



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

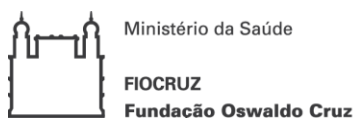
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES
DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

FRANCINEY ANSELMO FERREIRA

**O APOIADOR INSTITUCIONAL NA UBSF: GESTÃO DA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE APS PARA POPULAÇÕES RURAIS**

**MANAUS – AM
2020**



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES
DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

FRANCINEY ANSELMO FERREIRA

**O APOIADOR INSTITUCIONAL NA UBSF: GESTÃO DA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE APS PARA POPULAÇÕES RURAIS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira

**MANAUS – AM
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

F383a

Ferreira, Franciney Anselmo

Apoio institucional, a gestão e a prestação de serviços de saúde para população rural de Manaus/Novo Airão, Amazonas. / Franciney Anselmo Ferreira. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

84 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Garnelo Pereira.

1. Atenção primária á saúde 2. Gestão em saúde 3. População ribeirinha - Amazonas I. Título

CDU 614.2(811.3) (043.3)

CDD 614.098113

22. ed.

FRANCINEY ANSELMO FERREIRA

**O APOIADOR INSTITUCIONAL NA UBSF: GESTÃO DA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE APS PARA POPULAÇÕES RURAIS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 22 / 12 / 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira - Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof^a. Dra. Sâmia Feitosa Miguez - Membro
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

Prof^o. Dr. Eron Soares Carvalho Rocha - Membro
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

AGRADECIMENTOS

À Deus pela saúde e pela sabedoria que me concedeu para a realização de mais este projeto em minha vida.

À minha orientadora, Dra. Maria Luiza Pereira Garnelo, por todo o apoio, pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento deste estudo e todo o conhecimento compartilhado ao longo do mestrado.

Ao Instituto Leônidas & Maria Deane - FIOCRUZ Amazônia pelo espaço para o desenvolvimento de meu estudo, pelo suporte técnico e científico ao longo desses dois anos de estudo.

Ao Laboratório de Pesquisa de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações Indígenas e Outros Grupos Vulneráveis, representados pela Dra. Maria Luiza Pereira Garnelo e Dr. Fernando José Herkrath, pelo acolhimento, aprendizado e apoio para a realização deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus pela anuência para a realização desta pesquisa.

À equipe de gestão do Distrito de Saúde Rural (2014-2019; 2019 – atual) pela colaboração e participação deste estudo.

Ao bibliotecário do ILMD, amigo Ycaro Verçosa, pelo suporte bibliográfico para a revisão de literatura deste estudo e pela amizade.

Aos amigos Uriel Madureira, Maria Rosineide e Anny Beatriz pela amizade e momentos compartilhados ao longo deste mestrado.

Aos colegas da turma PPGVIDA 2018 pelo apoio ao longo desta caminhada.

DECLARAÇÃO DAS AGÊNCIAS FINANCIADORAS

Esta pesquisa foi apoiada pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde/
Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Amazonas (PPSUS/FAPEAM), Chamada
Pública nº 001/2017.

RESUMO

Este estudo analisa o perfil de atuação do apoio institucional em Unidade Básica de Saúde Fluvial na prestação de serviços de atenção primária à saúde ofertados pelo Distrito de Saúde Rural, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, à população rural-ribeirinha que vive na margem esquerda do Baixo Rio Negro, no trecho compreendido entre os municípios de Manaus e Novo Airão, Amazonas. Estudo qualitativo, que entrevistou 100% (onze) da equipe de gestão das unidades móveis fluviais da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. A análise dos dados foi pautada através da Análise de Conteúdo Categorical, apoiada pelo *software* MAXQDA *Analytics* Pro 2020. Os resultados evidenciaram o pouco reconhecimento institucional do cargo de apoiador em contexto rural, com apenas um profissional oficialmente nomeado. A equipe de gestão do Distrito de Saúde Rural apresentou um conhecimento incipiente a respeito do profissional apoiador e de sua política institucional, embora tenham desenvolvido atribuições deste perfil profissional nas rotinas de atendimento às comunidades rurais. Quanto ao apoiador, diferentemente do contexto urbano, observou-se a importância de sua imersão nas atividades itinerantes junto às equipes de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSFs) para o desenvolvimento de suas ações. No entanto, para além das atividades que lhe são prescritas, este assume responsabilidade sobre demandas consideradas essenciais para as ações das equipes de UBSFs, como logística, provisão de insumos e materiais necessários aos atendimentos, ações de caráter administrativo, o que pode ser consequência de um conhecimento pouco satisfatório do território rural pela gestão. Pode-se concluir que o apoio institucional se mostra essencial ao desenvolvimento das atividades de equipes de UBSFs em cenário rural. Deve-se ressaltar que o trabalho de apoiador é insuficiente para instituir práticas democráticas entre equipes de gestão, equipe multiprofissionais e comunidades fazendo-se necessária a ampliação do conhecimento sobre os cenários rurais e suas peculiaridades para lograr a reformulação do modelo de gestão de o perfil assistencial vigentes.

Palavras chave: Apoio institucional; Gestão em Saúde; População rural; Atenção primária à saúde

ABSTRACT

This study aims to analyze the institutional support working process for the management and provision of primary health care services, offered by the Rural Health District, of the Municipal Health Department of Manaus, to the rural-riverside population living along the left bank of the Lower Rio Negro, in the stretch located between the municipalities of Manaus and Novo Airão, Amazonas. Qualitative study, which interviewed 100% (eleven) of the management team of floating primary health care units of the Municipal Health Department of Manaus. Data analysis was guided by Category Content Analysis, supported by MAXQDA Analytics Pro 2020 software. The results showed institutional recognition of the load supported only in the rural context, with data from an officially appointed professional. The management team of the Rural Health District showed an incipient professional knowledge regarding the service to supported communities and its institutional policy, although its definition of a professional profile was developed in the routines of assistance to rural areas. As for the support, the urban support, the importance of their different joint context in the activities of floating primary health care units for the development of their basic river health units was observed. Notwithstanding an unsatisfactory knowledge of the rural territory by the management. It can be shown the development of institutional and essential support of the activities of UBSF teams in a rural environment. It should be noted that the work of its supporter is insufficient for democratic practical institutions among the multiprofessional teams and making the necessary management of knowledge about rural communities and peculiar scenarios to log the reformulation of the management profile of communities of the current assistance profile.

Keywords: Institutional support; Health management; Rural population; Primary Health Care.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AB	Atenção Básica
AM	Amazonas
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAD	Departamento de Apoio à Descentralização
DF	Distrito Federal
DIATS	Divisão de Atenção à Saúde
DISA	Distrito de Saúde
DISAR	Distrito de Saúde Rural
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
EAD	Equipe de Apoio Distrital
EAI	Equipe de Apoio Institucional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ICSAB	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGAI	Núcleo Gestor do Apoio Integrado
NOB	Norma Operacional Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização

PNS	Política Nacional de Saúde
RR	Roraima
SAGESPI	Laboratório de Pesquisa de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações Indígenas e Outros Grupos Vulneráveis
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Universidade do Amazonas
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UBSR	Unidade Básica de Saúde Ribeirinha

Listas de Figuras

- Figura 1.** Organograma do distrito de saúde da SEMSA Manaus..... 39
- Figura 2.** Território de cobertura do Distrito de Saúde Rural da SEMSA Manaus..... 40

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1. Processos de Gestão da Atenção Básica no Brasil	15
2.1.1. Atenção Primária à Saúde no Brasil	15
2.1.2. Gestão em Saúde na Atenção Primária.....	17
2.2. A Dinâmica de Implantação do Apoio Institucional no Brasil.....	19
2.2.1. Conceitos e Caracterização do Apoiador Institucional.....	19
2.2.2. A formalização do trabalho do Apoiador pelo Sistema Único de Saúde	22
2.2.3. Cenário de Práticas do Apoiador Institucional em Atenção Básica	27
2.2.4. Contexto Rural: um cenário de desigualdades	33
2.2.5. Trabalho Vivo em Saúde	35
2.3. Panorama da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus	36
3. OBJETIVOS	42
3.1 Objetivo geral	42
3.2 Objetivos específicos	42
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	43
4.1 Modelo de estudo.....	43
4.2 Local de estudo	43
4.3 População Estudada	43
4.4 Aspectos éticos	44
4.5 Coleta de dados.....	44
4.6 Análise de dados	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1 Artigo: Apoio Institucional à gestão e prestação de serviços de saúde rural em UBSF.	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	66
7. REFERÊNCIAS	68

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	75
ANEXO A - Organograma SEMSA Manaus, 2019	81
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP	82

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa incide sobre o Apoio Institucional, a gestão e a prestação de serviços de saúde ofertados à população rural-ribeirinha de Manaus, por Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF).

O interesse pela temática se deu pela vivência da autora como Apoiadora Institucional no Distrito de Saúde Leste da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Inquietações, questionamentos e reflexões surgiram a partir da prática do apoio em quatro unidades de Estratégias Saúde da Família. Em sua atuação cotidiana a pesquisadora observou intensas incongruências entre as práticas dela própria e de colegas apoiadores, o que propõem os documentos oficiais e os marcos teóricos que guiam a política do apoio institucional. Incongruências estas, vivenciadas na prática em território urbano, e que podem ser igualmente enfrentadas em territórios rurais.

Caracteriza-se a gestão em saúde como a aplicação de conhecimentos voltados para a implementação de políticas de saúde (GRIMM; DRUMOND JUNIOR; LIRA, 2017). Trata-se de um processo complexo que envolve as habilidades de gestores, equipes e usuários, possibilitando a universalidade, a integralidade, a equidade e a qualidade nos serviços de saúde voltados à população. No entanto, quando baseada apenas em modelos clássicos da administração, mostra-se hierarquizada e apenas voltada à produção, desconsiderando a participação dos profissionais e usuários envolvidos no processo (GRIMM; DRUMOND JUNIOR; LIRA, 2017; LORENZETTI et al., 2014).

Na busca de implementação de novos modelos de gestão que pudessem colaborar para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública de qualidade, o Ministério da Saúde (MS) adota o dispositivo do Apoio Institucional para instrumentalizar a Política Nacional de Saúde (PNS) e o fortalecimento da Atenção Básica (AB). Nesta perspectiva, o governo federal inclui o trabalho do apoiador institucional em vários documentos oficiais como a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004a), o apoio integrado à gestão descentralizada do SUS (BRASIL, 2004a), os cadernos HumanizaSUS (BRASIL, 2004b, 2006a, 2008, 2010), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), e o documento síntese para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012b).

O Apoio Institucional é uma ferramenta de gestão que auxilia nos processos de trabalho das equipes de saúde. Trata-se de um recurso que busca favorecer mudanças nos modos de produzir e de gerir processos de saúde, pautada na participação, cooperação, ações interdisciplinares, onde trabalhadores e usuários são ativos no processo, desconstruindo uma gestão baseada apenas em modelos tradicionais. No entanto, a existência do apoiador institucional por si só não se torna suficientemente capaz de solucionar esses problemas complexos de gestão, porém não deixa de ser um recurso potencializador para as mudanças (CAMPOS, 2015; CAMPOS et al., 2014; GUIZARDI et al., 2018; OLIVEIRA, 2011; PEREIRA JUNIOR, 2018; PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014).

Dentre as principais atribuições do apoiador institucional que desenvolve atividades com Equipes Saúde da Família (EqSF), há o acompanhamento de atividades de elaboração e discussão de agenda, proporcionar suporte para a implantação do acolhimento da demanda espontânea, propor espaços regulares para a discussão de processos de trabalho e autoavaliativos, mediação de conflitos entre trabalhadores, gestores e usuários, fomenta e desenvolve ações intersetoriais, captação das demandas de educação permanente, oferecer suporte para a realização do diagnóstico situacional do território, de forma a elaborar o perfil epidemiológico da população local (BRASIL, 2012b).

A inserção do Apoio Institucional em contexto rural deve levar em conta importantes aspectos. No caso das populações rurais amazônicas a amplitude dos territórios pode caracterizar-se como importante barreira ao acesso aos serviços de saúde (MEDEIROS, 2018), em particular naquelas regiões em que o deslocamento pode ser feito apenas por via fluvial ou aérea. A distribuição espacial dispersa dos domicílios em toda a extensão do território (WITKOSKI; FRAXE; CAVALCANTE, 2014) repercute em desafios logísticos e operacionais que devem ser enfrentados pelo serviço de saúde para que toda a população seja alcançada. Além disso, há aspectos de cunho político e econômico que contribuem para a dificuldade de acesso a serviços de saúde (MEDEIROS, 2018). Entre as soluções parciais encontradas há a inserção de Estratégia da Saúde da Família (ESF) fixas em locais considerados sedes de comunidades e a oferta de serviços de atenção primária por meio itinerante (GARNELO et al., 2014; KADRI et al., 2019).

Os modos de vida rural na Amazônia guardam diversos pontos em comum com a vida urbana, tais como a desigualdade social, desemprego, pobreza (ARRUDA; MAIA; ALVES,

2018; COSTA; COSTA, 2016), baixa escolaridade, o saneamento básico precário ou ausente e altas taxas de doenças infectocontagiosas (MEDEIROS, 2018). A soma de tais características às barreiras geográficas, configura nos territórios rurais um cenário de iniquidades extremadas (GARNELO et al., 2018; KASSOUF, 2005; RUIZ; GERHARDT, 2012).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) Manaus, criada em 1975, atua na oferta de serviços de saúde no âmbito da atenção primária, segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde. Os serviços ofertados e as atividades desenvolvidas são regidas pelos princípios e diretrizes do SUS. As atividades da secretaria são descentralizadas em cinco distritos de saúde (DISA) distribuídos de acordo com as zonas da cidade de Manaus, sendo um deles destinado à população rural (Distrito de Saúde Rural – DISAR) (SEMSA, 2018). Os apoiadores compõem o quadro de funcionários da SEMSA Manaus e são divididos, de forma desigual, entre os cinco distritos de saúde da secretaria, com apenas um apoiador no DISAR.

A secretaria possui 254 pontos de atenção à saúde destinados ao atendimento da população, tanto da área urbana, como rural. Entre eles há duas UBSFs destinadas ao cuidado de saúde da população rural-ribeirinha de Manaus. As UBSFs caracterizam um serviço itinerante para assistência à população ribeirinha, e especificamente localizadas nas calhas do Rio Amazonas e do Rio Negro, onde esse estudo se insere. São ofertados serviços como consulta médica, de enfermagem, saúde bucal, assistência farmacêutica, tratamento de doenças infecciosas, crônicas e oferta de exames como ultrassonografia, teste do pezinho, coleta de preventivo, entre outros (SEMSA, 2018).

De forma a garantir a oferta dos serviços de saúde o apoiador institucional, bem como os gestores dos distritos de saúde, devem levar em conta as características da população e do ambiente onde esta se insere, para que possa formular estratégias que propiciem um adequado planejamento (CAMPOS, 2015; CAMPOS et al., 2014). Para que sua atuação seja relevante, o apoiador deve conhecer as estruturas sociais da comunidade com a qual trabalha, entendendo relações de poder e de saber ali vigentes, além de atuar na formulação de objetivos que aproximem gestores e usuários do serviço de saúde (OLIVEIRA, 2011).

A revisão da literatura na fase de construção do projeto levou à formulação das seguintes perguntas norteadoras: “Como a SEMSA Manaus planeja e oferta atividades de apoio institucional nos Distritos de Saúde e em particular o DISAR?” e “Como se organiza e se efetiva

o trabalho dos apoiadores, em nível distrital rural, junto às Equipes de Saúde da Família que atendem na UBSF?”.

Com base no exposto, este estudo analisa as ações de apoio institucional à gestão e a prestação de serviços de atenção primária à saúde, ofertados pelo DISAR, da SEMSA Manaus, à população rural-ribeirinha que vive na margem esquerda do Baixo Rio Negro, no trecho compreendido entre os municípios de Manaus e Novo Airão (AM), atendida por UBSF.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Processos de Gestão da Atenção Básica no Brasil

2.1.1. Atenção Primária à Saúde no Brasil

A saúde é reconhecida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) como “Direito de todos e dever do Estado”. O conceito de saúde é reconhecido no Artigo 196 do CF de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080 / 1990:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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, 1988).

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Tal acepção conceitual adquire sua versão prática com a criação formal do SUS, que nasceu com a proposta de reestruturar o modelo de atenção à saúde. Tem como uns dos seus princípios a universalidade no acesso e a integralidade na atenção, suas diretrizes organizativas são a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços e participação comunitária na gestão. A criação do SUS é resultado de uma política social e universalista que possui seu embasamento jurídico na Constituição Federal e, no âmbito infraconstitucional nas Leis nº 8.080 e nº 8.142, as duas do ano 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A APS está imbricada nas bases e princípios que orientam o SUS, o que resultou na implantação de uma rede de serviços capaz de analisar as situações de saúde, administrar de forma mais direta os recursos para a produção de serviços que respondam às necessidades de saúde da população no âmbito individual e coletivo estendendo a cobertura assistencial em termos nacionais. Também é atribuição da APS programar, executar e avaliar as ações de saúde. Na prática a rede de APS possibilita a efetivação do direito à universalidade e promove a diminuição das desigualdades ao propiciar a equidade de acesso ao atendimento em saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na busca de expressar os princípios e diretrizes orientadoras da APS em ações concretas no âmbito do SUS, a Portaria nº 2436 de 2017 em seu artigo 2^a, define as ações de APS no Brasil em termos de:

“A Atenção Básica é o 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” (p.2).

A mesma portaria 2.436 faz equivaler os termos Atenção Básica e Atenção primária à saúde, ao declarar que:

“A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento”. (BRASIL, 2017 p.1-2).

Embora a literatura da saúde coletiva reconheça a distinção entre os termos APS e AB nesse estudo ambos serão tratados como sinônimos.

Um importante elemento de operacionalização da AB no SUS tem sido a ESF, que surgiu em 1994 com o nome Programa de Saúde da Família (PSF), considerado como eixo norteador do sistema de saúde. A composição de equipe com enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), propicia a organização de um processo de trabalho com base territorial e sanitária que permitiu a ampliação da cobertura em saúde, que era, inicialmente, voltada somente para a população com maior vulnerabilidade social. Dez anos

depois de sua criação foi reconhecido como estruturante das bases do sistema de saúde assumindo formato de ESF e passou a se configurar como a principal estratégia de acesso e de primeiro contato dos usuários nas unidades de saúde. Em 2006, a Portaria 648/06 sistematizou a primeira versão de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A publicação desta política é considerada um marco histórico para a consolidação e expansão da ESF, tendo entre suas finalidades a reorganização da AB no Brasil. A PNAB foi revisada em 2011 por meio da Portaria 2.488/11 e novamente revisada em 2017, pela Portaria 2.436/17, mas a ESF se manteve como o principal vetor de oferta de ações de APS no SUS (BRASIL, 2011b, 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

2.1.2. Gestão em Saúde na Atenção Primária

Grimm et al. (2017) descrevem a gestão de saúde como:

(...) é uma atividade complexa que tem o desafio de articular interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes. Nesse processo gestores e suas equipes buscam conduzir as ações dos serviços na direção dos objetivos do sistema e da gestão (p.53).

Ainda nessa perspectiva, Grimm et al (2017) apontam que o processo de gestão em saúde envolve habilidades dos atores envolvidos na forma de operar com os recursos existentes, como também na busca de novos recursos, além de atuar de modo permanente em espaços de negociação, articulações e decisões, objetivando fornecer o aumento da eficiência e efetividade dos trabalhos desenvolvidos nos serviços, sempre focando em sua eficácia.

Lorenzetti et al (2014) assinalam que as fragilidades de gestão e o subfinanciamento tem se destacado como problemas importantes. Em pesquisa realizada com gestores de hospitais privados e do setor público, os resultados encontrados pelos autores mostram que grande parte das dificuldades da gestão em saúde estão ligadas a atuações ancoradas em métodos e estratégias convencionais advindos da teoria clássica da administração, o que leva a ações de gestão centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas, tendo como consequência o distanciamento das reais necessidades e complexidades que envolvem o setor saúde (LORENZETTI et al., 2014). Em função disso, os autores apontam a necessidade de construção de novas formas de gestão, que possam estar pautadas na participação na cooperação de modo interdisciplinar, onde trabalhadores e usuários possam atuar ativamente nesse processo.

No contexto da AB, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) apresentou a estrutura de gestão do SUS, definindo os papéis de cada esfera do governo, apontando que os municípios possuem a plena responsabilidade, ainda que não de modo isolado, da gestão da AB no país “(...) visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (BRASIL, 1997, p. 9).

A partir da NOB-96, a municipalização por ela instituída, fez com que os municípios recebessem diretamente os recursos assumindo de maneira mais autônoma as responsabilidades de planejar, gerir e executar ações de saúde, com qualidade adequada as necessidades da população atendida. Este cenário de descentralização acarretou vantagens e desvantagens aos gestores dos municípios. Com relação às vantagens ressalta-se que houve maior expansão dos serviços municipais de saúde, com o intuito de produzir um maior número de ações de saúde. Nas desvantagens pontua-se a fragmentação e a insuficiente qualidade da assistência ofertada, pois muitos municípios mesmo tendo expandido sua rede de unidades, ainda ofereciam assistência à saúde sem finalidades bem definidas e com ausência de articulações regionais entre os serviços e distintos níveis de atendimento (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Martins e Waclawovsky (2015), realizaram um estudo sobre os principais desafios que os gestores vivenciam no processo de gestão em saúde no Brasil. Dentre os resultados foram apontados “(...) falta de planejamento, dificuldade de trabalho em equipe envolvendo diferentes profissionais, o excesso de burocracia, a descentralização e a falta de participação popular” (p.106). Os autores também chamam atenção para a necessidade dos gestores conhecerem os problemas que ocorrem na prática da gestão, para que estejam preparados para enfrentar esses desafios. Para alcançar tais habilidades precisam possuir conhecimentos técnico-científico e político-institucional que lhes permitam formular programas e projetos de saúde capazes de alcançar a melhoria dos serviços de saúde.

Estudo sobre a gestão na AB na Amazônia Ocidental, realizado por Vieira, Garnelo e Hortale (2010) fornece um panorama desse processo em cinco municípios da região. O estudo, de recorte qualitativo realizado no período de 2001 a 2005, analisou o processo de gestão da AB desses municípios com foco na implementação do PSF; dentre as variáveis estudadas destaca-se o plano político-institucional dos sistemas de saúde investigados por meio do projeto

de governo, capacidade governamental e governabilidade desses municípios. Os autores concluem que na gestão desses municípios havia uma baixa capacidade governamental; elevada rotatividade de gestores, dificultando a estabilidade na gestão; diminuta qualificação formal dos profissionais que ocupam cargo de gestão, comprometendo a participação e descentralização no planejamento e na gestão dos serviços; a força de trabalho tem elevado quantitativo de pessoal temporário, o que precariza as relações de trabalho e inviabiliza o estabelecimento de vínculo com o território, característica primordial da ESF.

A literatura consultada aponta que um dos apoios práticos e teóricos da gestão na atenção básica é que ela se ancora em métodos e estratégias da administração clássica (LORENZETTI et al., 2014; SAUTER et al., 2012; VIEIRA et al., 2010). Ou seja, valoriza o controle, a hierarquização, verticalizações e fragmentações das ações, focando excessivamente em metas a serem alcançadas, distanciando-se da gestão dos problemas reais vivenciados pelos profissionais na produção do cuidado. Neste contexto, a busca de superar os desafios impostos pelas características do trabalho em saúde gera a necessidade de produzir novas maneiras de gerir a atenção básica, buscando-se estimular a participação, a atuação interdisciplinar para a produção do cuidado, a democratização das ações e a produção de espaços coletivos de conexão entre gestores e os produtores do cuidado. Dentre as respostas para enfrentar as tradicionais formas de gestão dos serviços de saúde e gerar mudanças no modelo de atenção produziu-se, no SUS, a proposta do Apoio Institucional (CAMPOS, 2015; LORENZETTI et al., 2014).

2.2. A Dinâmica de Implantação do Apoio Institucional no Brasil

2.2.1. Conceitos e Caracterização do Apoiador Institucional

O Apoio Institucional teve sua formulação inicial realizada por Gastão Wagner de Sousa Campos, em sua tese de Livre Docência. Diante de reflexões teóricas e de suas experiências acumuladas no decorrer de suas práticas no âmbito da saúde, o autor sistematiza uma metodologia de apoio institucional voltada para análises e cogestão de coletivos. Fundamentando-se nas áreas da política, da pedagogia, da análise institucional e do planejamento, o autor elaborou o Método da Roda ou Método Paidéia e Apoio Institucional. (CAMPOS, 2015; MACHADO; GUIZARDI; LEMOS, 2019; PEREIRA JUNIOR, 2018). Segundo Oliveira (2011, p. 31), descreveu que “As bases teórico-metodológicas do apoio institucional sustentam-se em referências constituídas em diversas correntes de pensamento”. O Método da Roda ou Paidéia é apresentado como uma postura metodológica que tem o intuito

de repensar os mecanismos tradicionais de gestão em saúde, priorizando atuar com a cogestão de coletivos (CAMPOS et al., 2014) e concebendo a cogestão como “(...) uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições” (CAMPOS, 2015, p. 14).

Embasado nesses marcos conceituais o método proposto por Campos (2015) critica “(...) a disciplina e o controle [que] continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão” (CAMPOS, 2015, p. 23). A crítica de Campos, dirigida ao que denomina de racionalidade gerencial hegemônica, aponta que características como o controle e a verticalização das ações, excluem outros atores no processo de gestão e obstaculizam a gestão no SUS, que demanda participação, horizontalização e espaços coletivos para produzir ações de saúde (CAMPOS, 2015).

Alternativamente o mesmo autor propõe repensar os mecanismos tradicionais de gestão de coletivos, mediante três eixos de aplicação:

1 Apoio institucional: é uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços e entre gestores e trabalhadores; **2 Apoio matricial:** sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde; **3 Clínica ampliada e compartilhada:** aplicação da metodologia do apoio Paideia como estratégia para se compartilhar o Projeto Terapêutico entre usuário e profissionais. Objetiva a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários (CAMPOS et al., 2014 pág. 984).

A cogestão de coletivos desponta como estratégia teórica e metodológica que possibilita superar a habitual hierarquia na tomada de decisão e ampliar as competências dos sujeitos comuns ampliando seu domínio de análise e de intervenção sobre a realidade. Em suma, propõe uma democratização das relações de gestão e propõe que se repense o modo como o trabalho em equipe está organizado, objetivando uma gestão mais democrática que prioriza a produção coletiva dos sujeitos. (CAMPOS, 2015; CAMPOS et al., 2014; CASTRO; CAMPOS, 2014; MELO et al., 2017; PEREIRA JUNIOR, 2018).

Diante do exposto sobre o método Paidéia, se faz necessário distinguir alguns arranjos organizativos inerentes a esta metodologia. Conforme anteriormente caracterizado, o apoio institucional está ligado à dimensão da gestão e de equipes de referência; já o apoio matricial

está voltado para a dimensão das relações interprofissionais e interdisciplinares (CAMPOS et al., 2014). Na concepção do Apoio Institucional, Campos et al. (2014) o caracteriza como um dispositivo metodológico, que intenciona a reformulação dos mecanismos tradicionais de gestão. O autor assinala que a função Apoio Institucional pode desempenhada tanto pelo gestor, tanto quanto pode ser exercido por outro tipo de profissional alocado num cargo específico.

Já a Equipe de referência refere-se a:

Aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculos entre profissionais e usuários. [...] A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção (CAMPOS; DOMITTI, 2007 p.400).

Na ótica do Apoio Matricial, Campos e Domitti (2007) caracterizam o apoio institucional como um suporte especializado, técnico-pedagógico fornecido as equipes e profissionais de saúde de sua referência.

Equipe de Referência e Apoio Matricial são considerados arranjos organizacionais e metodológicos estruturantes do processo de gestão do trabalho em saúde, visando a realização da clínica ampliada no espaço do trabalho em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ainda no cenário da caracterização do papel do apoiador institucional, Fernandes e Figueiredo (2015) apontam que “(...) a função do apoiador institucional seria contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção” (p.297).

Pode-se também caracterizar o apoiador institucional como uma função gerencial, que difere das assessorias e consultorias por produzir análises realizadas de modo compartilhado, em oposição aos modos propostos pela administração tradicional. O apoiador institucional elabora e planeja as ações de trabalho juntamente com a equipe e não por ela (GUIZARDI et al., 2018; PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014).

Um estudo importante a ser destacado quanto à caracterização e dimensões práticas do apoio institucional foi escrito por Cassella e Machado (2018) que analisam a atuação dos apoiadores institucionais, no processo de implantação da PNH em uma maternidade pública do estado de Alagoas. A pesquisa demonstra a vivência desses apoiadores institucionais no desenvolvimento e execução de suas intervenções, as estratégias utilizadas como também as dificuldades e as potencialidades encontradas no contexto da gestão. De acordo com os achados de Cassella e Machado, para que se consiga alcançar os objetivos desta política, em particular a busca de superação da fragmentação das ações, deve-se asseverar que o cuidado e a gestão caminhem imbricadas e que se criem espaços de diálogo, sendo necessário instituir um cenário em que todos os sujeitos possam se responsabilizar na condução das políticas e ações de saúde.

No contexto estudado, a implantação da PNH (BRASIL, 2004a) possibilita que o apoiador institucional atue como uma ferramenta da gestão que viabilize o alcance dos objetivos da política de humanização. Para tanto o apoiador institucional deve atuar na realização de ações de “acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários” (p.800).

Na tentativa de compreender melhor essa problemática, aborda-se a seguir sobre o processo de formalização do apoiador institucional no SUS.

2.2.2. A formalização do trabalho do Apoiador pelo Sistema Único de Saúde

Campos et al. (2014) e Guizardi et al. (2019) relatam as primeiras experiências do AI no SUS por volta dos anos 90 que aconteceram no município de Campinas – SP. A experiência de Campinas se desenvolveu nos serviços de saúde mental, na AB e no contexto hospitalar daquela cidade onde, por meio desta intervenção, ocorreram transformações organizativas na gestão, em particular àquelas que se referem à incorporação de instrumentos organizativos em seus processos de trabalho que assumiram as características do que posteriormente seriam designados como *apoio institucional, equipes de referência e apoio matricial*.

No ano de 2000 outros locais também se utilizaram deste método na organização de seus serviços “Belo Horizonte/MG, Sobral/CE, Diadema/SP, Amparo/SP, São Bernardo/SP, Recife/PE, Aracaju/SE, Vitória/ES, assim como as Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de

Janeiro e da Bahia e a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia” (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014, p. 896).

No que se refere à formulação e implantação do apoio institucional pelo Ministério da Saúde, Pereira Junior (2018) aponta que a partir do ano de 2003 inicia-se a apresentação de produções de textos e documentos oficiais de Secretarias, Departamentos e Políticas referindo-se a estratégia do apoio institucional. Vale ressaltar que “apesar das particularidades todas essas estratégias são influenciadas e se referenciam na metodologia do Apoio Paidéia” (p.108).

Campos et al. (2014) e Pereira Junior (2018) delineiam dois momentos importantes na formulação e implantação do apoio institucional como política preconizada pelo Ministério da Saúde. Para os autores tal política priorizou duas abordagens que foram: apoio à gestão descentralizada do SUS, que teve o Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), vinculado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, no comando das ações. O documento guia da implantação dessa política traz as seguintes diretrizes sobre o apoio:

“O Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS pode ser definido como uma estratégia interinstitucional, constituída em função de apoiar, orientar e cooperar no processo de implementação das políticas governamentais de saúde. Trata-se de uma estratégia incorporada ao projeto do MS de "Qualificação da Gestão Descentralizada", iniciativa consoante com a sua responsabilidade constitucional pelo "acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde" e pela "cooperação técnica e financeira" a estados e municípios, respeitadas suas competências” (BRASIL,2004a p.10).

Um segundo enfoque nessa política referiu-se ao apoio institucional como elemento favorecedor da mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde. Neste tópico também se contou como coordenadora da iniciativa a PNH e em particular o documento denominado “HumanizaSUS; Documento base para trabalhadores e gestores do SUS”. O referido documento apresenta a função apoio institucional nos aspectos de “Apoio Matricial” e o aspecto do “Apoio Regional” que está direcionado a gestão dos estados, municípios e os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2004a).

Pode-se considerar a PNH como uma referência importante no processo de sistematização da função de apoio institucional nas políticas públicas de saúde. Na perspectiva cronológica da institucionalização do AI, foi somente na 3ª edição do documento base da PNH de 2006 que este documento passou a definir do AI em seu glossário, diferenciando-o do apoio

matricial, e apontando com clareza as distinções conceituais e operacionais entre eles (BRASIL, 2006a).

A quarta edição da PNH (no ano de 2008) descreve e amplia o conceito de AI como se pode visualizar na conceituação que se segue:

“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. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que 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, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos” (BRASIL, 2008 p.52-53).

É importante registrar que foi também em 2008 que o Ministério da Saúde propôs uma nova política nomeada Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), cujas diretrizes estão embasadas e ancoradas na estratégia do Apoio Matricial que por sua vez está ancorado na concepção paidéia (CAMPOS et al., 2014).

As abordagens descritas acima refletem o primeiro momento da institucionalização do AI pelo MS ocorridos nos anos de 2003 a 2010 (PEREIRA JUNIOR, 2018).

O segundo momento da institucionalização, iniciada em 2011 e que continua até os dias atuais, é caracterizado pela articulação de várias secretarias do MS, tendo como principal protagonista a Secretaria Executiva do ministério, através do seu Núcleo Gestor do Apoio Integrado (NGAI). Neste núcleo foi concebido o denominado Apoio Institucional Integrado, tendo sido criado com a finalidade de proporcionar maior horizontalidade e cooperação nas relações interfederativas, aprimorando a regionalização do sistema de saúde (MACHADO; GUIZARDI; LEMOS, 2019; PEREIRA JUNIOR, 2018).

Nesse âmbito, a atuação do apoiador institucional está descrita nas Diretrizes do Apoio Integrado (BRASIL, 2012c) como alguém responsável por atuar em espaços coletivos por meio de dispositivos que possibilitem a interação dos sujeitos, sendo mediador na construção de

objetivos comuns, expandindo a capacidade institucional nos processos que envolvam o planejamento, monitoramento e avaliação de modo a facilitar processos inovadores nas práticas de saúde.

Em estudo de 2014, Campos et al., analisam os usos institucionais do referencial Paideia no SUS. Os autores apontam que a proposta de cogestão surge como oportunidade para a mudança da estrutura de gestão instalada nas instituições de saúde e ressaltam a importância de um novo olhar sobre o coletivo, bem como o reconhecimento do outro como sujeito. Nesta ótica, profissionais de saúde e usuários se reconhecem e identificam que o estabelecimento de interação entre ambos pode responder ao complexo desafio do trabalho em saúde. Os autores pontuam que depois de 2011 determinadas Secretarias de Estado da Saúde geraram núcleos de apoiadores institucionais voltados para potencializar a interação entre secretarias e demais serviços municipais. Neste processo destacaram-se, no Estado do Rio de Janeiro a Superintendência de Atenção Básica; no estado da Bahia a Diretoria da AB e a Fundação Estatal de Saúde da Família.

Como se pode evidenciar nos documentos e normativas de políticas e programas da saúde pública brasileira a institucionalização do trabalho do apoiador institucional vem sendo consolidada em iniciativas como a Política Nacional de Humanização, ressaltando-se que esta é a única política do MS que desde 2003 valoriza a atuação e concepção teórica que orienta o trabalho do apoiador institucional, concretizados mediante instrumentos como o Caderno HumanizaSUS e o Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), adotado no âmbito da Atenção Básica. Paulatinamente o apoiador institucional foi inserido no processo de implementação e consolidação da PNAB sendo reconhecido e valorizado como uma função gerencial que dá suporte a atuação da rede de atenção básica do SUS (GUIZARDI et al., 2018; MELO et al., 2016; PEREIRA JUNIOR, 2018).

Em termos concretos o Ministério da Saúde incorporou tais premissas na forma de ações a serem adotadas nas rotinas dos processos de gestão. Como exemplo cita-se a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) que enumera o perfil de atribuições do apoiador institucional como voltado para:

- 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as

relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (p.53).

O PMAQ (BRASIL, 2012b), entre as diversas variáveis que adota para avaliar a atuação das equipes de saúde da família, tem um conjunto delas voltadas para avaliar a atuação do Apoio Institucional. Para tal fim utiliza a premissa de que essa função gerencial deve ser conduzida de modo diferente da maneira tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Exemplos de ações do apoiador institucional na AB são apresentadas no trecho extraído do manual instrutivo do PMAQ:

I – Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde; II – Suporte à implantação do acolhimento a demanda espontânea; III – Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares; IV – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; V – Análise de indicadores e informações em saúde; VI – Facilitação de processos locais de planejamento; VII – Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade; VIII - Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns (BRASIL, 2012b p.34).

Diante do exposto pode-se perceber como o MS foi incorporando às suas orientações normativas a função estratégica do apoiador institucional de modo a contribuir na implementação de modelos de gestão mais participativos. No entanto, o cenário político atual não favorece a continuidade dessa ferramenta de gestão, aproximando o trabalho do apoiador institucional de uma função gerencial e de supervisão.

2.2.3. Cenário de Práticas do Apoiador Institucional em Atenção Básica

Diante do esboço teórico exposto, caracterizando e contextualizando as dimensões do apoio institucional, discorre-se agora acerca de sua efetivação no cenário das práticas na AB. A escolha desses estudos se deu por eles propiciarem uma boa caracterização do modo de intervenção e dos desafios que esses profissionais enfrentam em sua atuação na AB.

O primeiro estudo a ser sumarizado é o de Machado, Guizardi e Lemos (2019) que tem como título “A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde”. A cordialidade é aqui entendida como uma maneira de interpretar as relações institucionais, sendo compreendida como positiva. A pesquisa é qualitativa e documental, realizada entre os anos de 2015 a 2017 por meio de observação, entrevistas e grupos focais. Objetivou analisar o papel desempenhado pelos apoiadores institucionais na condução das políticas públicas, em particular no que tange a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Enfoca também as complicações existentes nas relações interfederativas, inerentes ao processo de democratização do SUS.

Este estudo teve seu loco na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Foi pautado na proposta de Comunidade Ampliada de Pesquisa, instrumento que possibilita a participação ativa dos trabalhadores nas etapas da pesquisa, tendo compreendido dez encontros coletivos para realização dos grupos focais onde os dados foram coletados e dois seminários apresentando os achados da pesquisa. Em suma, o desenvolvimento da investigação pautou-se pelos mesmos princípios que deve guiar a atuação do apoiador institucional. Dentre os principais achados foram identificados dois componentes estruturantes do trabalho dos apoiadores institucionais: vínculo e conhecimento do território, pontuando que a presença física dos apoiadores nos territórios em que a equipe atua possibilita momentos relacionais de escuta e estabelecimento de vínculo com os usuários, bem como o conhecimento da realidade local pelo apoiador institucional. Foi entendido que tais características facilitam e qualificam o trabalho a ser desenvolvido. A pesquisa também detectou a existência de conflitos político-partidários, como elemento que interfere diretamente na atuação do AI e que, em grande medida, molda suas estratégias de atuação.

Em suas conclusões os autores apontaram que a inserção do AI está diretamente ligada às dinâmicas relacionais estabelecidas preferencialmente presenciais entre os AI com a equipe com os gestores e com a comunidade. Também verificaram e apontaram a restrita autonomia

gerencial no exercício dessa função. Apontam, por fim, a importância no contexto político mais geral na manutenção ou sua replicação da política do apoio institucional e atuação dos apoiadores institucionais. Apontam o ano de 2015 com um período que dificultou o exercício democrático da gestão pública, que é, afinal, a essência do trabalho do apoiador institucional, dificultando os avanços na garantia do direito à saúde. (MACHADO; GUIZARDI; LEMOS, 2019, p.23).

Outro estudo realizado por Guizardi et al. (2019), intitulado “Apoio Institucional na Atenção Básica” desponta com grande relevância pela atualidade dos dados e pelos resultados encontrados. O estudo é caracterizado como pesquisa bibliográfica realizada no Portal de Periódicos da Capes e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) no período de janeiro de 2016 a outubro de 2017. Foram analisados 68 documentos que continham reflexões sobre o processo de institucionalização do apoiador na AB e em outras políticas de saúde, como também relatos de experiências desses profissionais.

Os autores observaram a ocorrência de modificações nas práticas dos serviços da AB que contaram com a participação do apoiador institucional. Apontam, por exemplo atuação do apoiador institucional na implantação do acolhimento nas unidades de saúde com vistas a ampliar a humanização, na implantação e realização de grupos terapêuticos e em intervenções, fruto de ações do apoiador institucional, direcionadas às organizações locais, qualificando a participação social. Outra mudança descrita está relacionada às práticas clínicas dos profissionais de saúde, em que, mediante adoção de estratégias de educação permanente, o Apoio Institucional teria favorecido que os profissionais que repensassem suas condutas profissionais, anteriormente pautadas exclusivamente na lógica biomédica.

Os autores concluem que o apoio institucional propicia mudanças nas práticas sociais e organizacionais nas rotinas dos serviços de saúde. Por fim os autores nos deixam uma pergunta que deveria ser mais bem investigada “Quais são os limites e a potência dos diferentes modos de configuração do apoiador na AB?” (p.18).

Ainda na dimensão das experiências concretas do Apoio Institucional, Melo et al. (2017), apontam as características do trabalho do apoiador nas equipes que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ – AB. Os autores utilizaram os resultados da Avaliação Externa (ciclo I) do PMAQ – AB, mediante uma amostra

de 2941 profissionais e 22 gestores que responderam os módulos II (relativo ao processo de trabalho das equipes) e ao módulo IV (relativo ao processo de gestão).

Os resultados foram organizados em três categorias: 1) características do apoio institucional; 2) processo de trabalho do apoiador institucional; 3) apoio da gestão na administração e planejamento dos processos de trabalho das equipes. Quanto às características do apoio institucional, observou-se a oferta de serviço do apoiador na grande maioria das equipes (74,3% das equipes nas capitais); quanto à maneira de contato do apoiador com as equipes, para 72,8% é feito de modo presencial e para 68,2% a carga horária de trabalho é de 40h. Quanto ao apoio e ao acompanhamento das equipes evidenciou-se que 52,7% são feitas pelo apoiador institucional e outros profissionais da gestão. O desempenho do apoiador foi considerado bom ou muito bom nos seguintes itens de sua participação nas autoavaliações 59,1% e de sua participação em reuniões 57% no enfrentamento dos problemas 49,2% e no contato do apoiador com a equipe 46,1%.

Os autores também investigaram o entendimento dos entrevistados sobre o trabalho do apoiador e as ações desenvolvidas pelos gestores para conferir prioridade à atividade dos apoiadores. Os resultados encontrados demonstram que no entendimento dos entrevistados o apoiador deve fornecer suporte às equipes para a realização de ações de monitoramento e avaliação, mas não reconhecem a necessidade de apoiar o planejamento regular e ordenado das atividades. O artigo aponta ainda que sem um planejamento prévio o monitoramento e a avaliação só podem ocorrer de maneira fragmentada e desarticulada, tal como o próprio trabalho do apoiador, que se tornam assim, meros agentes de implantação dos programas do Ministério da Saúde.

Casanova, Teixeira e Montenegro (2014) desenvolveram pesquisa em bairro no Rio de Janeiro, com o mais baixo IDH da cidade e uma população em situação de vulnerabilidade. Ali foi implantado um novo modelo de organização da gestão fortemente calcado no trabalho de apoio institucional, preconizado como estratégia de gestão participativa de ampliação da promoção da saúde e do acesso à rede de APS local. Nessa experiência o trabalho dos apoiadores – ali denominados apoiadores de gestão, apoiadores temáticos e apoiadores institucionais às EqSF – às equipes de saúde da família abrangeu suporte à avaliação empreendida pelo PMAQ, oportunizando as equipes rever seus processos de trabalho em consonância com os parâmetros deste programa. Nesse âmbito, o principal desafio desse apoio

de equipe foi estabelecer novas relações avaliativas, revendo práticas e propondo novas estratégias de corresponsabilidade para fazer frente aos problemas cotidianos enfrentados pelas equipes. No decorrer do processo foram oferecidos aos apoiadores institucionais suportes teóricos e práticos por meio de um profissional com bastante experiência no tema, o que possibilitou para esses apoiadores discutirem sobre seus desafios, angústias e limites de atuação. Por fim, os autores concluem que o trabalho dos apoiadores também potencializou o desenvolvimento de ações comunitárias, principalmente na organização política dos moradores do bairro e sua participação nos conselhos de saúde. No conjunto, os autores da pesquisa concluem que o Apoio Institucional fomentou transformações nos modelos de gestão, aprimorou a qualificação das equipes para a oferta de cuidado em saúde, garantindo com isso a integralidade das ações e a efetivação da APS no fazer diário das práticas do trabalho. Também contribuiu para o estabelecimento de relações mais horizontais e solidárias, aumentando a autonomia e o comprometimento dos trabalhadores.

Falleiro (2014) relata várias experiências do processo de implantação do Apoio Institucional no estado da Bahia. Descreve que antes de 2007 o cenário baiano da AB se caracterizava por baixa resolutividade, falta de planejamento, de avaliação e de monitoramento, além de uma gestão altamente centralizadora e fragmentada. O trabalho iniciou por uma avaliação do local por meio dos indicadores de saúde, viabilizando a construção um plano de ação pactuado pelos apoiadores da Secretaria e a Gestão Municipal; este plano também propiciou a elaboração de uma agenda municipal congregando a atuação de apoiadores institucionais e das EqSF. A intervenção dos apoiadores institucionais também compreendeu visitas ao território que, ao lado de reuniões e espaços reflexivos, permitiram a detecção dos maiores entraves na execução dos serviços e a necessidade de organizar melhor o acolhimento realizado aos usuários e, conseqüentemente, a reorganizar o processo de trabalho das equipes.

Dentre os resultados alcançados os autores apontam mudanças no processo de trabalho das equipes, revisão nos modos de acolhimento, aprimoramento do uso integrado das agendas dos médicos e enfermeiros e adoção dos agendamentos diários em substituição ao regime semanal, além da adoção da escuta qualificada por médicos, enfermeiros e dentistas, os ACS e os Técnicos de Enfermagem também passaram a se engajar ativamente na realização de ações na unidade envolvendo a equipe como um todo. O apoio realizado as EqSF, proporcionou o fortalecimento da rede, a reorganização do processo de trabalho, aproximação entre as equipes e os gestores, como também incorporou a comunidade no processo de gestão dos serviços.

Ainda no plano das práticas de apoio em contextos da atenção primária à saúde o estudo de Cadorin et al. (2014) fornece uma reflexão sobre os primeiros passos para implantação do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde do Rio Branco no Acre. A escolha desse estudo se deu por ser o único trabalho encontrado que trata da atuação do apoiador institucional na região norte.

A experiência objetivava rever os processos de trabalho das EqSF como também o do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Buscava também favorecer a aproximação entre gestores e prestadores de cuidados e fortalecer as ações da atenção primária. O primeiro contato dos apoiadores com as equipes objetivou o estabelecimento de vínculos; foram realizados encontros com as equipes apoiadas, nos quais foram identificados os maiores problemas enfrentados pelas equipes e propostas estratégias participativas de reordenamento dos processos de trabalho nas unidades de saúde. No decorrer do trabalho dos apoiadores foram surgindo reflexões sobre o modo de atuar desse profissional, que muitas das vezes realizava seu trabalho a partir um método próprio, nem sempre respeitando a dinâmica das suas equipes, desvirtuando então a premissa básica que deve guiar as ações do apoiador, que é a de atuar na cogestão de coletivos.

Diante desta realidade foi realizada a 2ª Oficina de Apoiadores que proporcionou a socialização e a avaliação de suas experiências. Dentre os produtos desta oficina foi produzida a proposta de institucionalização do Apoio nesta secretaria por meio de uma portaria, onde constavam os princípios e diretrizes que subsidiassem suas atuações. Por fim, segundo os autores, o método do apoio foi se constituindo e se configurando no seu fazer diário com erros e acertos, mas de forma compartilhada e reflexiva de suas ações, juntamente com suas equipes.

As autoras Bellini, Pio e Chirelli (2016) descrevem as experiências de Apoiadoras Institucionais da AB em um município do interior paulista, objetivando analisar suas experiências enquanto apoiadoras institucionais no processo de gestão da AB do município. Quanto à caracterização das entrevistadas todas as sete apoiadoras eram do sexo feminino, se tratava de um grupo muito heterogêneo com tempo de experiência, idades e formações variadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas nos meses de julho a agosto de 2014. As entrevistas continham uma pergunta disparadora “Conte-me seu processo experiencial quanto à prática de gestão enquanto apoiador institucional da AB” (p.25). Após aplicação do instrumento com todas as apoiadoras, surgiram as seguintes categorias temáticas: “A construção

da experiência: os espaços de micro e macrogestão; O desafio de construir uma identidade profissional; Supervisão apoio: o apoio do apoio institucional” (p.26).

Na primeira categoria de análise as apoiadoras sinalizaram a importância de se conhecer o território para melhor planejar as ações. Ainda nesta dimensão analítica as autoras relatam que o cargo de apoiador era novo na secretaria desta cidade, portanto gerador de muitos desafios no fazer diário desse profissional, pois ainda não possuía atribuições e nem planos de ação bem definidos e nem delimitados. Na segunda temática analisada no estudo, evidenciou-se que as apoiadoras vivenciavam grandes desafios quanto à identidade profissional do apoiador, inclusive porque o cargo do apoiador não se encontrava regulamentado e suas tarefas não estavam bem definidas.

Na temática relativa à supervisão e apoio aos apoiadores institucionais, as autoras descrevem a fragilidade do apoio técnico necessário ao desenvolvimento do trabalho dos apoiadores e às necessidades de educação permanente que possa subsidiar as ações de apoio institucional. Elas concluem que na realidade estudada o cargo de apoiador não estava institucionalizado e que os apoiadores necessitavam melhorar sua qualificação e receber subsídios para aprimorar a realização de suas atividades.

Outra experiência a ser descrita é o estudo de Fernandes, Figueiredo (2015), realizado em 2013, que objetivou compreender as práticas do trabalho dos apoiadores institucionais atuantes na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas – SP. No cenário organizativo da SMS de Campinas a partir de 2001 houve a incorporação do apoio institucional em seu exerciam a função de apoiador há pelo menos um ano. A coleta de dados envolveu a aplicação de questionários semiestruturados e grupos focais.

Dentre os participantes da pesquisa a maioria relatou (68%) não receber qualquer qualificação para atuar como apoiadores institucionais, e nem recebem educação continuada para desenvolver seus trabalhos. Os principais recursos utilizados pelos apoiadores foram planejamento estratégico, educação permanente e a roda de conversa, o contato do apoiador com as equipes foi de modo presencial e secundariamente através do telefone e internet.

Nos grupos focais observou-se que os apoiadores pouco utilizavam os recursos metodológicos preconizados como a discussão de casos concretos e encontros regulares nos espaços coletivos que possibilitem a escuta das necessidades dos trabalhadores. Foi identificada

também uma agenda de trabalho que privilegia o nível central e não as equipes apoiadas, dificultando a legitimação do papel do apoiador pelas suas equipes. O estudo concluiu que a prática cotidiana do apoiador está mais voltada para a resolução de questões administrativas e burocráticas e que não há claro, por parte da gestão, central o que se espera do trabalho do Apoiador.

2.2.4. Contexto Rural: um cenário de desigualdades

Realizar reflexões sobre o contexto rural é de grande importância para nossa pesquisa. Neste tópico descreve-se a situação de desigualdade vigente na área rural no que tange aos serviços de saúde.

Ruiz e Gerhardt (2012), realizaram um estudo em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul, que traz reflexões acerca de como o Estado vem assumindo seu papel na construção de cidadania que sejam mais solidárias e que possam promover saúde em contexto rural. A presença mais significativa do Estado nesta localidade foi por meio da previdência social e de políticas de transferência de renda. No que se refere as políticas de saúde os serviços estão condicionados ao urbano, a oferta de serviços da atenção básica reside na sede do município. Os autores enfatizam a importância de se preocupar com os problemas de vida e saúde dessa população, que nem sempre são reconhecidas e muitas vezes negligenciadas. Reiteram sobre as consequências da inserção de uma política verticalizada com característica clientelista, o que acentua cada vez mais as desigualdades com relação ao meio urbano. Os autores também evidenciam que ainda é insuficiente o conhecimento sobre as condições de vida e saúde dessa população, e como essas condições interagem com os determinantes sociais e quais as implicações dessa interação.

Segundo Garnelo et al. (2018), persistem desigualdades regionais tanto no que se refere às condições de vida e ofertas de serviços, quanto na centralização dos serviços em áreas urbanas nas regiões norte e nordeste do país, ampliando as barreiras de acesso ao atendimento à saúde por populações rurais. Os autores investigaram a cobertura e o acesso à Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil, tendo verificado a concentração de EqSF nas áreas urbanas (54,1%), frente aos 20,6% de unidades implantadas em território rural. Os autores sinalizam também a concentração de equipes que prestam atendimento à população rural em áreas urbanas, distantes de sua abrangência, o que pode

inviabilizar o acesso dos residentes nos espaços rurais aos serviços do SUS, dificultando com isso a garantia dos cuidados primários a estas populações (GARNELO et al., 2018).

Outro achado importante na perspectiva das desigualdades no que tange às questões de saúde das populações rurais, foi apresentado por Kassouf (2005). Mediante dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) a autora analisou os determinantes da procura por atendimento em decorrência de doenças nas áreas urbanas e rurais do país, tendo encontrado um percentual de 5% de ocorrência de doenças na população rural, em comparação aos 3,6% de ocorrências na população urbana. Quanto à busca por serviços de saúde, as maiores discrepâncias verificadas foram o número de vagas reduzidas e a longa espera pelos atendimentos, associada à desistência.

Medeiros (2018), em seu trabalho realizado com a população rural-ribeirinha à margem do Rio Solimões (AM), buscou compreender as condições de vida e de saúde dessa população. O autor observou a presença de indicadores sociais negativos em aspectos básicos do cotidiano, entre eles a ausência do saneamento básico, a baixa escolaridade, ausência de segurança e assistência social. O principal aspecto referido pelos ribeirinhos entrevistados no estudo, e que dificulta o acesso aos serviços de saúde, é o geográfico. A população pesquisada aponta grandes distâncias entre o serviço de saúde e o domicílio, o que dificulta o acesso dessa população ao atendimento. Foi observado o consumo de água não tratada, pela comunidade com repercussões na proliferação de doenças transmitidas por veiculação hídrica. Além disso, foram observadas dificuldades no acesso ao acompanhamento/tratamento de doenças consideradas de fácil tratamento no contexto urbano, mas que quando negligenciadas podem levar ao óbito, como doenças diarreicas e ‘víroses’. O autor observa que as medidas propostas para o enfrentamento das questões observadas são superficiais e não conseguem solucioná-las (MEDEIROS, 2018).

Com isso, pode-se dizer que a literatura disponível é recorrente em apontar as significativas desigualdades no atendimento às populações rurais, demandando a implantação de estratégias específicas que contribuam para sua superação. Também é necessário repensar o modo de se fazer saúde neste contexto, levando em conta todos os aspectos e singularidades já apontados nos estudos sobre estas populações.

2.2.5. Trabalho Vivo em Saúde

Toma-se como ponto de partida para nossas reflexões sobre trabalho vivo em saúde as proposições de Merhy e Franco (2009), para quem “Toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo” (<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau>). Partindo desta premissa, de acordo com esses autores, quando o indivíduo trabalha, transforma a natureza e a si mesmo, o que conseqüentemente, implica em alterações na nossa maneira de pensar e de operar no mundo.

Na perspectiva do trabalho vivo em saúde, Malta e Merhy (2003) afirmam que o trabalho em saúde está centrado no trabalho vivo. Para melhor compreensão caracterizam trabalho vivo e trabalho morto como:

“(...) Vale ressaltar dois conceitos importantes: ‘trabalho vivo’ - refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; o ‘trabalho morto’ - refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e o homem os utiliza para realizar um dado trabalho” (p.63-64).

Estes conceitos são importantes para compreender que “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY; FRANCO, 2009).

Merhy (2002) em seu livro intitulado “Saúde a cartografia do trabalho vivo”, apresenta além dos conceitos acima citados, uma grande relevância para o processo de trabalho em saúde, compreendendo que este processo está fundamentalmente entrelaçado na relação entre sujeitos, trabalhador e usuário. É neste encontro que surgirão possibilidades de construções sociais que repercutam positivamente nos problemas de saúde.

Pensando na especificidade do trabalho em saúde Faria e Araújo (2010), trazem a noção de trabalho prescrito e trabalho real como:

(...) trabalho prescrito refere-se a tudo aquilo que está posto de antemão (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas) e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores (p.432).

As referidas autoras argumentam que no contexto do trabalho em saúde evidencia-se uma realidade complexa e dinâmica onde o trabalho que está prescrito e o trabalho real se confrontam no fazer diário.

Nesta perspectiva Cecílio e Mendes (2004) relatam que na atuação cotidiana o trabalho, nem sempre sai como previsto nas normas e diretrizes dos serviços de saúde, pois nesta dinâmica do dia a dia os trabalhadores reinventam e reinterpretam suas ações na prática de seus serviços.

Com isso, diante das reflexões acerca do trabalho vivo em saúde, dada a situação de pouco reconhecimento formal e de parâmetros de orientação que podem ser encontrados na vivência do apoiador, a noção de trabalho vivo guiará a pesquisa, interessando-se pelo que os trabalhadores vêm criando para efetivar e realizar seu trabalho.

2.3. Panorama da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Não foram encontradas publicações que analisem o processo de gestão e/ou o trabalho de apoiadores na secretaria de saúde de interesse na pesquisa. Em função disso serão apresentados documentos e iniciativas institucionais que trataram do tema.

Será feito a seguir um breve histórico sobre a AB em Manaus, para expor o organograma desta secretaria, neste panorama situar o DISAR, como também apresentar a configuração atual do quantitativo de apoiadores institucionais que hoje atuam nesta secretaria.

A primeira informação utilizada foi o Relatório Final do Projeto de Pesquisa “Avaliação da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos – 10 estudos de caso”. Esta pesquisa, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública, integrou o Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do PSF, a cargo do Departamento de Atenção Básica em nível ministerial. A iniciativa tinha como objetivo principal a implantação e/ou ampliação e consolidação do PSF em centros urbanos que apresentasse uma população acima de 100 mil habitantes. O Ministério da Saúde por intermédio de sua Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) delegou ao NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ a execução dessa pesquisa. Foram selecionados 10 estudos de caso em municípios que atendessem aos requisitos estipulados pelo Ministério da Saúde. De interesse deste projeto são os achados relativos a Manaus (AM) (MORAES et al., 2002).

O estudo traz uma análise acerca dos fatores facilitadores e dos que limitam a ESF na cidade de Manaus, abordando sua implantação e implementação. Segundo este estudo o PSF foi implantado na cidade de Manaus no ano 2001 e os programas que antecederam sua implantação foram: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em julho de 1998 e o Programa Médico da Família (PMF) datado de março de 1999. Ainda neste relatório no campo das agendas políticas, o então prefeito decidiu implantar o programa após uma avaliação da atual situação que se encontrava os serviços de saúde, onde predominava a demora nos atendimentos com enormes filas e a população não recebia atendimento satisfatório. Diante deste cenário insatisfatório a implantação do programa foi vista como uma alternativa para que melhorar os serviços de saúde e ensinar o acompanhamento terapêutico das pessoas.

O PMF implantado em Manaus, foi concebido como um programa que poderia viabilizar o cuidado dos indivíduos e suas famílias através de acompanhamento médico e ações de promoção em saúde. Foi implantado com o intuito de oferecer assistência à saúde de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social, principalmente nas zonas Norte e Leste da cidade, os médicos foram distribuídos entre as principais zonas da metrópole (SANTOS, 2002).

O relatório apontou que a implantação do PMF enfrentou obstáculos impostos pelos médicos que atuavam na básica tradicional, que alegaram diferenças salariais e uma prioridade excessiva dada ao programa pelos gestores, em detrimento às outras unidades de serviços de saúde. Este modelo também foi criticado pela Universidade do Amazonas (UA), por apresentar predomínio dos motivos políticos e eleitoreiros e a falta da participação popular nesse processo de implantação e desenvolvimento do programa. Por parte dos gestores estes sinalizaram não ter recebido apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), seja na implantação, seja nas capacitações de seus profissionais.

O modelo de PMF foi implantado em paralelo ao modelo preconizado pelo Ministério da Saúde para atendimento à saúde das famílias. Para este fim foi criada uma rede própria formada pelas chamadas Casas de Saúde. As primeiras Casas de Saúde foram fundadas na Zona Leste de Manaus, pois esta região possuía os mais baixos indicadores sociais da cidade e desprovidos de serviços de saúde. No entanto, a estrutura do PMF contemplava na equipe apenas o profissional médico e os agentes comunitários de saúde, pouco coerente aos princípios que estruturavam o PSF, estabelecidos pelo MS, a continuidade do modelo PMF contribuiu com a paulatina expansão da rede AB no município (SEMSA, 2018).

Posteriormente, com a mudança do modelo e implementação das ESF, nas avaliações realizadas com os gestores municipais, com os profissionais atuantes e famílias acompanhadas pelo programa, foram destacados aspectos positivos do programa, indicando uma melhoria do acesso à saúde. Desde a implantação do programa aos dias atuais, as EqSF vigentes, compõem 208 unidades distribuídas entre as zonas da cidade de Manaus (SEMSA, 2018).

Somente em anos posteriores a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a publicação de 2012, incorpora em seu texto modelos alternativos de equipes que pudessem atender as necessidades de atendimento de populações diferenciadas nas práticas dos serviços de saúde, como as Equipes de Consultório na Rua e as Equipes de Saúde Ribeirinhas Fluviais. Tais alternativas foram mantidas e aprimoradas na PNAB de 2017. Em termos de caracterização as Equipes da Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) são aquelas que atuam em unidades fixas no território, mas o acesso a este território se dá por meio fluvial. Dentre as modalidades previstas pela PNAB é de interesse para a pesquisa a atuação das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) cujas tarefas são desempenhadas nas UBSF, as unidades Móveis Fluviais (BRASIL, 2012a, 2017).

A Secretaria de Saúde de Manaus foi ampliando seu perfil de atuação e complexidade ao longo do período de ampliação da atenção básica através do Programa de Saúde da Família e posteriormente da Estratégia Saúde da Família. Atualmente tem-se a estrutura organizativa na SEMSA Manaus conforme Lei Delegada nº 01, de 31 de julho de 2013. Para melhor visualização apresenta-se um organograma disponibilizado no site oficial da SEMSA, vide Anexo A.

Conforme essa Lei a SEMSA Manaus possui cinco Distritos de Saúde, são eles Sul, Norte, Leste, Oeste e Rural. Tendo em vista que é no Distrito de Saúde Rural que se encontra nosso foco de pesquisa, apresenta-se sua estrutura organizativa, (Figura 1) embasada na mesma Lei:

Distrito de Saúde Rural/Divisão de Atenção à Saúde/Núcleo de Monitoramento e Avaliação/Divisão de Vigilância em Saúde;
Setor de Controle de Endemias/Setor de Imunização/Setor de Administração/Serviço de Transporte/Serviço de Logística Fluvial;
Unidade Básica de Saúde Rural Santa Maria/Unidade Básica de Saúde Rural Nossa Senhora Auxiliadora/Unidade Básica de Saúde Rural Tabocal Guajará;
Unidade Básica de Saúde Rural Jatuarana/Unidade Básica de Saúde Rural Cuieiras/Unidade Básica de Saúde Rural Lago do Arumã/Unidade Básica de Saúde Rural Taboca Bonsucesso;
Unidade Básica de Saúde Rural Nossa Senhora de Fátima/Unidade Básica de Saúde Rural Conselheira Ada Rodrigues Viana;

Unidade Básica de Saúde Rural Costa do Arara/ Unidade Básica de Saúde Rural Nossa Senhora do Carmo;
 Unidade Básica de Saúde Rural Apuaú/Unidade Básica de Saúde Rural Efigênio Salles;
 Unidade Básica de Saúde Rural Nossa Senhora do Livramento/Unidade Básica de Saúde Rural Nossa Senhora do Perpétuo Socorro;
 Unidade Básica de Saúde Rural Pau Rosa/Unidade Básica de Saúde Rural Mipindiaú
 Unidade Básica de Saúde Rural São Pedro/Unidade Móvel Fluvial. (p.19-20)

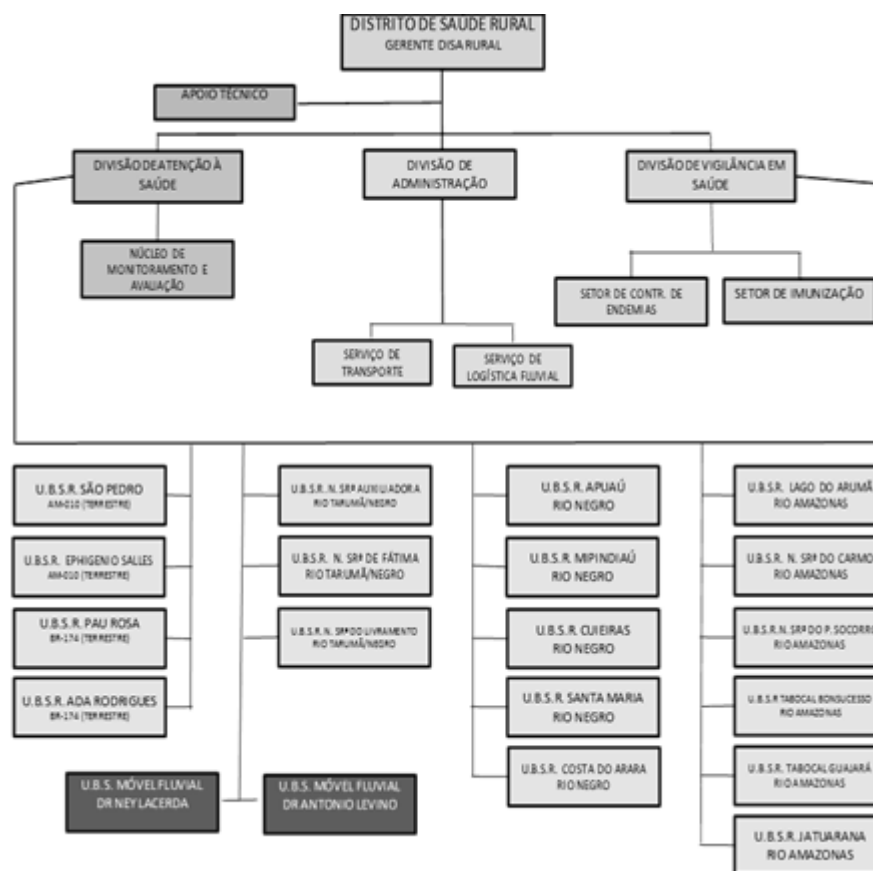


Figura 1. Organograma do distrito de saúde da SEMSA Manaus.

Fonte: Distrito de Saúde Rural, Secretaria Municipal de Saúde, Manaus, 2019.

A pesquisa tem como foco de estudo a equipe de gestão do DISAR, responsável pela garantia de assistência à saúde da população rural-ribeirinha da cidade de Manaus. A equipe realiza atividades de apoio institucional às Unidades Básicas de Saúde Fluviais destinadas a assistência à população rural. As UBSFs ativas, segundo informações da SEMSA são: a UBS Fluvial Móvel Dr. Ney Lacerda e a UBS Fluvial Móvel Dr. Antônio Levino. A UBS Fluvial Ney Lacerda atende as comunidades que compreende a calha do Rio Amazonas e que possui seis Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas (UBSR) para atender 23 localidades. A UBS

Fluvial Antônio Levino atende a calha do Rio Negro e possui cinco UBSR para atendimento de 41 localidades.

Para visualizar o território de cobertura do DISAR, apresenta-se o mapa disponibilizado pela intranet da SEMSA:



Figura 2. Território de cobertura do Distrito de Saúde Rural da SEMSA Manaus.

Fonte: Distrito de Saúde Rural, Secretaria Municipal de Saúde, Manaus, 2019.

Referente à implantação de apoiadores institucionais na SEMSA Manaus, toma-se como base o documento intitulado “Implantação do sistema de gerenciamento com base na cogestão na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA”, elaborado pelo Departamento de Atenção Primária desta secretaria no ano de 2014, com a justificativa de se implantar um modelo de gerenciamento que pudesse favorecer uma maior inclusão dos profissionais que atuam na AB, bem como favorecer modificações na estrutura e no modo de se fazer a gestão em saúde, o que implica nas ações desenvolvidas na APS e nos processos de trabalho das EqSF (SEMSA, 2014).

Este documento informa que a estrutura organizativa dos DISAS, no setor de Divisão de atenção à Saúde (DIATS), conta com a Equipe de Apoio Distrital (EAD) cujas ações estão voltadas para a implementação das temáticas e ações programáticas de saúde. As Equipes de Apoio Institucional (EAI) são formadas por profissionais de nível superior de qualquer

especialidade, que ficam responsáveis por acompanhar cinco EqSF em seus processos de trabalhos.

Como não foram encontrados documentos oficiais sobre o quadro atual das Equipes de Apoio Institucionais, a Gerência da ESF da SEMSA nos repassou, por meio de informações verbais, que atualmente a secretaria possui o seguinte quantitativo de apoiadores distribuídos em seus distritos de saúde: DISA Norte: sete; DISA Sul: sete, DISA Leste: sete; DISA Oeste: cinco (sendo que um está de licença a maternidade e um de licença para estudo) e o DISA Rural que conta com um apoiador.

Diante do exposto, a pesquisa possibilitará uma análise sobre o que está proposto nos documentos oficiais nas normativas do município e o que está sendo executado pelos apoiadores institucionais no trabalho vivo de suas práticas diárias.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho do apoiador institucional à gestão e à prestação de serviços de atenção primária à saúde ofertados à população rural-ribeirinha atendida por Unidade Básica de Saúde Fluvial da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar a compreensão da equipe de gestão do Distrito de Saúde Rural sobre as diretrizes e normas que instituíram a política de apoio institucional e as práticas cotidianas de gestão do trabalho do apoiador.
- Analisar os modos de atuação do Apoiador Institucional, com ênfase nas suas atribuições e ações rotineiras, considerando a especificidade do trabalho de equipes que atuam em áreas rurais e em particular em unidades móveis fluviais.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Modelo de estudo

Estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo de caráter exploratório, com integrantes da equipe de gestão envolvidos em ações de apoio institucional nas unidades fluviais de Manaus, inseridos no DISAR (SEMSA Manaus).

Quanto à natureza qualitativa do estudo Minayo (2008) e Apollinário (2012), ressaltam que este tipo de pesquisa envolve as interpretações que o ser humano tem de si e do que o cerca, como este vivencia sua realidade e a interpreta.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado nas dependências do DISAR, uma vez que é o distrito responsável pela organização das ações de saúde voltadas à população rural da cidade de Manaus.

Manaus foi criada no século XVII, está localizada à margem esquerda do Rio Negro, tem uma área estimada em 11455,38 km² e uma população de 2.145.444 pessoas (IBGE, 2018). A população rural de Manaus, segundo dados do DISAR, distribui-se em espaços acessados por via fluvial ou ao longo de estradas que ligam a cidade a municípios vizinhos, como a estrada AM-010 que liga Manaus a Itacoatiara (AM) e BR-174, que liga Manaus a Boa Vista (RR). Estima-se que a população rural residente ao longo da calha do baixo Rio Negro seja de 3.578 pessoas, que recebem assistência de duas EqSF dispostas na UBSF Ney Lacerda, que se deslocam mensalmente promovendo atendimento itinerante (SEMSA, 2019).

4.3 População Estudada

A população investigada foram os integrantes das duas equipes de gestão que atuaram no período compreendido entre 2014-2019 e 2019-atual e que desenvolveram ações de apoio institucional no DISAR e que aderiram à pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que estavam afastados institucionalmente de suas atividades laborais por mais de 60 dias.

4.4 Aspectos éticos

Esta dissertação está vinculada ao projeto guarda-chuva intitulado “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais

ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas” desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis (SAGESPI), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o CAAE: 57706316.9.0000.0005 e parecer: 1.742.086, em consonância com a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada aplicada a onze (100%) integrantes atuais e anteriores da equipe de gestão do DISAR, sendo cinco referentes a equipe anterior (2014-2019) e seis referentes a equipe atual (2019 - atual).

Para a realização da entrevista, utilizou-se um roteiro organizado em duas partes: a) identificação sócio-laborativa e b) questões voltadas a ações de apoio institucional em cenário rural, buscando apreender as especificidades do trabalho do apoiador de equipes rurais.

Foram entrevistados os seguintes integrantes das equipes de gestão do DISAR:

- Equipe 2014-2019:
 1. Gerente do DISAR;
 2. Chefia da Divisão de Atenção à Saúde;
 3. Chefia da Vigilância em Saúde;
 4. Apoiador Institucional do DISAR;
 5. Chefia da Imunização do DISAR.
- Equipe 2019 – atual:
 1. Gerente do DISAR;
 2. Chefia da Divisão de Atenção à Saúde;
 3. Chefia da Vigilância em Saúde;
 4. Chefe do Núcleo de Monitoramento e Avaliação (NUMOA);
 5. Chefia de transporte terrestre do DISAR;
 6. Chefia de transporte fluvial do DISAR.

As entrevistas foram áudio-gravadas através do gravador modelo Sony IC Recorder ICD-PX312/PX312F, transcritas e posteriormente analisadas.

4.6 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada à luz da Análise de Conteúdo Categorical (BARDIN, 1977), apoiada pelo *software* MAXQDA *Analytics Pro* 2020. A escolha desta técnica se deu por apresentar-se congruente com os objetivos deste estudo. A análise do conteúdo é aplicável a qualquer comunicação, permitindo significado ou significados de uma mensagem, empregando procedimentos sistemáticos que permitem descrever os conteúdos das mensagens (BARDIN, 1977).

Da leitura dos materiais coletados, emergiram duas categorias de análise, com suas respectivas subcategorias: “Ações de apoio institucional em contexto rural: Processo de trabalho e os limites do apoio institucional” e “Conhecimento do território rural-ribeirinho: Invisibilidade do rural e Temporalidades diversas”, ambas as categorias possibilitaram explorar o trabalho vivo no desenvolvimento do processo de trabalho do apoiador institucional.

De forma a preservar o sigilo e privacidade dos entrevistados, preservando-os de possíveis constrangimentos, adotou-se a denominação gestão local (GL), seguida do número de entrevista (1GL-11GL).

Os dados relacionados a atividades sócio-laborativas foram inseridos em planilha do *software* *Microsoft Excel* versão 2016 e foram analisados descritivamente por meio de frequência absoluta e percentual, possibilitando a identificação do perfil dos profissionais entrevistados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante os resultados obtidos, foi gerado o artigo com o título “Apoio Institucional à gestão e prestação de serviços de saúde rural em UBSF”, contemplando o objetivo geral e objetivos específicos propostos para o presente estudo:

5.1 Artigo: Apoio Institucional à gestão e prestação de serviços de saúde rural em UBSF

Resumo

Este estudo analisa o processo de trabalho do apoiador institucional à gestão e a prestação de serviços de atenção primária à saúde, ofertados pelo DISAR, da SEMSA Manaus, à população rural-ribeirinha que vive na margem esquerda do Baixo Rio Negro, no trecho compreendido entre os municípios de Manaus e Novo Airão, Amazonas. Estudo qualitativo, que entrevistou 100% da equipe de gestão das unidades móveis fluviais da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. A análise dos dados foi pautada através da Análise de Conteúdo Categórica, apoiada pelo *software* MAXQDA Analytics Pro 2020. Os resultados evidenciaram a baixa institucionalidade do apoiador em contexto rural, com apenas um profissional oficialmente nomeado. A equipe de gestão do Distrito de Saúde Rural apresentou um conhecimento incipiente a respeito do profissional apoiador e de sua política institucional, embora tenham desenvolvido indiretamente as funções prescritas ao apoiador, garantindo a assistência às comunidades rurais. Quanto ao apoiador, diferentemente do contexto urbano, observou-se a importância de sua imersão nas atividades itinerantes junto às equipes de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSFs) para o desenvolvimento de suas ações. No entanto, para além das atividades que lhe são prescritas, este assume responsabilidade sobre demandas consideradas essenciais para as ações das equipes de UBSFs, como logística, provisão de insumos, materiais necessários aos atendimentos e carga horária dos profissionais em regime embarcado, ações de caráter administrativo, o que pode ser consequência de um conhecimento pouco satisfatório do território rural pela gestão. Pode-se concluir que o apoiador mostra-se um profissional essencial para o desenvolvimento das atividades das equipes de UBSFs em cenário rural, no entanto cabe ressaltar que apenas a atuação deste profissional não é suficiente para o estabelecimento de um vínculo democrático entre gestão, equipe e comunidade, faz-se então necessário que a gestão busque compreender o cenário rural e suas peculiaridades, considerando a mudança do modelo hierarquizado vigente.

Palavras-chave: Apoio institucional; Gestão em Saúde; População rural; Atenção primária à saúde

Abstract

This study aims to analyze the institutional support working process for the management and provision of primary health care services, offered by the Rural Health District, of the Municipal Health Department of Manaus, to the rural-riverside population living along the left bank of the Lower Rio Negro, in the stretch located between the municipalities of Manaus and Novo Airão, Amazonas. Qualitative study, which interviewed 100% (eleven) of the management team of floating primary health care units of the Municipal Health Department of Manaus. Data analysis was guided

by Category Content Analysis, supported by MAXQDA Analytics Pro 2020 software. The results showed institutional recognition of the load supported only in the rural context, with data from an officially appointed professional. The management team of the Rural Health District showed an incipient professional knowledge regarding the service to supported communities and its institutional policy, although its definition of a professional profile was developed in the routines of assistance to rural areas. As for the support, the urban support, the importance of their different joint context in the activities of floating primary health care units for the development of their basic river health units was observed. Notwithstanding an unsatisfactory knowledge of the rural territory by the management. It can be shown the development of institutional and essential support of the activities of UBSF teams in a rural environment. It should be noted that the work of its supporter is insufficient for democratic practical institutions among the multiprofessional teams and making the necessary management of knowledge about rural communities and peculiar scenarios to log the reformulation of the management profile of communities of the current assistance profile.

Keywords: Institutional support; Health management; Rural population; Primary Health Care.

Introdução

Como proposta para ampliação na cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) das populações amazônicas, as revisões de 2011 e 2017 da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) instituem a implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para prover o atendimento, por via fluvial, a populações geograficamente distantes das sedes municipais a que são vinculadas (BRASIL, 2011, 2017).

O apoio institucional é uma ferramenta de gestão que auxilia nos processos de trabalho das equipes de saúde, favorecendo mudanças nos modos de produzir e de gerir processos de saúde (CAMPOS, 2015). Instituído através da PNH (BRASIL, 2004a) o apoio institucional é pautado na participação, cooperação, ações interdisciplinares, onde trabalhadores e usuários do serviço devem agir como sujeitos ativos no processo. Entre as atividades desenvolvidas pelo apoiador destacam-se a mediação de conflitos entre trabalhadores, gestores e usuários, suporte para a implantação do acolhimento da demanda espontânea, suporte para a realização do diagnóstico situacional do território para a elaboração do perfil epidemiológico da população local (BRASIL, 2012). A inserção do apoiador institucional tem como objetivo aprimorar os processos de gestão do SUS, historicamente baseados em modelos administrativos verticalizados, prescritivos e pouco permeáveis ao contexto social e sanitário que envolve a provisão de cuidados na atenção básica (CAMPOS, 2015).

A literatura disponível sobre o tema recomenda que o apoiador, bem como a equipe de gestão que ancora seu trabalho, deve levar em conta as características da população e do ambiente onde está inserida para o planejamento e formulação de estratégias (CAMPOS, 2015;

CAMPOS et al., 2014). Além disso, o apoiador deve conhecer as estruturas das coletividades com que trabalha e também compreender as relações de poder, de saber e a atuar na formulação de objetivos que aproximem gestores e usuários do serviço de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Tais recomendações são ainda mais relevantes quando o trabalho do apoiador institucional é transposto para os cenários rurais amazônicos, cujas características socioambientais são largamente desconhecidas. A tal contexto soma-se o desafio de uma atuação itinerante, inerente ao trabalho nas UBSFs, em contraponto às rotinas cotidianas das unidades básicas urbanas. Assim sendo, cabe investigar os modos de atuação de apoiadores institucionais imersos nas amplas distâncias geográficas amazônicas, que demandando intensa e complexa atuação administrativa e logística necessária à provisão de insumos necessários à oferta do cuidado nessas áreas remotas, com interveniência direta na mediação das interações entre equipes gestoras e executoras nas UBSF.

O artigo analisa o processo de trabalho do apoio institucional à gestão e a prestação de serviços de atenção primária à saúde ofertados pelo Distrito de Saúde Rural (DISAR) da SEMSA Manaus, através de Unidade Básica de Saúde Fluvial que provê atenção à saúde da população rural-ribeirinha da margem esquerda do Baixo Rio Negro, no trecho compreendido entre os municípios de Manaus e Novo Airão (AM).

Métodos

Estudo qualitativo, exploratório interessado na dinâmica de atuação de apoiadores institucionais, nos sentidos que estes atribuem às suas atividades e no entendimento das interações - mediadas pelo apoiador – estabelecidas entre equipes de saúde da família e gestores. Dentre os pressupostos orientadores da pesquisa reconhece-se que os significados e a intencionalidade dos atos dos sujeitos são elementos capazes de expressar o trabalho vivo e as relações estruturais das instituições e da sociedade (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi desenvolvida em Manaus, mas dirigida a profissionais do Distrito Sanitário Rural (DISAR) da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus cujas ações são dirigidas às populações rurais deste município. Embora o trabalho do apoiador seja difusamente dirigido à todas as equipes que atuam no DISAR, a coleta de dados foi direcionada ao trabalho com as equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde Fluvial.

A coleta de dados foi realizada entre outubro 2019 a janeiro de 2020, totalizando 14 horas de gravação. Sondagem prévia evidenciou que o trabalho de apoiador era desenvolvido não apenas pelo profissional oficialmente designado para a tarefa, mas que tais atividades eram desenvolvidas também por outros membros da equipe de gestão do DISAR Manaus. Em função disso foram coletados dados junto a 100% (11) dos integrantes das últimas duas equipes de gestão que se sucederam nos cargos no período abrangido pela pesquisa, desenvolvendo apoio institucional às equipes de saúde da família que atuam nas UBSF. Foram entrevistados cinco integrantes da equipe de gestão que atuou no período de 2014 a 2019 e seis integrantes do grupo de gestão que atuava na época da coleta de dados, ocupantes dos seguintes cargos: Gerente do DISAR; Chefia da Divisão de Atenção à Saúde; Chefia da Vigilância em Saúde; Apoiador Institucional do DISAR; Chefia da Imunização do DISAR; Chefe do Núcleo de Monitoramento e Avaliação (NUMOA); Chefia de transporte terrestre do DISAR; Chefia de transporte fluvial do DISAR.

As entrevistas foram conduzidas através de roteiro semiestruturado (Apêndice A), organizado em duas partes: 1) identificação sócio-laborativa do entrevistado contendo cinco questões relativas a idade, sexo, formação, qualificação e manejo de normas técnicas para o trabalho; 2) Caracterização das rotinas do trabalho e estratégias de planejamento de apoio institucional em cenário rural, contendo por 14 questões abertas cujo teor tomou como referência inicial as normas técnicas que orientam a atuação do apoiador, mas propiciou também a coleta de informações sobre o trabalho efetivamente realizado pelo entrevistado.

As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas para posterior análise. Os dados relacionados a atividades sócio-laborativas foram inseridos em planilha do *software Microsoft Excel* versão 2016, ordenados por meio de frequência absoluta e percentual, de forma a oferecer um perfil profissional dos entrevistados. Os dados referentes a segunda parte do roteiro, passaram pelas fases de leitura flutuante, identificação de unidades de contexto e de trechos significativos, seguida por uma leitura exaustiva e organização de um acervo temático. O procedimento gerou um conjunto de temas de interesse que se enquadravam nas categorias analíticas prévias definidas no projeto (atribuições do apoiador) e outros que foram recategorizados em função do material que emergiu do campo. A análise foi apoiada pela teoria da Análise de Conteúdo Categorical (BARDIN, 1977) e pelo *software MAXQDA Analytics Pro* 2020.

Da leitura dos dados de campo emergiram duas grandes categorias de análise, cada uma com duas subcategorias: a) Ações de apoio institucional em contexto rural: a.1 Processo de trabalho; a.2 Limites do apoio institucional; b) Conhecimento do território rural-ribeirinho: b.1 Invisibilidade do rural; e b.2 Temporalidades diversas. Ambas as categorias possibilitaram apreender o trabalho vivo no processo de trabalho do apoiador institucional.

De forma a preservar o sigilo e privacidade dos entrevistados, preservando-os de possíveis constrangimentos, adotou-se a denominação gestão local (GL), seguida do número de entrevista (1GL-11GL).

O presente estudo é vinculado à pesquisa “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas”, aprovada em Comitê de Ética sob CAAE: 57706316.9.0000.0005, parecer 1.742.086.

Resultados

A UBSF de interesse da pesquisa, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, presta assistência itinerante à população ribeirinha na calha do Rio Negro. São ofertados serviços como consulta médica, de enfermagem, saúde bucal, assistência farmacêutica, tratamento de doenças infecciosas, crônicas e oferta de exames como ultrassonografia, teste do pezinho, coleta de preventivo, entre outros (SEMSA, 2018). As viagens de atendimento compreendem deslocamentos mensais com duração de 10 dias provendo atenção à saúde para 41 comunidades ribeirinhas, com população total estimada de 2342 pessoas.

A idade dos entrevistados variou entre 30 a 55 anos: cinco (45,5%) eram do sexo feminino e os demais do sexo masculino (54,5%). A maioria (72,7%) tinha cursado nível superior; dentre estes três estavam alocados em cargos de nível médio (27,3%). A enfermagem foi a categoria profissional mais frequente (45,5%) entre os entrevistados. No que se refere a qualificação profissional, a média de horas dos cursos de capacitação realizados foi de 144 horas, com variação de 40 a 360 horas.

A predominância de enfermeiros em cargos de gestão está ligada ao perfil de atividades desse profissional no âmbito da atenção básica, importância reafirmada através de suas

atribuições, descritas na PNAB (2017) determinando sua importância em marcos programáticos e legais da APS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Nenhum dos entrevistados referiu qualificação voltada para populações rurais. Quanto ao vínculo empregatício, somente um (9,1%) entrevistado exercia cargo comissionado, sendo os demais estatutários. A pesquisa encontrou somente um apoiador reconhecido e designado institucionalmente como tal; porém, verificou-se o exercício de tarefas de apoiador pelos demais membros da equipe de gestão do DISAR. Desse conjunto, 54,5% referiram ter participado de capacitações para a realização de tarefas de apoio institucional e 81,8% referiram ter contato prévio com materiais de apoio, oriundos da própria secretaria e do Ministério da Saúde, ao desempenho dessas atividades. O perfil dos vínculos empregatícios difere daquele encontrado em Garnelo et al. (2014) que encontraram predomínio de vínculos precários em equipes que atuam em municípios do interior do Amazonas. O predomínio de profissionais concursados favorece o comprometimento e a continuidade das ações de saúde e a manutenção da longitudinalidade do cuidado, verificados nas entrevistas (GARNELO et al., 2014).

Ações de Apoio Institucional em contexto rural

Processo de trabalho do apoiador institucional

Os entrevistados apontaram obstáculos ao trabalho do apoio institucional em meio rural, como as grandes distâncias geográficas e o regime assistencial intermitente que são inerentes à atuação da equipe da UBSF.

“Uma grande dificuldade é a expansão territorial, a logística e o gasto para fazer esse monitoramento. Muitas vezes você tem que estar com a equipe para poder conseguir fazer esse trabalho do Apoio Institucional.” (4GL).

Referem também limitações, por parte dos profissionais das UBSFs e gestão local do DISAR, na compreensão do papel do apoiador institucional, agravado pelo insuficiente planejamento de suas atividades:

“Eu estava só repassando essa demanda e minha função ali era mais de orientador e contribuir com o que fosse possível, mas no final acabava que criava uma certa confusão, que eles me consideravam até o diretor do barco [...]” (4GL).

O apoiador aponta dificuldade em atender às expectativas da equipe da UBSF e trazer solução para problemas concretos de carência de insumos ou de infraestrutura e outras carências não solucionadas pela gestão maior da secretaria.

Após a implantação do apoio institucional às equipes de UBSF identificou-se a necessidade de imersão do apoiador nas viagens mensais da equipe, iniciando-se uma convivência cotidiana entre apoiador e equipe, diferentemente do que ocorre nas UBS urbanas. Para os entrevistados essa forma de atuar gerou uma familiarização do apoiador com a equipe, já que a atuação embarcada gera convivência, intimidade, alianças e solidariedades que não são habituais no trabalho urbano em APS, mais formal e emocionalmente distanciado.

“Na fluvial, como apoiador técnico presente, tive que acompanhar, mas não só acompanhar; tive que fazer parte do processo em si. Na zona terrestre você não tem isso de conviver com a equipe 24h. Não existe isso! (...) (4GL).

A partir das reflexões e da vivência do apoio no campo produziram-se modificações no processo de trabalho. Entre as modificações, a implantação e institucionalização das reuniões de alinhamento.

“Então nós criamos essas reuniões. Foi tirado um dia da viagem para que eles pudessem reunir com a equipe do distrito e os técnicos do controle das ações. Aí eles passaram a conversar com suas áreas técnicas [...] e se sentiram mais seguros porque cada área técnica trabalha com seu responsável técnico, tira dúvidas e consegue trabalhar. E a minha função depois desse [re]ordenamento passou a ser acompanhar e contribuir no que fosse necessário.” (4GL).

Os dados coletados mostraram que em contexto rural a atuação do apoiador vai muito além de promover o vínculo da equipe com a gestão através de reuniões de alinhamento. Ao atuar na UBSF o apoiador também assume responsabilidades inexistentes em UBS urbanas, tal como responder às demandas de logística e de provisão de insumos. No cenário investigado identificou-se que os apoiadores tiveram que assumir responsabilidade sobre a manutenção de equipamentos e da embarcação e tomar as providências necessárias para garantir a descentralização de materiais para os membros da equipe que não viajam na UBSF e atuam permanentemente nas localidades remotas.

“[...] Mas o barco não é só a equipe. Ele tem outros processos, como a gestão do trabalho da tripulação, os serviços gerais, insumos e a alimentação [para as

viagens]. Tem todo um outro trabalho que aí já é de direção. Eu fazia esse também esse processo.” (4GL).

Entre as principais funções desempenhadas, relatadas por todos os entrevistados destacou-se a resolução de conflitos, seja entre a comunidade e a equipe de saúde, seja entre os profissionais da equipe.

“Inúmeras vezes, em toda viagem tinha, em toda comunidade tinha a mediação de conflitos. Como eu falei, a figura minha não era só de um apoio institucional, era praticamente a figura de um mediador de conflitos, além do conflito da equipe, existia o conflito com a tripulação, conflito da comunidade com a equipe [...]” (4GL).

Os entrevistados ressaltaram ainda, a necessidade de apoio de líderes comunitários para a realização de atividades intersetoriais e de vacinação, integrando o conjunto de tarefas assumidas também pelo apoiador:

“Sim, tanto pela questão do sarampo quanto outras ações no território, você tem que pedir o apoio do líder comunitário para fazer o suporte à vacinação volante. Então sim, esta era uma prática.” (5GL).

O desenvolvimento da educação permanente foi a terceira prática mais referida pelos entrevistados. Ao menos uma vez no ano, as atividades eram desenvolvidas a partir de temáticas eram demandadas pela equipe de saúde fluvial.

“Todas as vezes no final do ano captava-se a necessidade de educação permanente [junto a] eles mesmos no processo de trabalho. Era algo até exigido na avaliação de desempenho, que o servidor desse sugestões sobre a necessidade de cursos e treinamento. Esse levantamento não era feito só por mim, mas por todos.” (4GL).

“Eu lembro bem que houve essa capacitação da vacina BCG. Foi uma solicitação deles, mesmo que na época não fizéssemos BCG na unidade fluvial.” (5GL).

Dentre o perfil de atribuições do apoiador uma das ações menos referida foi o uso de mecanismos disparadores de reflexão da organização do trabalho que envolvesse todos os profissionais da equipe. Segundo os entrevistados, as práticas imediatistas para a resolução de problemas, então vigentes na secretaria, não favoreciam esse tipo de atividade.

“Nós não tivemos a oportunidade. Nós tínhamos muito aquela responsabilidade de resolver de forma imediatista os problemas. Não conseguíamos sentar e avaliar se precisava implementar alguma coisa a médio-longo prazo. Era mais a curto prazo mesmo.” (2GL).

Limites do apoio institucional

A maioria dos entrevistados alegou participar de reuniões para a discussão das demandas das equipes. Porém o conteúdo delas – não raro resultando em conflitos – girava frequentemente em torno das horas excedentes trabalhadas nas viagens de campo.

“(…) Aqui nós estamos com um grande entrave, por quê? Porque os profissionais são contratados por uma carga horária que não existe no barco.” (4GL).

“Da UBS fluvial é essa questão da peculiaridade da carga horária deles. É que há por parte de alguns servidores uma queixa: eles querem que a secretaria contabilize a carga horária deles embarcados como 24 horas [de trabalho]. E aí tem toda uma discussão em cima disso (…)” (10GL).

O problema da carga horária cumprida pelos profissionais de saúde das UBSFs era de conhecimento da gestão do distrito rural, embora sem resolução à vista. A raiz do conflito se deve ao contraste entre as horas contratadas (40 horas semanais = 160 horas mensais para a equipe da ESF) e as horas efetivamente aplicadas na viagem de 10 dias de duração (240 horas, se computadas 24 horas para cada dia embarcado). Apesar de garantido por Lei, o cômputo da totalidade de horas do trabalho embarcado não era feito pela secretaria, que registrava somente 8 horas diárias a carga horária cumprida pelas equipes nos 10 dias de viagem. Embora reconhecido como um assunto presente em todas as pautas de discussões entre equipes da UBSF e o grupo de gestão do DISAR, a busca de soluções vem seguindo um processo lento e burocrático que envolve várias instâncias dentro da secretaria.

“E isso tudo vai depender da criação e aprovação de leis e aprovação lá na Câmara. Então é um processo muito demorado; é um processo que esbarra em muita luta. Você sabe que quando se trata de financeiro, o orçamento é sempre limite. O governo diz isso e querem criar mais artifícios para não se gastar.” (4GL).

Além da ausência regulamentação da carga horária de trabalho os entrevistados sinalizaram a singularidade do regime de trabalho dos profissionais em unidades fluviais, que não se enquadra no modelo de Atenção Básica vigente.

“A SEMSA não pode pagar plantão. Na Atenção Básica não existe isso. O que pode pagar é horário estendido e mesmo no horário estendido você não paga plantão e nem adicional noturno, porque a pessoa não está trabalhando a noite toda (...) Mas para pagar isso aí a SEMSA tem que se embasar legalmente. Não adianta pagar e depois o Ministério Público chegar e dizer: “Por que você pagou? Você não podia pagar isso”. Então é muito complicado.” (4GL).

Os depoimentos do entrevistado longe de expressar uma posição de mediação própria do perfil do apoiador, inclinam-se mais a justificar o não cumprimento de obrigações trabalhistas. Nesse sentido, os entrevistados corroboram uma decisão de gestão vigente na secretaria: escamotear o fato de que os profissionais da UBSF não têm a possibilidade de retornar para suas casas findo o turno de trabalho e ignorar direitos garantidos na legislação que regula o trabalho embarcado de outras categorias profissionais, lidando com o tema como se trabalhassem em moldes praticados no trabalho urbano. Embora sejam situações de ordem administrativa, trabalhistas e de infraestrutura que ultrapassam largamente as atribuições de apoiador este alcançou êxito relativo em fomentar espaços de discussão congregando equipes de saúde e gestão local (CAMPOS, 2015).

As características observadas no trabalho do apoiador guardam afinidade com as reflexões de Ruiz e Gerhardt (2012), a respeito da manutenção de políticas verticalizadas no funcionamento das atividades em contexto rural. Aliadas ao conhecimento insatisfatório sobre a população assistida, tais características do modelo de gestão contribuem para manter a invisibilidade dessa população, para potencializar as barreiras de acesso aos serviços e as desigualdades no atendimento às populações rurais (GARNELO et al., 2018).

Os aspectos logísticos das viagens de atendimento monopolizam muito do esforço do apoiador. A oferta de ações de saúde em locais remotos exige certas ações de suporte, que não são habituais nas unidades urbanas de saúde. Os dados sugerem que as chefias imediatas não conseguem apresentar respostas, porque uma solução satisfatória demandaria soluções administrativas por parte de níveis gerenciais superiores ao DISAR.

“Eu fiquei com uma situação que era fazer o equipamento de odontologia funcionar direto por 10 dias, e é impossível. Quando chegava na metade da viagem ele quebrava ou ficava com problema [de funcionamento] e no resto da viagem não tinha atendimento. Então eu cheguei para os meus técnicos; trouxe essa demanda para o distrito: “Olha se vocês não me apoiarem, como que eu vou apoiar a equipe? É uma necessidade que vai além de mim e deles; a solução é daqui”. Foi quando entramos em uma grande briga e conseguimos um técnico [de manutenção do equipo] para viajar. Mas a SEMSA tinha que pagar a diária desses técnicos; então nós conseguimos por um ano ou dois. Depois não teve mais recurso para isso. Então você precisa de equipamentos, você precisa de insumos, precisa de muita coisa para trabalhar.” (4GL).

Rotinas de logística e manutenção feitas com regularidade nas unidades urbanas se tornam um grande obstáculo, sendo difíceis de prover no atendimento itinerante. Em consequência, o apoiador passa a absorver tarefas administrativas e de manutenção, empregando muito tempo e esforço na busca de solucioná-las, em detrimento das atribuições preconizadas ao seu perfil de atividades.

De modo similar, as demandas relacionadas a infraestrutura das unidades de saúde em territórios rurais ribeirinhos consomem muito do trabalho do apoiador. Fatores não equacionados como meios precários de comunicação, ausência de saneamento básico e de energia elétrica também comprometem a execução dos serviços ofertados na UBSF.

“(…) A unidade rural nunca pode ser comparada a uma urbana. Ela tem que ser uma unidade reforçada de tudo: de insumos, de energia elétrica e outras necessidades (...). Faltam geradores de energia para as unidades de saúde. Faltam caixas d’água potentes para as unidades de saúde e isso piora devido à falta de energia. Falta água porque a bomba [que puxa água] não bombeia; aí você tem a luz do dia, mas não tem a água, devido à falta de energia para bombear.” (6GL).

A ausência de infraestrutura adequada nas comunidades exige esforços excepcionais da equipe de apoio, na busca de garantir a oferta de serviços. Um exemplo claro é relacionado à situação das salas de vacina das comunidades.

“Pelo fato de não termos energia elétrica nas nossas unidades de saúde, não há como eles terem a rede de frio, com a geladeira e a sala de vacinas (...). Por isso as geladeiras com vacinas das unidades ficam no setor de imunização do

distrito de saúde [na cidade de Manaus], cada um tem a sua geladeira arrumada.” (5GL).

A ausência de um sistema regular de manutenção limita a garantia de do funcionamento também dos meios de transporte, imprescindíveis para o acesso às comunidades rurais.

“A dificuldade que estou enfrentando é o déficit de material e de lanchas para transporte. Eu atendo duas comunidades, então elas são para trabalho nas comunidades. Se houver alguma demanda [de atendimento ou de remoção de pacientes] que ocorra após a saída da UBSF de uma comunidade, não vou ter como atender. Então essa é uma grande dificuldade: a logística em si fica quebrada devido à falta de material, de mais uma lancha, de mais duas lanchas, para que tenha a chegada de materiais seja viabilizada.” (8GL).

Os problemas estruturais resultam em implantação inadequada de serviços em contextos rurais, sem que se façam acompanhar de adaptações administrativas capazes de responder à necessidades distintas daquelas que ocorrem no espaço urbano. A isto se associa um insuficiente conhecimento das características do território e das necessidades da população. Em consequência, os esforços da equipe de apoiadores são monopolizados pela necessidade de criar estratégias substitutivas de um inexistente suporte logístico que a secretaria não se mostra capaz de prover.

“Eu sei que muitas coisas foram pensadas a nível de gestão, mas que não cabem para o contexto rural. Um exemplo: “Vamos comprar cadeira de rodas”. Aí eu tenho cadeira de rodas em uma unidade rural, mas eu não tenho nem corredor para transitar com ela e nem o cadeirante tem um caminho plano para chegar na unidade” (10GL).

A necessidade expressa pelo apoiador, de participar in loco das viagens realizadas na UBSF ilustra a incipiência do conhecimento acumulado na secretaria sobre a população deste território. O conhecimento do território e das populações é um dos fundamentos do trabalho do apoiador no contexto em que atuará (FERNANDES; FIGUEIREDO, 2015), em particular no espaço rural estudado em que suas atribuições ultrapassam aquelas esperadas para o perfil de atuação previsto pelas políticas públicas que versam sobre o tema.

Em que pese o cenário adverso, os profissionais moldaram suas práticas de acordo com suas vivências no ambiente rural e junto às equipes obtendo resultados similares ao achados em

cenários distintos do aqui estudado (CADORIN et al., 2014), dedicando-se à garantia de assistência às equipes e buscando vias de comunicação com outros níveis de gestão, mesmo que isso exceda os limites de seu papel (MERHY; FRANCO, 2009). Ressalte-se, porém, que tal extrapolação também afasta o apoiador de atividades que deveriam ser prioritárias no seu dia a dia, como a gestão democrática das relações interprofissionais (CAMPOS, 2015).

Além de questões estruturais, observa-se que outras atividades de cunho administrativo e operacional demandam atenção da equipe que desenvolve o trabalho de apoio institucional. Para além do trabalho prescrito os profissionais desempenham múltiplas tarefas, numa busca de garantir o funcionamento da UBSF mesmo em condições adversas.

“[...] Havia a necessidade de fazer um relatório, não só da parte de trabalho de saúde, que foi realizada pela equipe, mas também de todo o processo de trabalho que enfrentou muitos entraves. Tínhamos problemas hidráulicos, elétricos, falta de insumos, equipamentos, essas coisas [...]. Falta de alimentação e por vezes de água para a equipe beber na viagem. Tudo isso eu precisava mediar.” (4GL)

“Apesar de termos setor de logística e transporte, eventualmente eu preciso ir lá e dirigir um carro para resolver problemas. Dirigir o carro para a secretaria não é minha atividade; mas eu dependo desse transporte para desenvolver a minha; então eu pego o carro e vou lá.” (6GL)

A pesquisa evidenciou que tarefas de apoio institucional foram desenvolvidas, de forma direta e indireta, por diversos integrantes da equipe de gestão do Distrito de Saúde Rural (DISAR). Tais condições têm aspectos positivos pois reduzem a sobrecarga do único apoiador e promovem o comprometimento dos outros membros da equipe de gestão com as tarefas de apoio institucional. Por outro lado, amplitude das tarefas assumidas pelo apoiador expressa não apenas a boa vontade e comprometimento da equipe de gestão, mas evidencia simultaneamente o insuficiente investimento para prover meios e profissionais necessários para o atendimento em locais remotos.

Conhecimento do Território e a invisibilidade do rural

É evidente nas falas dos entrevistados que grande parte das ações desenvolvidas em cenário rural são adaptações improvisadas de um modelo moldado para contextos urbanos.

“Mas isso é um regime de trabalho feito para a cidade. Nada se criou para o rural. E como vamos fazer no ambiente rural? Que maneira vamos fazer? Isso é um grande impasse para quem está no processo de gestão” (4GL).

“É diferente por todos os fatores: questão logística, vulnerabilidade social, baixa densidade populacional, falta de energia elétrica, falta de transporte público, falta de conectividade. Logística pesada!” (9GL).

A falta de eletricidade, de equipamentos de informática e de acesso à internet no meio rural também obstaculiza o acesso dos pacientes ao sistema de regulação (SISREG) e o registro da produção, de notificações de agravos e outros dados requeridos pelos sistemas de informação em saúde do SUS, comprometendo também o conhecimento do perfil de necessidades e planejamento de atividades destinadas a atendê-las:

“Essa construção do perfil epidemiológico deveria ser feita pelo distrito de saúde rural, mas nossa base de informação estava há quatro meses parada, porque todo registro está centralizado aqui [na cidade]. Tem produção do ano passado que não foi digitada ainda, (...) por causa desses entraves que eu aponte: a falta de conectividade, falta de energia, logística pesada, essa vulnerabilidade social e econômica. Essa distância inviabiliza horrores para nós. Não tenho como construir o perfil epidemiológico do distrito rural.” (9GL).

Esforços extraordinários são feitos para viabilizar o registro de informações que deveria ocorrer de forma rotineira:

“No fluvial existe o transporte realizado pelo controle das endemias. Uma vez por semana eles fazem a busca da produção dos agentes de endemias que atuam na área fluvial. Nós chegamos a fazer o monitoramento junto com o pessoal das endemias que vai buscar a produção. Saíamos daqui às 5h da manhã e retornávamos às 20h. Foi a única maneira que nós achamos para recuperar a produção, mas é muito desgastante.” (4GL).

Tais restrições infraestruturais agravam a falta de informações sobre a população, o perfil de agravos e o território, mas no entendimento dos entrevistados estão associadas à falta de prioridade conferida ao trabalho e à população rural. No conjunto os depoimentos apontam

para um problema de fundo que chamam de “invisibilidade do rural”. Em caso de êxito na implantação do apoio institucional este tem a potencialidade para contribuir para reverter tal limitação, melhorar a horizontalização das relações, aproximar as instâncias de nível central das equipes de ponta e da comunidade, aprimorando o processo de gestão e execução da polícia de atenção básica (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014; FALLEIRO, 2014)

Temporalidades Diversas

Outro aspecto referido pelos entrevistados, e que diz respeito também ao conhecimento do território (ou a falta dele), é o reconhecimento de que a temporalidade se expressa de modo diferente para moradores da cidade e da área rural. A rapidez de resposta requerida às equipes de saúde representa uma barreira importante para o desenvolvimento adequado do processo de trabalho em contexto rural.

“O tempo sempre foi um grande dificultador de tudo: do processo de trabalho, processo de ações, processo de agenda.” (9GL).

Os entrevistados apontam que o tempo requerido para a execução das atividades no meio rural é diferente do que daquele transcorrido no trabalho urbano, considerando impossível atender às demandas do nível central com a rapidez desejada pelos gestores. Entendem que o tempo para execução das ações em comunidades rurais teria que ser mais ampliado, pois a realização das tarefas não pode ser feita com a mesma velocidade com que são feitas nas UBS urbanas. Aspectos logísticos, distância e os modos de vida das famílias nas comunidades instituem ritmos distintos que deveriam ser levados em conta, mas isso não acontece:

A questão logística, a acessibilidade às comunidades e até as características das próprias unidades podem demandar um tempo e um custo maior para chegar na casa de um comunitário. A falta de comunicação e de acessibilidade demandam um tempo maior para realizar algumas atividades e muitas vezes não nos dão o tempo necessário. Tem uma atividade que precisamos executar, mas que às vezes infelizmente acabamos não fazendo, por que o tempo é insuficiente.” (6GL).

O tempo de permanência das equipes da UBSF em cada comunidade também é objeto de reflexão, pois pode ser insuficiente para atender às características e requisitos necessários à oferta de cuidados primários de saúde.

“É pouco tempo para muita coisa e você acaba fazendo, querendo ou não, um processo campanhista, que queremos reduzir cada vez mais.” (9GL).

“Não tem como você fazer Estratégia; você faz Ação de Saúde: você chega no barco, atende todo mundo, sobe no barco e vai para outra comunidade. Que tipo de Estratégia você fez ali? Nenhuma! Você fez uma ação em saúde, consultou, medicou e foi embora, deu a medicação e tudo mais. A partir daí nós começamos a ver que havia necessidade de ampliar o tempo [de permanência] para a equipe.” (4GL).

O tempo referido no discurso dos entrevistados também remete a um atributo essencial da APS, a longitudinalidade. Em que pese o regime itinerante do serviço, mas a mesma equipe desenvolve o trabalho há bastante tempo, conhecendo o território e tendo formado vínculos na comunidade.

“O bom do rural fluvial é que você não trabalha com aquela quantidade enorme de pessoas; e os que vão, vão todos os meses que eles se sentem como se fossem parte da equipe, como se fosse uma família” (4GL).

A convivência prolongada e as condições geradas pelo regime de trabalho embarcado geram não apenas vínculos entre os membros da equipe da UBSF e a comunidade, mas também a familiarização estabelecida entre o apoiador e os profissionais das equipes de UBSFs, estabelecendo uma convivência que extrapola a jornada de trabalho:

“Dentro da embarcação, você passa sete dias e nesses sete dias você não apenas trabalha, você convive.” (4GL).

Discussão

As questões de cunho trabalhistas sempre estiveram presentes nas demandas das equipes repassadas ao apoiador. A ausência de parâmetros legais instituídos pela secretaria e voltados para o amparo dos profissionais de saúde que atuam em regime de trabalho embarcado mostrou-se como causa de constante tensão e inquietação entre as equipes de saúde. Como medida inicial, a secretaria municipal de saúde homologou em janeiro de 2020 a portaria n° 28, que dispõe sobre a jornada de trabalho dos profissionais que atuam nas UBSFs (SEMSA, 2020), não tendo sido possível avaliar no âmbito deste estudo se a portaria atende às inquietações dos profissionais em relação ao regime de trabalho.

O desenvolvimento de atividades não prescritas ao apoio institucional, representadas como a direção de veículos, a garantia de provisões às equipes, confecções de relatórios de ordem estrutural elucidam o trabalho vivo desempenhado pelo apoiador, de forma a garantir estrutura adequada às equipes que atuarão em UBSFs.

O apoiador mostrou-se profissional imprescindível na manutenção dos veículos fluviais e na garantia da logística para o transporte das equipes, provisão de insumos e manutenção de equipamentos na unidade fluviais e até nas comunidades, desempenhando um rol de atividades que não têm paralelo entre os que atuam em contexto urbano. O trabalho do apoiador desenvolvimento dessas atividades, evidencia as falhas no processo de gestão que não se mostrou capaz de apresentar soluções satisfatórias e regulares para o trabalho em área rural, forçando este profissional a assumir atividades de cunho administrativo.

Mesmo com o desenvolvimento das ações de apoio observadas entre os membros da equipe de gestão local, observa-se que importantes decisões relacionadas ao apoiador, a equipe e a comunidade rural, ainda permanecem verticalizadas e centralizadas num conjunto restrito de gestores. Reitera-se, porém, que as mudanças almejadas no serviço prestado em cenário de práticas, dependem não somente do desempenho do apoiador, mas também de um conjunto de fatores indissociáveis, entre eles mudanças no modelo de gestão e instituição de políticas públicas (BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016).

Considerações finais

Os achados da pesquisa reiteraram o perfil encontrado na literatura, demonstrando que também na SEMSA Manaus, e em particular no Distrito de Saúde Rural (DISAR), não ocorreu a institucionalização do trabalho do apoiador, não se efetivou um delineamento consistente de suas atribuições e as tarefas de apoio institucional se espalharam entre diversos membros da equipe de gerência do DISAR. No âmbito da organização do trabalho várias facetas do perfil de atuação prescrito na política governamental foram desenvolvidas, em particular a facilitação de intervenções intersetoriais, reconhecimento do território, formação de vínculos com famílias e membros da equipe, mediação de conflitos e apoio à gestão para administrar os processos de trabalho na Unidade Básica de Saúde Fluvial.

O apoio institucional mostrou-se imprescindível para fazer frente às singularidades do atendimento em locais remotos como a necessidade de manter a continuidade de interações

institucionais entre um nível central fixado no espaço urbano e um conjunto de profissionais que atuam em locais pouco acessíveis, desprovidos de meios de comunicação, que ofertam atendimento intermitente que amplia a cobertura, mas enfrenta limitações na continuidade do cuidado. Além disso, ao término da viagem, uma vez concluída sua carga de trabalho mensal, as equipes se dispersam, cabendo ao apoiador manter a continuidade mínima do trabalho na ausência da UBSF no território.

Entretanto, observou-se que o trabalho do apoiador também se dispersa numa miríade de atividades de ordem logística e administrativa exigidas pelo regime de funcionamento da unidade móvel fluvial, como a manutenção dos veículos fluviais, transporte das equipes, provisão de insumos e manutenção de equipamentos na unidade fluviais e até nas comunidades, comprometendo o desenvolvimento de ações específicas no apoio ao trabalho das equipes da UBSF. Tal deslocamento de atribuições do apoiador está associado à ausência de soluções satisfatórias de gestão do atendimento em locais remotos, forçando este profissional a assumir tarefas que fogem de seu escopo de atuação.

A integralidade das ações ofertadas na UBSF foi incipiente, seja por limitações já conhecidas na capacidade resolutiva das unidades de Atenção Básica na região Norte, seja pela fragilidade das ações intersetoriais e de promoção à saúde. Ressalve-se que os achados na UBSF mostraram uma atuação compatível com unidades tradicionais da rede de AB e a própria ESF na região Norte, cujo perfil de atuação surge na literatura como de baixa resolutividade, falta ou inadequação de planejamento, avaliação e monitoramento das ações, além de uma gestão altamente centralizadora e fragmentada.

A pesquisa também descortinou uma rotina de práticas verticalizadas e centralizadas de gestão exercidas por um grupo restrito de tomadores de decisão. Tal cultura institucional fragilizou a interveniência do apoiador em pontos centrais da política de apoio institucional como a cogestão de coletivos e a transformação dos modelos de gestão. A ausência de parâmetros que, no âmbito da secretaria, orientassem e amparassem o regime de trabalho embarcado também gerou tensão e inquietação persistentes nas relações travadas entre as equipes de gestão e os trabalhadores, resultando inclusive em desrespeito aos direitos trabalhistas dos profissionais da UBSF.

A ausência da institucionalização do papel do apoiador incidiu em limitações para esta pesquisa, uma vez que não permitiu analisar em profundidade as repercussões de todas as suas

atribuições em cenário rural. Após a institucionalização deste profissional, sugere-se a realização de avaliações concentradas em suas atribuições e suas contribuições ao serviço de UBSFs e comunidades rurais.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

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

BRASIL. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **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). 2011.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - PMAQ**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **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). 2017.

CADORIN, E. et al. O Apoio Institucional vivenciado na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre. In: **Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS-UERJ; ABRASCO, 2014. p. 17.

CAMPOS, G. W. D. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 5. ed. São Paulo -SP: Hucitec, 2015.

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

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

CRUZ, R. M. **A Importância da Relação Interpessoal no Ambiente de Trabalho**. Psicologado, 2016. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-organizacional/a-importancia-da-relacao-interpessoal-no-ambiente-de-trabalho>>. Acesso em: 23 set. 2020

FALLEIRO, L. DE M. **Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática**. Porto Alegre - RS: Rede Unida, 2014.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 287–306, mar. 2015.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 704–709, 2018.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, set. 2018.

GARNELO, L. et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 1, p. 54, 31 jul. 2020.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada**. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese de doutorado—Campinas - SP: Universidade Estadual de Campinas, 2011.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p. 19, 2012.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE**, v. 38, n. Especial, p. 94–108, out. 2014.

SEMSA. **Secretaria Municipal de Saúde de Manaus**. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/apresentacao/>>. Acesso em: 7 out. 2020.

SEMSA. **Portaria nº028/2020**. Estabelece a jornada de trabalho dos servidores públicos municipais integrantes das Equipes de Saúde Fluviais e o número mínimo de equipes que exercem atribuições nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), dentre outras providências. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. 2020.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Este estudo analisou o apoio institucional à gestão e à prestação de serviços de atenção primária à saúde ofertados à população rural ribeirinha atendida por UBSFs vinculadas à SEMSA. Em resposta aos objetivos propostos pelo estudo, foi possível identificar um planejamento inadequado das funções do apoiador em cenário rural, o que pode comprometer o desempenho adequado do profissional.

Com relação à investigação e o conhecimento da equipe de gestão local, observou-se um conhecimento incipiente a respeito do papel do apoiador, bem como a respeito de sua política institucional, o que leva os demais profissionais da gestão local a desempenhar as funções do apoiador, porém em caráter imediatista, observando-se pouco planejamento voltado às ações de apoio.

Sendo considerado uma ferramenta de gestão o apoiador estabelece um elo entre a equipe de saúde, a gestão e os usuários, facilitando diálogos e mediando conflitos, analisando situações de saúde e fomentando relações democráticas. No entanto, em contexto rural, o apoiador tornou-se responsável por um amplo leque de tarefas, muito além das que lhe são recomendadas, resolvendo problemas de ordem logística e provisão de insumos e materiais essenciais à assistência itinerante, tendo seus esforços monopolizados por atividades administrativas que descaracterizam sua função como apoiador e que visam suprir lacunas nos processos de gestão administrativa insuficientemente desenvolvidos na secretaria de saúde de Manaus.

O conhecimento do território mostra-se como elemento chave para o fazer saúde em cenário rural, um planejamento que extrapola os moldes prescritos para o contexto urbano. Há que se considerar que é um território complexo, permeado por iniquidades e barreiras de acesso aos serviços de saúde. A imersão do apoiador nas atividades itinerantes da equipe mostrou-se essencial, não sendo, entretanto, a única medida necessária para o adequado desenvolvimento de suas atividades.

É necessário considerar que o apoiador institucional integra a equipe de gestão, mas apenas a sua atuação não é suficiente para garantir mudanças estruturais em todo o modelo de gestão vigente, moldado à luz de uma cultura gerencialista e hierarquizante. Reitera-se a importância de mudanças no modelo de gestão, que permanece com características

verticalizadas, uma vez que adoção de um sistema de gestão mais democrático, pode-se refletir em benefícios na prática das equipes de saúde em contexto rural.

7. REFERÊNCIAS

- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2. ed. São Paulo -SP: Cengage Learning, 2012.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 23–33, mar. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. . 1988.
- BRASIL. nº 8142. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. 1990 a.
- BRASIL. Lei nº 8.080. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 19 set. 1990 b.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB - SUS 96. . 1997.
- BRASIL. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. 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). . 2011 b.

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

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - PMAQ**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. 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). . 2017.

CADORIN, E. et al. O Apoio Institucional vivenciado na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre. In: **Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS-UERJ; ABRASCO, 2014. p. 17.

CAMPOS, G. W. D. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 5. ed. São Paulo -SP: Hucitec, 2015.

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

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

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola

Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4417–4426, nov. 2014.

CASSELLA, N. A.; MACHADO, F. R. DE S. APOIO INSTITUCIONAL: A PERCEPÇÃO DOS APOIADORES EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE ALAGOAS. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 799–820, 16 abr. 2018.

CASTRO, C. P. DE; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 29–50, abr. 2014.

CECÍLIO, L. C. DE O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 39–55, ago. 2004.

CHAN, L.; HART, L. G.; GOODMAN, D. C. Geographic Access to Health Care for Rural Medicare Beneficiaries. **The Journal of Rural Health**, v. 22, n. 2, p. 140–146, abr. 2006.

COSTA, R. F. R. DA; COSTA, G. C. Pobres no Campo, Ricos na Cidade? Uma Análise Multidimensional da Pobreza. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 54, n. 3, p. 537–560, set. 2016.

CRUZ, R. M. **A Importância da Relação Interpessoal no Ambiente de Trabalho** **Psicologado**, 2016. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-organizacional/a-importancia-da-relacao-interpessoal-no-ambiente-de-trabalho>>. Acesso em: 23 set. 2020

FALLEIRO, L. DE M. **Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática**. Porto Alegre - RS: Rede Unida, 2014.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429–439, jun. 2010.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 287–306, mar. 2015.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 704–709, 2018.

GARNELO, L. et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: **Rotas na atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2014. p. 318.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, set. 2018.

GARNELO, L. et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 1, p. 54, 31 jul. 2020.

GRIMM, S.; DRUMOND JUNIOR, M.; LIRA, M. M. T. DE A. Informação e gestão: o monitoramento como prática apoiadora na reorganização da política da Atenção Básica na SMS-SP. In: **Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016)**. Washington - EUA: OPAS, 2017.

GUIZARDI, F. L. et al. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. e280421, 2018.

IBGE. **IBGE | Portal do IBGE | IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 7 out. 2020.

KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180613, 2019.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29–44, mar. 2005.

LORENZETTI, J. et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417–425, jun. 2014.

MACHADO, F. R. DE S.; GUIZARDI, F. L.; LEMOS, A. S. P. A BUROCRACIA CORDIAL: A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE APOIO INSTITUCIONAL NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 3, p. e0022151, 2019.

MALTA, D. T.; MERHY, E. E. **A Micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos**. [s.l.: s.n.].

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. PROBLEMAS E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS GESTORES PÚBLICOS NO PROCESSO DE GESTÃO EM SAÚDE. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 100–111, 2015.

MEDEIROS, M. S. DE. **Condições de vida e de saúde no contexto de uma unidade de conservação ambiental de uso sustentável na Amazônia Brasileira**. Tese de doutorado—Recife - PE: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Aggeu Magalhães, 2018.

MELO, L. M. DE F. et al. Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 8–22, mar. 2016.

MELO, L. M. DE F. et al. CARACTERÍSTICAS DO APOIO INSTITUCIONAL OFERTADO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 685–708, dez. 2017.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo -SP: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 7 out. 2020.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo -SP: Hucitec, 2008.

MORAES, S. M. E. et al. **Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos (Relatório Final)**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. C.; MACHADO, C. V. Sistemas Único de Saúde - SUS. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese de doutorado—Campinas - SP: Universidade Estadual de Campinas, 2011.

PEREIRA JUNIOR, N. **Apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão**. 1. ed. São Paulo -SP: Hucitec, 2018.

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

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p. 19, 2012.

SANTOS, A. R. A. DOS. **Programa Médico da Família no município de Manaus: Paradigma de gestão em saúde pública**. Dissertação de mestrado—Florianópolis - SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, Á. W. POLITICS OF HEALTH'S REGIONALIZATION: FROM THE TRANSACTION RULES TO THE PACT FOR HEALTH. p. 10, 2012.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE**, v. 38, n. Especial, p. 94–108, out. 2014.

SEMSA. Implantação do sistema de gerenciamento com base na cogestão na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA. Manaus - AM: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2014.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/apresentacao/>>. Acesso em: 7 out. 2020.

SEMSA. Portaria nº028/2020. Estabelece a jornada de trabalho dos servidores públicos municipais integrantes das Equipes de Saúde Fluviais e o número mínimo de equipes que exercem atribuições nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), dentre outras providências. . 2020.

VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da atenção básica em cinco municípios da amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 852–865, dez. 2010.

WITKOSKI, A. C.; FRAXE, T. D. J. P.; CAVALCANTE, K. V. **Território e territorialidades na Amazônia: formas de sociabilidades e participação política.** Manaus - AM: Valer, 2

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data de realização da Entrevista: ____/____/____

1. Identificação

1.1. Nome: _____ 1.2. Id. Pesq: ____ 1.3. Idade: ____

1.4. Sexo: M () F ()

1.5. Formação Profissional: _____

1.6. Pós - graduação:

1.6.1. Especialização () 1.6.2. Em que: _____

1.6.3. Mestrado () 1.6.4. Em que: _____

1.6.5. Doutorado () 1.6.6. Em que: _____

1.7. Vínculo empregatício:

Estatutário () Processo Seletivo () Terceirizado () Regime de Direito Administrativo (RDA) () Outros: _____

1.8. Cargo/Função na Secretaria Municipal de Saude (SEMSA):

2. Você foi convocado pela SEMSA para ser Apoiador Institucional?

Sim () Não () Outro: _____

2.1. Se sim ou outro, quando iniciou a exercer essa atividade?

2.2. Se sim ou outro, quantas equipes você acompanha?

3. Você recebeu alguma capacitação para exercer essa função?

Sim () Não ()

3.1 Se sim, quantas capacitações recebeu?

1 2 3 4 5

3.2. Se sim, qual a Carga Horária de cada uma delas?

1 2 3 4 5

3.3. Se sim, quando foram realizadas?

1 2 3 4 5

4. Você foi informado sobre as atribuições do Apoiador Institucional?

Sim () Não ()

4.1. Se sim, quais foram as fontes da informação?

5. Você tem conhecimento de algum documento orientador das atividades do apoiador?

Sim () Não ()

5.1 Se sim, qual a fonte dessa documentação?

Ministério da Saúde () Secretaria Estadual de Saúde () Secretaria Municipal de Saúde ()
Setor da Secretaria em que você trabalha () Outros ()

6. Você pode descrever seu processo de trabalho no dia a dia? (questão aberta, mas contendo um roteiro, em poder da pesquisadora, **ordenado em consonância com as normas técnicas orientadoras do apoio institucional**, que guiará a formulação de novas perguntas caso o entrevistado não aborde espontaneamente todos os aspectos necessários ao entendimento do processo de trabalho do apoiador)

7. O DISAR faz planejamento das atividades de Apoiador?

Sim () Não ()

7.1.Descreva como é feito:

8. Você pode descrever as principais ações de Apoiador Institucional desenvolvidas por você no último ano?

8.1.Como é seu trabalho junto às equipes?

8.2.Desenvolveu atividades de Elaboração e Discussão da agenda com a equipe?

Sim () Não ()

8.2.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.3. Forneceu suporte à implantação do acolhimento e da demanda espontânea?

Sim () Não ()

8.3.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.4. Instituiu espaços regulares para discussão de processos de trabalho da equipe para construção e acompanhamento de intervenções e/ou Projetos Terapêuticos Singulares?

Sim () Não ()

8.4.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.5. Instituiu processos auto avaliativos? (Como mecanismos disparadores de reflexão da organização do trabalho em equipe com a participação de todos os profissionais)

Sim () Não ()

8.5.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.6. Mediou conflitos entre trabalhadores gestores e usuários? (Buscando enriquecer o processo com o convívio das diferenças, o esforço de escuta e a conversão das crises paralisantes em crises produtivas)

Sim () Não ()

8.6.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.6.2. Você poderia descrever situações de gerenciamento de conflitos entre trabalhadores e usuários que você mediou?

8.7 Participou de Encontros/Reuniões com apoio técnico e/ou gestão da atenção básica para discussão e análise das demandas observadas pelo Apoiador Institucional junto à equipe?

Sim () Não ()

8.7.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.8 Apresentou ao Distrito de Saúde (DISA) relatório com os resultados alcançados pelas equipes, os entraves e os êxitos, discutindo proposta de resolução?

Sim () Não ()

8.8.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.9 Mantém agenda regular para discussão do processo de trabalho da equipe, acompanhamento de intervenções e avaliação de resultados?

Sim () Não ()

8.9.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.10 Fomentou e desenvolveu ações intersetoriais destinadas ao cuidado e a promoção da saúde, envolvendo os equipamentos comunitários disponíveis? (Visando o fortalecimento das ações de promoção da saúde e do controle social)

Sim () Não ()

8.10.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.11 Captou e desenvolveu as demandas de Educação Permanente? (Visando o desenvolvimento de estratégias e o estímulo às mudanças de práticas na gestão e no cuidado em saúde)

Sim () Não ()

8.11.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.12 Você deu suporte a equipe na realização da atualização do diagnóstico situacional para estabelecer o perfil epidemiológico da população de seu território?

Sim () Não ()

8.12.1. Se sim, quantas vezes do ano passado para cá?

8.13 Você realizou atividades que não são prescritas para o trabalho de Apoiador Institucional, mas são solicitadas pela secretaria?

Sim () Não ()

8.13.1. Se sim, que atividades desse tipo realizou do ano passado para cá?

9. Quais as principais demandas que as equipes acompanhadas trazem para você?

10. No seu trabalho com as equipes quais são as principais dificuldades relatadas pelos profissionais que você acompanha?

11. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades enfrentadas por você como apoiador?

12. Você se reúne com a chefia do departamento para alinhamento das ações de apoio?

Sim () Não ()

12.1. Se sim, quantas vezes no mês?

13. Essas reuniões são programadas ou oriundas de demanda imprevista?

Sim () Não ()

13.1. Quantas dessas reuniões foram de demanda imprevista no último mês?

14. Você pode descrever os temas tratados nessas reuniões com a chefia no último mês?

14.1. Nas reuniões com a gerência você trouxe para a discussão algum tema demandado pela equipe da ponta?

Sim () Não ()

14.1.1. Se sim, pode descrever?

15. Existe monitoramento das ações realizadas pelo apoiador (a)?

Sim () Não ()

15.1. Se sim, como é feito?

16. Você trabalha como apoiador (a) em um distrito de saúde rural. Em sua opinião o trabalho de apoiador de equipes que atendem populações rurais é igual ou diferente do trabalho do apoiador de equipes que atuam em áreas urbanas?

17. Se você vê diferenças entre a organização do trabalho de apoiador de equipes urbanas e rurais, pode descrevê-las?

18. Quais as principais dificuldades encontradas no seu trabalho cotidiano como apoiador (a) de equipes que atuam e áreas rurais?

19. Que sugestões você daria para amenizar as dificuldades que apontou?

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP

FUNDAÇÃO DE MEDICINA
TROPICAL DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO ((FMT-HVD))



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas

Pesquisador: Maria Luiza Garnele Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57706316.9.0000.0005

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.742.086

Apresentação do Projeto:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como pendência levantado no parecer 1.685.778/2016, verificou-se a necessidade de anexar a Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Airão.

Como resposta a esta pendência, os pesquisadores expuseram que, embora parte da população a ser pesquisada resida no município de Novo Airão, esta é atendida integralmente pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, uma singularidade observada para algumas

Endereço: Av. Pedro Teixeira, 25

Bairro: D. Pedro I

CEP: 69.040-000

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)2127-3572

Fax: (92)2127-3572

E-mail: cep@fmt.am.gov.br

FUNDAÇÃO DE MEDICINA
TROPICAL DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO ((FMT-HVD))



Continuação do Parecer: 1.742.086

comunidades ribeirinhas daquele município. A SEMSA Manaus já havia emitido carta de anuência para o projeto, conforme já relatado no parecer 1.685.778/2016. Assim, CONSIDERA-SE A PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto está APROVADO e os interessados ficam informados de apresentar a este CEP os relatórios parciais e final do estudo, conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012, utilizando o formulário de Roteiro para Relatório Parcial/Final de estudos clínicos Unicêntricos e Multicêntricos, proposto pela CONEP em nossa home page.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_708491.pdf	14/09/2016 22:43:01		Aceito
Outros	Resposta_pendencia.pdf	14/09/2016 22:41:29	FERNANDO JOSE HERKRATH	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Luiza_Garnelo_Pereira.pdf	11/07/2016 11:35:45	José Wilzimar Monteiro de Luna	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP.pdf	24/06/2016 15:58:01	FERNANDO JOSE HERKRATH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgestoresprofissionais.doc	24/06/2016 15:37:52	FERNANDO JOSE HERKRATH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcomunitarios.doc	24/06/2016 15:37:43	FERNANDO JOSE HERKRATH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/05/2016 15:29:33	FERNANDO JOSE HERKRATH	Aceito
Outros	Anuencia_Semsa.pdf	23/05/2016 15:28:58	FERNANDO JOSE HERKRATH	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pedro Teixeira, 25
Bairro: D. Pedro I CEP: 69.040-000
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)2127-3572 Fax: (92)2127-3572 E-mail: cep@fmt.am.gov.br