus fluxos na busca de atenção à saúde e nos princípios basilares das redes de atenção à saúde” (MENDES, 2010, pág. 14). Nesta lógica, o espaço territorial dos 853 municípios foi reconfigurado em 76 regiões de saúde e em 13 regiões ampliadas de saúde (MALACHIAS *et al*, 2010).

Assim, o espaço da Superintendência Regional de Saúde Coronel Fabriciano (SRS), é reconhecido como uma divisão político-administrativa inserida na região ampliada de saúde leste sendo constituído por subconjuntos de regiões de saúde, onde localiza-se as regiões de saúde de Coronel Fabriciano/Timóteo, Caratinga e Ipatinga. O território da SRS abrange 35 municípios, a saber: Açucena, Bugre, Bom Jesus do Galho, Braúnas, Antônio Dias, Belo Oriente, Caratinga, Coronel Fabriciano, Córrego Novo, Dionísio, Dom Cavati, Entre Folhas, Iapu, Imbé de Minas, Ipaba, Inhapim, Mesquita, Marliéria, Ipaba, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Naque, Periquito, Piedade de Caratinga, Pingo-D'Água, Santa Bárbara do Leste, Santa Rita de Minas, Santana do Paraíso, São Domingos das Dores, São João do Oriente, São Sebastião do Anta, Timóteo, Ubaporanga, Vargem Alegre, Vermelho Novo. A população total é composta de 843.231 habitantes.

No que tange a ESF, está implantada em todos os municípios adscritos nas regiões de saúde pertencentes à área de abrangência da SRS de Coronel Fabriciano. São 229 equipes de ESF, com uma cobertura aproximada de 94% da população. (MS/SAS/DAB/IBGE, 2018).



Fonte: SES/SMACSS/DEAA

Conforme Ajuste 2014

Figura 1 – Apresentação cartográfica região ampliada de Saúde Leste, PDR-SUS/MG.

As Superintendências Regionais de Saúde (SRS) tem por finalidade apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde fortalecendo a governança regional do Sistema Estadual de Saúde em suas áreas de abrangência, competindo-lhe entre outras atribuições coordenar, implementar, monitorar e avaliar as redes e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, no âmbito regional (SES,2011).

Nas SRS, assim como ocorre na Secretaria Estadual de Saúde (SES), os processos de trabalho são organizados de acordo com áreas temáticas, tendo na área temática de Políticas e Ações de Saúde o Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS). Dentre as atribuições do

NAPRIS destaca-se coordenar estratégias operacionais para o funcionamento contínuo e eficaz da atenção primária nos municípios de sua abrangência, competindo-lhe estimular o processo de fortalecimento da Atenção Primária enquanto coordenadora da rede de atenção à saúde.

4.2 Método

Relato de experiência referente ao município de Inhapim. O referido município pertence à região de Saúde de Caratinga, com população estimada (IBGE, 2018) de 24.792 conta atualmente com 10 equipes saúde da família representando uma cobertura populacional de 100% de ESF e 100% de cobertura populacional estimada de atenção básica (MS/SAS/DAB, 2018).

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de apoio institucional e cogestão a partir do resultado do processo de auditoria que seria encerrado sem que fossem resolvidas as irregularidades, apontadas no relatório de auditoria nº 268. O período do relato inicia-se em 2016 com término em outubro de 2017.

Considera-se a relevância de um relato de experiência por sua pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como pelo nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares.

Os resultados desse estudo foram obtidos através da implicação do autor no processo de gestão e apoio, usando também a observação, anotações, relatórios das atividades inerentes ao processo de apoio as equipes de APS assim como revisão bibliográfica selecionando publicações do Ministério da Saúde, livros e artigos científicos considerados relevantes para a abordagem da temática em questão. Para localização dos materiais, realizou-se uma consulta às bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

A experiência relatada com o Apoio Institucional iniciou-se em outubro 2016, a partir de um encaminhamento da Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS-MG), relacionado ao processo administrativo referente a auditoria realizada pelo Núcleo Macrorregional de Auditoria assistencial de Governador Valadares no município de Inhapim/MG em que foram apontadas constatações de irregularidades relacionadas ao descumprimento de carga horária pelos profissionais médicos inseridos na Estratégia de Saúde da Família.

No primeiro momento foi realizada a visita in loco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município para verificação do processo de trabalho das equipes de atenção primária e da infraestrutura e organização das UBS, considerando principalmente o conteúdo da constatação acima. Nesta etapa foi utilizado o formulário de Visita técnica: Monitoramento e Avaliação do processo de trabalho como norteador do processo de verificação e rodas de conversas com os profissionais de saúde e gestor municipal de saúde. Sendo desenvolvidas as seguintes ações:

- Nas Unidades Básicas de Saúde: Visita in loco, para verificação de possíveis irregularidades no que tange ao cumprimento de carga horária dos profissionais das ESF; análise e registro sobre produção das equipes; rodas de conversas com os profissionais de saúde, equipe médica, de enfermagem e de saúde bucal integrantes das ESF; reunião com a responsável pela pasta de gestão da Secretária Municipal de Saúde da época em que o processo administrativo fora instaurado e reunião com o sucessor desta pasta, coordenado da APS do município e demais colaboradores.
- Nas Comunidades Atendidas foram realizadas entrevistas com os usuários presentes no momento da visita na UBS ao longo de todo o trabalho de campo.
- Na Secretaria Municipal de Saúde de Inhapim: Análises dos registros inseridos no sistema de informação em Saúde da Atenção Básica- SISAB e da documentação relativa á forma de seleção e contratação dos profissionais de saúde integrantes das equipes e reunião com a gestora Municipal de Saúde.

Através destas ações foi possível constatar que as ESF do município estavam cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), com modalidade de inserção de profissionais médicos integral (40H), porém cinco profissionais médicos de cinco ESF distintas não cumpriam tal especificação. Sendo que a roda de conversa foi importante neste processo, mas essencial porque estimulou a troca de informações e da reflexão para a ação.

A Roda de Conversa foi escolhida por ser um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os trabalhadores possam se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo foi de estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação.

Nessa perspectiva, a Roda de Conversa é um elemento inerente ao planejamento e desenvolvimento das ações em saúde que serão destinadas à comunidade. Valorizar os processos coletivos, em um mundo potencialmente individualista e competitivo, permite que os trabalhadores e usuários se posicionem em seu protagonismo e da sua importância na construção de redes de cuidados compartilhados (TAJRA, 2015).

Após recebimento da denúncia e confirmação da irregularidade, descumprimento da carga horária semanal para os profissionais médicos inseridos na Estratégia de Saúde da Família conforme preconizado pela PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, foi proposto à gestão municipal uma mudança organizacional do processo de trabalho no município na lógica do Apoio Institucional, fundamentado no fortalecimento de vínculos, articulação de saberes, proximidade, apoio e Educação Permanente, a fim de possibilitar a Gestão municipal espaço para o diálogo, e enfrentamento concreto dos desafios vividos pelo município no desenvolvimento da Atenção Básica.

A principal dificuldade enfrentada nesse contexto de irregularidades foi o peso político na tomada de decisão por parte da gestão municipal. A situação de descumprimento de carga horária encontrava-se institucionalizada no âmbito da Atenção Primária arrastando-se por longos anos. Reorganizar os processos de trabalho foi nossa missão segundo diretrizes do apoio institucional, aliado à roda de conversa com articulação dos saberes e a cogestão. A Secretária Municipal de

Saúde apoiou de imediato por perceber e entender que era o momento de reorganizar a rede municipal de saúde do município.

Fazer cumprir o que está previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) não era missão fácil, uma vez que o “endeusamento” dos profissionais médicos era tamanho que chegou a causar alvoroço social, a simples possibilidade de demissão. Apesar de toda pressão prevalecia o sentimento de certeza sobre os interesses institucionais. Contudo, interesses outros de cunho pessoal permeavam o processo de trabalho.

Várias reuniões foram realizadas objetivando discutir os problemas encontrados a partir do diagnóstico situacional realizado pelo técnico. Hipóteses focando principalmente a origem dos problemas foram discutidas, tendo como participantes a equipe de profissionais envolvidos diretamente na denúncia no intuito de encontrar a solução do problema.

Após o processo de apoio constante presencial e/ou por outras modalidades, a gestão foi orientada a proceder com a regularização das constatações segundo as normativas das legislações vigentes. Entretanto, a gestão municipal não conseguiu sanar as irregularidades no prazo acordado entre o município de Inhapim/MG e a gestão regional da SRS de Coronel Fabriciano.

Com o descumprimento de todos os prazos foi necessário emitir relatório conclusivo da situação atual da Estratégia Saúde da Família, que teve como desdobramento imediato a suspensão de recursos financeiros de cinco equipes de ESF com a publicação da PORTARIA Nº 1.679, DE JUNHO DE 2017.

Somente após a suspensão dos recursos financeiros a gestão municipal de Inhapim/MG entendeu a necessidade e importância do apoio institucional e da cogestão representada pelos apoiadores da SRS.

A estratégia de cogestão permite aos gestores e trabalhadores do SUS, uma reflexão sobre novas possibilidades de se fazer gestão. O apoio é, então, um dispositivo de abertura das comunicações, de romper verticalidades (hierarquia) e horizontalidades (corporação), arrastando, numa deriva, as regras e as interdições. Todos falam com todos, todas as vozes têm voz e importância neste círculo que faz a roda girar. Todos são cogestores das adversidades e das proposições e, portanto, todos são corresponsáveis na efetuação de possíveis (JUNIOR e CAMPOS, 2014).

Reiniciou-se a proposta de apoio institucional, conseguindo reorganizar após três meses de diálogo, rodas de conversas, educações permanentes e gestão participativa, as irregularidades referentes à denúncia. Emitiu-se o relatório conclusivo da situação atual da Estratégia Saúde da Família com deferimento para o retorno imediato de transferência do incentivo financeiro referente às cinco equipes de Saúde da Família, em virtude de adequação das irregularidades.

Desde 2012 a estratégia de Apoio Institucional está sendo realizada pelos apoiadores da Superintendência Regional de Saúde Coronel Fabriciano, tanto como apoiadores quanto apoiados.

Este arranjo de cogestão realizado possibilita análise da situação de saúde de um determinado município ou da organização do processo de trabalho e das práticas de saúde das equipes de Atenção Básica, identificando, mediante “rodas de conversa” e de discussão, os problemas, negociando prioridades e elaborando uma proposta de intervenção, entendendo que todos podem contribuir com o processo de mudança. Sendo a roda de conversa estratégia de construção para desenvolvimento do Apoio Institucional visando à avaliação e acompanhamento dos processos de trabalhos desenvolvidos pelos representantes do município (gestor, trabalhadores, equipe das Estratégias Saúde da Família).

Todavia, ao longo deste processo, a gestora municipal de saúde, apresentou algumas justificativas como pouca governabilidade dos apoiadores da SRS para efetivação de algumas propostas, tanto relacionadas à reestruturação das redes de serviços existentes, quanto ao processo de trabalho dentro das equipes de Saúde da Família. Importante ressaltar que um dos pontos estimulados durante o processo de trabalho, e proposto pelos profissionais, foi à necessidade de Apoio Institucional da equipe de gestão às equipes de Saúde da Família.

Apesar das dificuldades sinalizadas, o Apoio Institucional tem se efetivado como uma forte estratégia no suporte para a reorganização da Atenção Básica da Regional de Saúde nos municípios da área de abrangência administrativa visando o fortalecimento de práticas transformadoras no âmbito da saúde da coletiva, estimulando a corresponsabilidade, buscando permanentemente parcerias e unificação de esforços entre os diferentes atores sociais.

Importantes exemplos desses avanços foram: as mudanças verificadas no processo de trabalho das equipes, como alguns rearranjos simples dentro da estrutura existente melhorando o

acesso dos usuários a alguns serviços já ofertados; reflexões e mudanças no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e, fortalecimento do controle social.

Neste contexto, a presença de um agente externo “(Apoiador Institucional)” às equipes, tanto de Saúde da Família quanto de gestão, tem como principal função facilitar a construção de espaços de escuta, onde os objetivos institucionais possam ser debatidos e articulados com os saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Além disso, algumas experiências exitosas alcançadas por alguns municípios podem ser compartilhadas com os demais possibilitando a transformação de algumas situações e comportamentos negativos como os citados anteriormente.

Finalmente, fica evidenciado que a gestão da saúde na instância municipal necessita de suporte e apoio institucional dos níveis central e regional para desenvolver suas ações e gerir os serviços locais de saúde, bem como de acompanhamento, avaliação e controle, realizados num contexto de maior abertura para o estabelecimento de inter-relações importantes no processo de trabalho. O Apoio Institucional vem contemplar todas essas situações, ratificado pela fala de muitos técnicos ao afirmarem que o Apoio Institucional realizado pela equipe técnica da SRS Coronel Fabriciano tem servido como agente de motivação para eles.

Apesar das dificuldades e facilidades relatadas, o Apoio Institucional tem conseguido proporcionar o fortalecimento de vínculos, articulação dos saberes, que se efetiva como uma importante estratégia contribuindo para a reorganização da Atenção Básica nos municípios, tanto que, após sua implementação, a SRS Coronel Fabriciano deixou de ser referência como instituição exclusivamente fiscalizadora e passou a ser vista como parceira no desenvolvimento das ações de saúde, na orientação sobre as demandas e priorização dos programas, em atendimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Atualmente o município de Inhapim está com as dez ESF completas, recebendo o incentivo e, segundo a primeira lista de certificação do 3º ciclo do PMAQ-AB, de acordo com a classificação alcançada no processo de certificação, respeitadas as classificações de desempenho descritas na Seção II Capítulo I Título IV da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 apresentou o desempenho descrito na tabela abaixo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a inclusão das ações de apoio institucional frente aos desafios que permeiam a Atenção Primária à Saúde configura ação essencial para produção do cuidado integral na perspectiva da cogestão. A participação, compreensão e capacitação dos profissionais de saúde que trabalham na APS trouxeram crescimento e amadurecimento ao grupo em relação à sua função diante das equipes e do processo de cuidar em saúde. Foi neste contexto, marcado por certezas e incertezas que a construção do apoio institucional surgiu como novo dispositivo de trabalho, trazendo novas possibilidades a partir da democracia institucional.

Intensificar o estímulo ao trabalho interdisciplinar, como preconizam as diretrizes do SUS, com um trabalho conjunto, possibilitando aprender mais e repassar o aprendizado na perspectiva da cogestão onde todos participam e todos têm responsabilidades e saberes.

A prática do Apoio Institucional permite estabelecer vínculos entre profissional de saúde, gestão, e usuários, de maneira que a escuta qualificada, a articulação dos saberes estejam presentes permitindo a inclusão do trabalhador/executor como corresponsável pela gestão, proporcionando a reconstrução de sua autonomia como ator capaz de promover mudanças positivas e necessárias que envolvem o processo complexo de se fazer gestão.

As visões de resultados podem ser controversas porém, com relação ao objetivo a priori, que era a verificação da irregularidade que se desdobrou na efetivação do apoio institucional, foi exitosa, pois, as irregularidades que desencadearam a suspensão dos incentivos financeiros referentes às 05(cinco) ESF do município foram não só sanadas, como também tiveram um desempenho bastante satisfatório segundo a certificação do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A experiência aqui apresentada demonstra que a função Apoio no município de Inhapim contribuiu para ativar sujeitos e coletivos. Os arranjos de Apoio favoreceram a desconcentração do poder nas organizações possibilitando aos sujeitos a busca de soluções para problemas locais.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: Construção Política, Metodológica e Prática. **Revista APS**, v. 10, n.2, p. 189-199, jul-dez 2007.

BASTOS, A.C.S.; TRAD, BONFIM, L.A. **O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação**. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Nº 14, p. 429-435, abr-jun, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Poder Executivo, Brasília, DF 22 set.2017, Edição: 183, Seção: 1, pág. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação Permanente**. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/qualifar-sus/674-assuntos/trabalho-e-educacao-na-saude/40527-politica-nacional-de-educacao-permanente>. > Acesso em 12 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelecendo as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 10 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679, de junho de 2017**. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família, no Município de Inhapim, Estado de Minas Gerais. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1679_20_07_2017.html. Acesso em 05 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em 07 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seção II Capítulo I Título IV da **Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em 07 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) Terceiro ciclo**. Disponível em : http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo. Acesso em: set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatórios públicos. **Histórico de Cobertura**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml> Acesso em: 24 de outubro de 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. **Cadernos Humaniza SUS**, Série B., v. 2, Brasília, DF, 2010a, 256p. (Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1586-7 1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Série B. Brasília, DF, 2009. 64p. (Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. **Regimentos Internos e organogramas básicos do Ministério da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Geral de Inovação Gerencial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 359 p. – (Série E. Legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Título I da **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em 10 de maio de 2018.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M.B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.11, pp.4417-4426.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010420>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

Dicio. Dicionário Online de português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pesquisa.php?q=apoio>. Acesso em: 10 jun. 2018.

EIDELWEIN, C. Função apoio em pesquisa: experimentações na produção de (des)caminhos e desvios. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 39-49, 2014.

FALLEIRO, L.M. **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 263 p.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: Novos Horizontes**. Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, V 4, n 3, p. 317-321, jul./set., 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2272 p.

GIOVANELLA, L. Saúde da Família: Limites e Possibilidades para uma Abordagem Integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783- 794, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico, 2017**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 1 mai 2018.

JÚNIOR, N.P. **O apoio institucional no SUS: Os Dilemas da Integração Interfederativa e da Cogestão**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, São Paulo, 2013.

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

LITSIOS, S. The Christian Medical Commission and the development of the world health: Organization's primary health care approach. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 4, n. 1, p. 884-93, 2004.

MALACHIAS, I *et al.* Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MATTA, G. C; MOROSINI, V. G. **Atenção Primária à Saúde**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em 10 jun. 2018.

MELLO, G.A. *et al.* **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais**. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. Atenção primária à Saúde no SUS Fortaleza: Escola de Saúde pública do Ceará, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização- PDR/MG. **Apresentação Cartográfica**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Apresentacao_cartografica_PDR-2014.pdf. Acesso em jun. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.726, de 22 de Maio De 2018**. Aprova atualização da Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PEAPS/MG), Belo Horizonte. 2018.

MINAS GERAIS. SES. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES 3070** de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). Belo Horizonte, MG, dez 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Campinas: 2011. 175 f. Tese (Doutorado Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Geneve, 1964. (Publicación Científica, n.93).

PAIXÃO, L. **Arranjos organizacionais e reorientação de modelo de atenção e gestão no SUS: a proposta do Apoio em Saúde no Município de São Bernardo do Campo - SP**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012 - 111 pg.

POPAY, H.; BALDWIN, S.; BRITTEN, N. **Narrative synthesis in systematic reviews**. Manchester: ESRC Research Methods Programme. 2007.

SOUZA, N.P. **O Apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o caso do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016 - 121 pág.

TAJRA, Ingrid. **RODA DE CONVERSA COMO INSTRUMENTO PARA CRIAÇÃO DE GRUPOS DE INTERAÇÃO SOCIAL E EDUCACIONAL EM SAÚDE-RELATO DE EXPERIÊNCIA**. Trabalho de Conclusão de Curso Especialização Latu Sensu- TCC Educação Permanente em Saúde em Movimento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.