

# *Apoio institucional na Atenção Básica:* análise dos efeitos relatados

I<sup>1</sup> Francini Lube Guizardi, <sup>2</sup> Ana Silvia Pavani Lemos,

<sup>3</sup> Felipe Rangel de Souza Machado, <sup>4</sup> Leonardo Passeri I

**Resumo:** O artigo mapeou os efeitos associados à intervenção do apoio institucional no contexto da atenção básica em saúde, com a perspectiva de identificar e problematizar o alcance e as questões relevantes para sua consolidação. Realizamos uma pesquisa bibliográfica, no Portal de Periódicos da Capes e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre janeiro de 2016 e outubro de 2017. O corpus empírico da pesquisa foi composto por 68 documentos. A literatura confirma o movimento de institucionalização do apoio institucional no âmbito da atenção básica, possibilitando-nos entrever avanços, dificuldades e contradições. As mudanças relatadas sugerem que o apoio promove impactos reais nas práticas sociais que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde. Apontam também para perspectivas promissoras de mudanças na cultura organizacional dessas instituições. Contudo, evidenciam o desafio de aguçar as dimensões e implicações políticas e culturais dessa forma de intervenção, a fim de que não sejam moldadas e direcionadas apenas para a qualificação dos processos de trabalho e consigam intervir de forma substantiva na democratização das instituições de saúde.

► **Palavras-chave:** atenção primária de saúde, apoio institucional, gestão em saúde, organização e administração, democracia.

<sup>1</sup> Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Interdisciplinaridade em Saúde, Escola de Governo, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília-DF, Brasil (flguizardi@gmail.com).  
ORCID: 0000-0002-5086-4128.

<sup>2</sup> Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Interdisciplinaridade em Saúde, Escola de Governo, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília-DF, Brasil (ana.lemos@fiocruz.br).  
ORCID: 0000-0002-2483-4347

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (felipersmachado@gmail.com).  
ORCID: 0000-0002-5028-8888

<sup>4</sup> Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil (leo\_passeri@hotmail.com).  
ORCID: 0000-0001-5322-8736

Recebido em: 19/03/2018  
Aprovado em: 09/08/2018  
Revisado em: 17/09/2018

## Introdução

O apoio institucional (AI) é uma função, ou metodologia de trabalho gerencial, direcionada a coletivos organizados para a produção de saúde, que visa a promover a análise e a gestão compartilhadas do trabalho, em contraposição às principais características dos modos tradicionais de administração. Nesse sentido, objetiva a democratização das instituições e procura evidenciar as relações intrínsecas entre a oferta de serviços que atendam a necessidades sociais, à configuração das organizações que os provêm e à formação subjetiva dos profissionais que nelas atuam (CAMPOS, 2005; OLIVEIRA, 2011; RIGHI, 2014; MOURA; LUZIO, 2014; PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014).

Pereira Junior e Campos (2014) relatam que as primeiras experiências de AI no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreram no município de Campinas/SP, na década de 1990. Na seguinte, outras localidades seguiram caminho semelhante: “Belo Horizonte-MG, Sobral-CE, Diadema-SP, Amparo-SP, São Bernardo do Campo-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” (p.896).

Em 2003, quando foi iniciada nova gestão no Ministério da Saúde (MS), o AI encontrou espaço na formulação de políticas de saúde em âmbito nacional, por meio do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD-SE), responsável pela configuração do Apoio Integrado como estratégia de fortalecimento do processo de descentralização do SUS. O AI também esteve presente na busca pela mudança dos modelos de atenção e gestão de serviços e sistemas de saúde. Nessa direção, a Política Nacional de Humanização (PNH), formulada no mesmo período, apresentava o AI como um de seus principais dispositivos de intervenção (BRASIL, 2008; 2010). Havia então a expectativa de que o recurso a essa função interviesse na histórica fragmentação institucional que caracteriza o MS, em seus modos de funcionamento e coordenação da política nacional de saúde (PEREIRA JUNIOR, 2013; CARDOSO, 2015).

Há hoje o reconhecimento de que a estratégia metodológica do AI influenciou e foi incorporada à cultura sanitária brasileira, o que pode ser atestado por evidências claras de sua institucionalização, seja em experiências de gestão em saúde, como

as já relatadas, seja em documentos e normativas orientadoras de programas e políticas públicas do setor. Além dos exemplos mencionados, um importante marco foi a recomposição da proposta de Apoio Integrado, a partir de 2011, no contexto de implantação das redes de saúde. Outros sinais de sua institucionalização são a crescente formalização de cargos e funções na administração pública, com a realização de concursos públicos para a atribuição de apoiador institucional, e o desenvolvimento, com uma expressiva ampliação, de projetos voltados para a formação de apoiadores.

No âmbito da Atenção Básica (AB), escopo de reflexão deste trabalho, o AI foi também incorporado como uma função gerencial de suporte à implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), principalmente no tocante à sua adequação aos contextos e políticas locais. Conforme Melo (2015), a metodologia encontra-se em institucionalização desde que foi apresentada oficialmente em várias normativas da AB. Foi incorporada na revisão da política, publicada em 2012, encontra-se nas diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com inúmeros relatos de experiências locais disponíveis na literatura. Estas se referem tanto ao apoio institucional realizado pelas secretarias municipais de saúde a regiões sanitárias, como também a equipes de AB. O AI revela-se presente também nas relações federativas, como estratégia de coordenação e implementação de políticas e programas entre os diferentes entes gestores do sistema de saúde. Nesse sentido, podemos salientar uma multiplicidade de arranjos e de públicos (gestores e trabalhadores) que compõem o cenário do AI na AB.

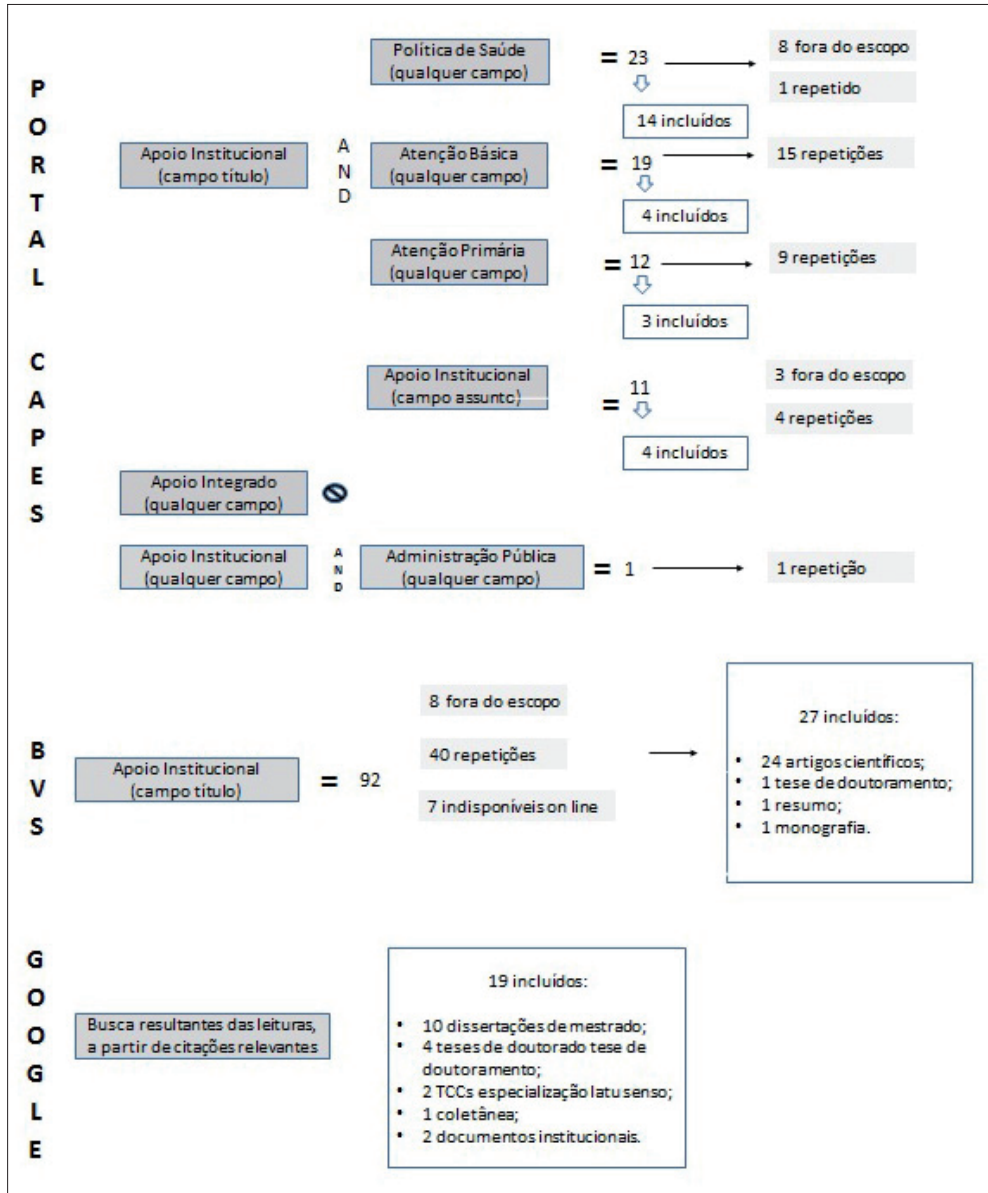
Não obstante, não encontramos estudos sistematizando os efeitos gerados nas experiências concretas de AI no contexto da AB, que nos permitam refletir criticamente sobre o alcance e as questões relevantes para sua consolidação. Este artigo procura responder a tal lacuna, por meio de uma pesquisa bibliográfica, que compõe o projeto “Apoio institucional na Atenção Básica em Saúde: estudo sobre democratização e gestão pública”. A pesquisa teve como objetivo central investigar a inserção do AI na gestão federal da Pnab no período compreendido entre 2011 e 2015. Neste texto, trazemos os achados referentes ao objetivo específico de analisar os principais efeitos que a função “apoio institucional” produziu no contexto da AB.

## Método

A coleta de dados foi feita no Portal de Periódicos da Capes e na BVS, entre janeiro de 2016 e outubro de 2017. Os documentos encontrados foram inicialmente analisados pelo título e resumo, e incluídos no corpus de pesquisa quando contemplavam reflexões teórico-metodológicas sobre a implementação do AI na AB ou em políticas de saúde; ou quando apresentavam relatos de experiências de AI nesse âmbito. Também foram incorporados relatos de experiência de formação de apoiadores, vinculados à AB. Foram selecionados como insumo, para construção do referencial analítico, textos que exploravam aspectos conceituais e metodológicos sobre a função “apoio”. A disponibilidade dos documentos na internet e o período da publicação entre 2003 e 2017 também constituíram critérios de inclusão, em razão do acesso e do período relatado na literatura sobre a inserção do AI nas políticas de saúde.

A busca no portal de periódicos da Capes foi realizada por meio da opção “busca avançada”, utilizando-se diversas combinações de palavras-chave, conforme detalhado na figura 1. A seleção final, a partir dos critérios de inclusão estabelecidos, resultou em 25 documentos para análise. Para a busca bibliográfica na BVS, utilizou-se a palavra-chave “apoio institucional”, o que retornou 92 resultados. Após a análise pelos critérios de inclusão, foram selecionados 27 documentos para o estudo. E, por fim, a leitura dos textos selecionados motivou novas buscas por meio da plataforma Google, de dissertações de mestrado, teses de doutoramento, trabalhos de conclusão de curso (TCC), e documentos institucionais, cujo conteúdo havia sido, de algum modo, divulgado ou citado nos artigos, e avaliado como relevante. Nessa etapa, incluíram-se mais 19 documentos para análise. Assim, o corpus final da pesquisa foi composto por 68 documentos.

Figura 1



A análise foi realizada com o auxílio do *software* Atlas.ti<sup>1</sup>, a partir da criação de códigos temáticos emergentes. Buscou-se preservar as especificidades do conteúdo, de modo a promover uma agregação sucessiva dos 490 códigos gerados pela análise. Esses códigos foram agrupados em 11 categorias, configuradas pela recorrência e convergência de seu conteúdo central. Neste artigo, será abordada a análise da categoria “efeitos e resultados identificados com a implementação do AI na atenção básica”. Tal análise foi iniciada pela sistematização dos resultados esperados, ou associados teoricamente na literatura com a implementação do AI. Em seguida, os resultados e efeitos relatados pelas diferentes experiências de apoio foram organizados considerando as categorias delineadas como resultados esperados, a fim de problematizar “o apoio como experiência concreta”, em seus avanços, recuos e contradições.

## Os efeitos esperados do apoio institucional na literatura

A principal intenção enunciada em relação ao AI concerne à democratização da gestão das organizações de saúde, traduzida como ampliação do protagonismo e da autonomia dos sujeitos nos processos decisórios e nas relações institucionais. Secundariamente, observa-se a preocupação com a qualificação das políticas públicas de saúde.

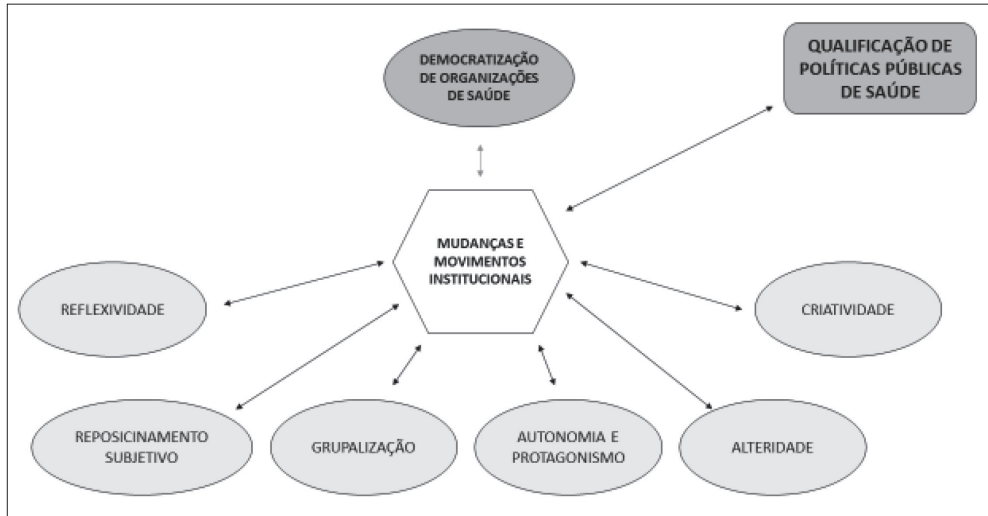
A democracia é um signo que comporta não só diversas interpretações, como também apreensões contraditórias e conflitantes (DAHL, 2001). A análise empreendida partiu, em razão deste aspecto, da pergunta sobre como a democracia é significada nos textos, ainda que indiretamente, ou seja, mesmo quando não se encontra explicitamente conceituada. Encontramos, de modo geral, uma identificação clara entre democracia e produção de movimentos e mudanças institucionais (MAIA; NEVES, 2014; BARROS, 2014). O principal modo de significar essa relação é atrelado ao desenvolvimento de um conjunto de atributos subjetivos, intrinsecamente correlacionados entre si. O foco na mudança, entendida por vezes como conformação de rupturas, expressa a compreensão de que a cultura instituída nas organizações, e atualizada nas práticas cotidianas, permanece autoritária e concentradora de poder. Coerente com a literatura sociológica sobre o tema (BAQUERO, 2001), trata-se de uma leitura cuja perspectiva analítica revela-se próxima ao interacionismo simbólico, uma vez que essa corrente de pensamento pressupõe que as mudanças culturais e institucionais nas relações de poder derivarão

de transformações nos sujeitos e em suas práticas, tendo em vista que a permanência que caracteriza determinada estrutura social precisa, necessariamente, ancorar-se e atualizar-se em ações e interações sociais, ainda que não possa ser a elas reduzidas como fenômeno histórico (GADEA, 2013).

Dentre os atributos subjetivos identificados como expressão de processos de democratização, destaca-se a ampliação da reflexão crítica e da compreensão dos processos institucionais, considerando aspectos de poder, conhecimento e circulação de afetos, o que reflete o posicionamento dos principais teóricos do AI.

O aumento de processos de “grupalização” seria outra dimensão de democratização, entendida como a constituição de movimentos coletivos engajados na gestão institucional, bem como na consecução das finalidades do trabalho em saúde, principalmente quando voltadas à qualificação do cuidado. Tal efeito se desdobraria de forma recursiva em mudanças no modo de gerir os processos de trabalho em direção a sua organização do modo mais cooperativo e com responsabilidades compartilhadas. Outro ponto recorrentemente apresentado como efeito esperado do AI é a ampliação da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, sejam eles trabalhadores e gestores, sejam usuários dos serviços e sistemas de saúde. A compreensão de autonomia e protagonismo apresenta, nos enunciados mapeados, contornos pouco claros. A maior abertura para a experiência da alteridade também é suposta como uma resultante desse modo de gestão, associada a trocas solidárias de experiências entre sujeitos e coletivos engajados no apoio. O conjunto dessas práticas incidiria na fragmentação característica dos modos hegemônicos de administração, produzindo novas configurações institucionais, em especial no que tange à transversalização dos processos comunicacionais (MAIA; NEVES, 2014; BARROS; DIMENSTEIN, 2010; MAERSCHNER et. al., 2014; CASTRO; CAMPOS, 2014; GUEDES et al., 2012; SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014; FIGUEIREDO, 2012). Todos esses efeitos são mutuamente dependentes e encontram-se atrelados, não obstante suas especificidades. De forma geral, pressupõem intenso reposicionamento subjetivo e o desenvolvimento de maior criatividade no trabalho em saúde. Sistematizamos, na figura abaixo, tais aspectos, a fim de que orientem a análise das experiências concretas de apoio identificadas na literatura sobre o tema.

**Figura 2.** Atributos identificados ao processo de democratização das organizações de saúde.



Fonte: Elaboração própria

## Resultados e discussão

### Movimentos e mudanças institucionais relatados nas experiências de AI

Os efeitos relatados na pesquisa bibliográfica foram reunidos em dois grandes grupos, que refletem o escopo analítico delimitado por nosso objetivo de pesquisa: 1) as mudanças nas práticas cotidianas relatadas nos serviços de AB; 2) e as mudanças na cultura organizacional que foram associadas à intervenção promovida pelo AI. Nesse sentido, importa explicar que essa divisão se justifica menos pelas características intrínsecas dos movimentos e das modificações identificadas, dada sua grande interdependência, operadas principalmente como um esforço interpretativo orientado para a relação entre as dimensões culturais do fenômeno estudado e as práticas sociais objetivadas.



**Tabela 1.** Resultados por categoria analítica

Mudanças nas práticas cotidianas dos serviços de atenção básica	Mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde
Mudanças nos processos de trabalho e na organização do cuidado	Diminuição de posturas autoritárias
Maior satisfação e motivação com o trabalho	Experimentação de relações mais horizontais e solidárias entre atores
Transformações nas práticas clínicas dos trabalhadores de saúde	Resolução mais rápida de problemas e obstáculos, decorrente da descentralização das decisões
Ampliação e qualificação do acesso dos usuários, associadas à reorganização dos serviços baseada em necessidades da população	Melhora nos mecanismos de controle e transparência institucional
	Relativo aumento da autonomia operacional dos grupos
	Maior participação de agentes sociais heterogêneos

Fonte: elaboração própria.

Com relação às mudanças nas práticas cotidianas dos serviços de AB, identificou-se uma predominância de relatos ligados às alterações no processo de trabalho e na organização do cuidado, associadas ao AI realizado diretamente a equipes de AB. Embora, na maior parte dos textos, tais mudanças sejam citadas de forma genérica, encontramos descrições mais objetivas, como aquelas relativas à implantação e à organização do acolhimento em unidades de saúde, ou à ampliação de ações comunitárias empreendidas pelas equipes, por exemplo, a realização de grupos terapêuticos, ou intervenções direcionadas à organização dos moradores, com o objetivo de qualificar a participação social no território (CARDOSO, 2015; FIGUEIREDO, 2012; BARROS; SOUZA, 2011; CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014; GUEDES et. al., 2012; CASTRO; CAMPOS, 2014; FALLEIRO, 2014).

Interessante notar a sinalização de que as mudanças alcançadas encontram-se no âmbito de governabilidade dos atores envolvidos, sinalizando, com isso, um potencial de ação até então não explorado. Inferimos que tal resultado possa estar atrelado a outro efeito identificado: a maior satisfação e motivação com o trabalho advindas da

percepção do impacto positivo gerado na vida dos usuários. Esse aspecto coloca em primeiro plano a questão dos sentidos do trabalho. O AI demonstra intervir na forma como os profissionais percebem, significam e valorizam o trabalho na AB, como apontado no relato de experiência de um curso de especialização organizado com base no AI, para profissionais da AB de Campinas, SP (FIGUEIREDO, 2012; SHIMIZU; MARTINS, 2014). “E aquele preconceito, de sermos uma equipe que trabalha no “postinho” de saúde, diminuiu muito para nós” (FIGUEIREDO, 2012,p. 341).

Foram também descritas transformações nas práticas clínicas dos trabalhadores de saúde, aspecto associado principalmente à utilização do AI como metodologia de formação profissional e/ou educação permanente. Esses resultados sugerem que a metodologia pode ser uma estratégia potente para o enfrentamento de obstáculos culturais históricos, referentes à hegemonia e aos limites do paradigma biomédico na consecução dos princípios e das diretrizes do SUS, que demandam outras lógicas e modos de intervenção coerentes com uma concepção ampliada de determinação social do processo saúde-doença-cuidado (CAMARGO JR, 2005). Em convergência, alguns estudos apresentam, como efeito das intervenções operadas no método do apoio, a ampliação e a qualificação do acesso dos usuários, com a reorganização dos serviços baseada em necessidades da população (MAERSCHNER et al., 2014; FALLEIRO, 2014; CARDOSO, 2015; CASTRO; CAMPOS, 2014; FIGUEIREDO, 2012).

O segundo grupo identificado é referente às características da cultura organizacional das instituições de saúde. O que Campos (2005) conceitua como racionalidade gerencial hegemônica pode ser compreendido como uma instituição, na acepção proposta por Baremblytt (2002), na medida em que é transversal a diferentes organizações e setores da atividade societária, operando lógicas imateriais (relacionais, simbólicas, afetivas, perceptivas), mas também dispositivos concretos de produção de relações sociais. Na área da saúde, tal racionalidade também se apresenta em seus traços constitutivos, quais sejam a alienação e a fragmentação do trabalho, a concentração de poder e a verticalidade das estruturas de gestão, principalmente nos processos decisórios, e a funcionalidade da disciplina e do controle tanto como recursos, quanto como objetivos institucionais. A perspectiva da democratização, alçada à diretriz central para a intervenção no AI, confronta-se justamente com o desafio de fazer diferir esses aspectos, abrindo novas perspectivas para a produção de real social (ROLNIK, 2009). Ou seja, o desafio de produzir

relações institucionais que não transformem em práticas e discursos esses traços constitutivos, engendrando, com isso, novas formas de sociabilidade.

Os textos analisados indicam resultados significativos nessa direção, por exemplo, a diminuição de posturas autoritárias e a experimentação de relações mais horizontais e solidárias entre os atores. Encontramos também a avaliação de que a intervenção propiciou a resolução mais rápida de problemas e obstáculos, graças à descentralização das decisões antes restritas às instâncias de chefia, gerando maior responsabilização nos setores e sujeitos envolvidos na gestão colegiada, como suposto pelo referencial teórico que fundamenta a metodologia (SHIMIZU; MARTINS, 2014; CARDOSO, 2015; CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016; CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014).

A implementação do apoio implica expor ou propiciar a emergência de tensionamentos e conflitos. Quanto a isso, cabe uma reflexão sobre a intencionalidade e os desafios enfrentados pelos atores da gestão ao adotar a estratégia, uma vez que ela supõe intervir nos próprios recursos de poder de que dispõem. Nos dados obtidos, temos dois indícios, ou melhor, analisadores<sup>2</sup> interessantes para fazer essa discussão. O primeiro refere-se à posição do apoiador nas redes de poder das instâncias de gestão e trabalho que estão sendo apoiadas. No caso do Distrito Federal, onde o projeto de intervenção realizado entre 2013 e 2014 previa o trabalho de apoio às equipes de saúde da família, mas também às gerências intermediárias e central, constataram-se grandes avanços nos dois primeiros âmbitos, mas uma expressiva dificuldade de mobilizar o nível central da gestão no decorrer do projeto (CARDOSO, 2015). Ao fim, a adesão revelou-se principalmente formal, quando o desenvolvimento do AI requereu intervir nos recursos de poder de quem a autorizou. O mesmo fato parece ocorrer com outros relatos (FIGUEIREDO, 2012; D'ASCENZI, 2006), na relação entre “ponta” e “centro” do sistema.

D'Ascenzi (2006) realizou um trabalho etnográfico sobre a implementação do apoio em unidades de AB, entre 2001 e 2005, no município de Campinas, SP, encontrando uma série de evidências positivas sobre a “melhora nos mecanismos de controle e publicização, com uma maior participação de agentes sociais heterogêneos, e um relativo aumento da autonomia operacional” (p.57). Entretanto, o autor conclui que a implementação revelou a “permanência das fortes tendências autoritárias” (p.57), pois foi baseada na adesão “constrangida” dos coordenadores de unidade, cargos de indicação política, efetivada com baixa formalização e prescrição do trabalho, por

meio de estratégias de “treinamento e capacitação” pouco dialógicas e polifônicas, e sem considerar as configurações de classe e identidade profissional que incidiam fortemente nos arranjos da cultura institucional de equipes e serviços de saúde. O autor sinaliza as contradições implícitas nesse processo, tendo em vista o objetivo de promover uma mudança cultural na AB. Questiona, principalmente, o perfil esperado e o papel incumbido ao dirigente, como liderança racional e carismática, e o fato de que, nos casos em que houve maior avanço, a atuação dos coordenadores de unidade foi determinante. Um relato interessante, nesse sentido, concerne aos “usos” utilitários do AI, como meio de compartilhar em fóruns colegiados o ônus de decisões impopulares já definidas.

Em uma experiência consolidada de apoio federativo, realizada pela Fundação Estatal Saúde da Família nos municípios da Bahia, encontramos resultados promissores e importantes indicações para a reflexão sobre a implementação do AI como metodologia de gestão. Baseada em narrativas de apoiadores que vivenciaram diferentes momentos e frentes de trabalho, a publicação apresenta a percepção geral de intenso aprendizado com os múltiplos processos, agendas e cenários do AI realizado. Dentre os resultados descritos, encontramos a avaliação de que as intervenções do apoio promoveram mudanças no processo de trabalho das gestões municipais e de equipes de saúde da família atuantes nos territórios, mediando muitas vezes uma maior aproximação do nível central com essas equipes (FALLEIRO, 2014).

Esse dado nos permite retomar as questões até aqui sinalizadas sobre o posicionamento do apoiador em relação às redes institucionais apoiadas. Isso porque, quando comparadas com experiências de apoio restritas ao âmbito municipal, que apresentaram limites em reconfigurar a relação entre gestão central e equipes de saúde, podemos conjecturar se o efeito positivo obtido, não obstante as dificuldades, os limites e as contradições relatadas, não decorre do pertencimento do apoiador a uma instituição externa ao sistema municipal de saúde, no contexto da relação federativa. Essa externalidade, que não é isenta do ponto de vista das relações de poder entre os entes, opera, em certa medida, como um fator de transparência, pois incide na visibilidade dos processos institucionais, interesses e vetores de força atuantes em determinado território. Em um cenário em que há um lugar de poder claramente estabelecido, com grande concentração decisória sobre as questões institucionais em poucos atores, que na sua maioria ocupam esses lugares em razão do pertencimento a redes políticas que operam na disputa pela condução do Estado, tal transparência

demonstra engendrar efeitos que não ocorrem nas experiências de apoio conduzidas ou demandadas por atores que ocupam posições institucionais de poder.

Essa reflexão se coaduna com as contradições evidenciadas pelo estudo etnográfico de D'Ascenzi (2006) e permite-nos formular a hipótese de que a concentração de poder (econômico, simbólico, normativo, entre outros) nas organizações depende da existência de “filtros”, fortemente ancorados na nebulosidade dos processos decisórios. Nesse sentido, refletimos sobre a dependência da racionalidade gerencial hegemônica em relação à interdição de processos comunicacionais transversais e da circulação das informações que escapem à regulação promovida por esses dispositivos que nomeamos como “filtros”. A analogia justifica-se pela funcionalidade dos filtros em dar passagem, mas reter elementos específicos, como modo operante de regulação. Tais dispositivos dependeriam, ademais, da concentração do poder decisório em poucos atores, que se relacionam com o conjunto da organização em termos hierárquicos. Os casos que revelam limites importantes para reconfiguração da relação centro-ponta do sistema evidenciam que a intencionalidade do ator que efetua a decisão política de implementação do AI não necessariamente implica a desconstrução do próprio “lugar-dispositivo” que permite esse mesmo exercício autorizativo.

Por outro lado, tais evidências apontam também para um conjunto de questões que derivam da tentativa de implementar o AI por meio dos dispositivos-filtro que maquinam, em acepção esquizoanalítica, a organização e a atualização nela de suas instituições estruturantes, como observado a respeito do perfil e do papel esperado do apoiador, como liderança de processos e movimentos. O caso de Campinas, analisado por D'Ascenzi (2006), traz esse elemento ao apontar as contradições em relação à figura do coordenador das unidades de saúde, as quais resultaram, em alguma medida, em usos utilitaristas do apoio como recurso de legitimação.

## **Os atributos subjetivos identificados nas mudanças nos modos de gerir processos e a organização do trabalho em saúde**

Os relatos abordam um conjunto de atributos subjetivos, mapeados como efeitos do AI nessas experiências, os quais são consoantes com a literatura que desenvolve em perspectiva teórica e metodológica o tema. Um primeiro ponto a esclarecer é a referência conceitual de subjetividade adotada em nossa análise. Com base na produção acadêmica oriunda do campo da esquizoanálise, compreendemos a subjetividade como um processo de produção histórico, social, político, econômico e

cultural, em suma, transversal, difuso e multidirecional, que não pode ser reduzido à individualidade e à trajetória de vida dos sujeitos, enquadramento usual na tradição do conhecimento psicológico e psicanalítico. Nessa perspectiva, o foco da análise é a configuração das representações, das percepções, dos afetos e dos sentidos que conformam territórios existenciais compartilhados. A individualidade é entendida como resultado dessa produção e, por este motivo, as relações e os processos que a possibilitam são colocados em primeiro plano, ao passo em que ela própria, assim como todas as demais referências identitárias, é compreendida como resultante dos processos de subjetivação.

Com isso, nosso olhar para os atributos subjetivos identificados nos relatos de experiência volta-se para o que emerge como diferenciação, como experimentação de outra forma de ser, reconhecer-se e agir como profissional de saúde no contexto da AB. Nesse sentido, os achados permitiram-nos identificar, como efeitos das intervenções, movimentos de expansão dos vetores de reflexão, grupalização, autonomia e abertura à alteridade.

No tocante à ampliação dos processos e movimentos reflexivos, encontramos sinalizações consistentes de sua relação com a intervenção do apoio, como a apropriação de práticas de gestão, com potência para incidir diretamente na segregação entre a gestão (reduzida à atividade de controle) e a execução do trabalho, eixo axiomático da racionalidade gerencial hegemônica instituída. Nessa mesma direção, vários relatos abordam a ampliação do repertório de análise dos sujeitos, expressando: ressignificação da dimensão política da clínica, ampliação da compreensão do processo saúde-doença-cuidado e maior compreensão dos objetos complexos do trabalho em saúde, especialmente em relação às dinâmicas e configurações territoriais, tão características da AB, mas, ao mesmo tempo, tão estranhas aos profissionais e às equipes de saúde, em suas práticas cotidianas. Como consequência, o apoio demonstra ser capaz de intervir na desnaturalização de práticas e processos sociais, produzindo maior abertura para a construção de novos modos de ação e relação (CARDOSO, 2015; CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016; FIGUEIREDO, 2012; SHIMIZU; MARTINS, 2014; CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014; GUEDES et al., 2012; CASTRO; CAMPOS, 2014; FALLEIRO, 2014).

A afetividade foi uma dimensão interessante do componente reflexivo identificado. Se, por um lado, socialmente existe o reconhecimento deste aspecto como inerente à experiência humana, no trabalho em saúde, afetos, sentimentos

e emoções tendem a ser negados e silenciados por meio de mecanismos de defesa associados aos diferentes gêneros profissionais (DEJOURS, 2005; CLOT, 2006). Frequentemente, são interditados justamente os afetos que poderiam provocar desestabilização na atualização de padrões institucionais arraigados social e culturalmente. Observamos, dentre os relatos colhidos, uma maior identificação desses mecanismos, bem como a experiência de perceber e analisar os sentimentos presentes nas atividades e relações de trabalho (FIGUEIREDO, 2012; SHIMIZU; MARTINS, 2014; CASTRO; CAMPOS, 2014).

Salientamos, entretanto, que não é possível estimar uma proporção ou incidência de tais efeitos nos sujeitos envolvidos com a intervenção. Contudo, compreendemos que tais apontamentos constituem um dado de pesquisa relevante, na medida em que, estando dispersos nos relatos encontrados, permitem entrever processos de subjetivação que se diferenciam dos territórios existenciais prévios. Com isso, confirmam o potencial esperado da metodologia de intervir na produção de subjetividade, ensaiando novos vetores de força e expressão na realização do trabalho e da gestão em saúde.

Os efeitos antes descritos foram associados à constituição de espaços coletivos, outro aspecto fulcral da metodologia. Grande parte das experiências menciona sua indução e formalização, em diferentes arranjos e modelagens, como colegiados gestores, reuniões de equipe, projetos específicos, conselho gestor, fóruns temáticos e de educação permanente. Há uma percepção comum de que esses espaços efetivamente proporcionam o recurso e o fortalecimento da inteligência coletiva (NEGRI; HARDT, 2001), pelo compartilhamento de análises e decisões e pela redução da vulnerabilidade dos sujeitos às críticas, aspecto cultural significativo em nosso contexto. Chama a atenção, ademais, o fato de que, a esses espaços, é associada uma compreensão mais apurada do coletivo como processo, e não como instância ou ente institucional, intimamente atrelado à construção compartilhada de sentidos para o trabalho. Nessa mesma direção, um dos efeitos mapeados foi o maior envolvimento, interesse e disponibilidade para o trabalho coletivo promovidos pela dinâmica do AI a partir do qual foram relatadas melhorias no trabalho em equipe, fortalecimento de vínculos e inclusão de diferenças (MAERSCHNER et al., 2014; CARDOSO, 2015; FIGUEIREDO, 2012; D'ASCENZI, 2006; PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014; PRADO et al., 2013; SHIMIZU; MARTINS, 2014;

CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014; PINHEIRO; JESUS, 2014; GUEDES et al., 2012; CASTRO; CAMPOS, 2014; SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014; FALLEIRO, 2014).

No tocante à democratização, ainda que não possam ser dissociados, não podemos afirmar que a constituição de espaços coletivos intervenha necessariamente na configuração e acesso às decisões institucionais. Isso porque a maior parte dos relatos foca nas melhorias observadas no trabalho, nos processos de educação permanente e mesmo na criação de novos projetos, enquanto poucos referem maior horizontalidade no processo decisório ou aproximação entre os diferentes níveis hierárquicos (PINHEIRO; JESUS, 2014; SHIMIZU; MARTINS, 2014; CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014).

Também no âmbito dos atributos subjetivos, os relatos corroboram a expectativa de que o AI fortaleça a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. A proposição de novos fóruns de cogestão, o movimento em direção a outros atores e grupos, assim como uma postura de maior responsabilização pelos processos e de maior liderança na equipe, foram citados, embora em menor proporção. A alteridade emerge nesse contexto como aspecto a ser melhor compreendido e explorado, pois as experiências também sinalizam que a intervenção proporcionou uma maior disponibilidade geral para o diálogo, algumas vezes tendo como efeito a desconstrução do trabalho na AB como campo de certezas e verdades. Não obstante, a ampliação da participação e corresponsabilização de usuários sobre o tratamento e os serviços oferecidos surgiu, de modo residual e pouco problematizado, principalmente nas experiências que tinham como objeto a gestão municipal (FIGUEIREDO, 2012; CARDOSO, 2015; GUEDES et al., 2012; MAERSCHNER et al., 2014; CASTRO; CAMPOS, 2014; SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014).

## **Qualificação de políticas públicas de saúde**

A expansão do recurso ao AI no contexto da AB, no cenário nacional, é associada ao fortalecimento da Pnab e ao aprimoramento da articulação federativa, propiciando melhor uso e impacto dos recursos financeiros (MATTOS, 2013; FALLEIRO, 2014; COSTA, 2009; ALMEIDA, et al., 2015). No plano da gestão estadual, mas também no tocante à coordenação nacional da política, as experiências demonstraram que o método propicia uma maior integração entre os



entes federados, principalmente com o fortalecimento do vínculo entre estados e municípios e com a aproximação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) às questões e realidades da AB. No caso específico do Programa Mais Médicos (PMM), a configuração do AI no Ministério da Educação qualificou as ações do programa, particularmente a operacionalização das supervisões acadêmicas, por meio da articulação interinstitucional entre os três níveis de gestão e com as instituições de ensino envolvidas (ALMEIDA, et al., 2015; COSTA, 2009; MATTOS, 2013; FALLEIRO, 2014).

Os achados encontrados também apontam para o fato de que tal aproximação entre os entes federados pode resultar em uma redução do AI ao alcance de objetivos preestabelecidos, transformando-o em um recurso de gestão operado desde a lógica das relações instrumentais. Tal efeito é incoerente com o horizonte ético que sustenta sua proposição, direcionado à democratização das relações institucionais, e representa um vetor de descaracterização em meio ao processo de institucionalização do apoio nas políticas de saúde. Os estudos que abordam a realização do apoio na AB a partir do PMAQ refletem essa questão. Por um lado, os dados neles trabalhados convergem ao demonstrar que o AI é avaliado como bom ou muito bom pela maioria dos respondentes do procedimento da avaliação externa (KLITZKE, 2013; MELO, 2015). Por outro, permitem entrever que o apoio revela-se condicionado e possivelmente reduzido pela indução efetivada pelo PMAQ, ao explicitá-lo como uma das subdimensões da avaliação do componente de gestão da AB. “Para os profissionais respondentes o Apoio ofertado pela gestão, segundo as equipes, ocorre prioritariamente (mais de 90%) voltado para a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ” (MELO, 2015, p. 124).

É importante frisar que não colocamos em questão a necessidade, ou a pertinência, do recurso à indução de práticas, por meio de políticas e programas de saúde. Antes, o que desejamos problematizar é a reificação da lógica instrumental, que termina por restringir, nos processos decisórios, o campo de ação e intervenção do outro da relação, reproduzindo, dessa forma, mecanismos de hierarquização e concentração de poder institucional. Além desses aspectos, a conjuntura e o momento político demonstram intervir significativamente no alcance da reconfiguração das relações federativas, dadas as questões político-partidárias que as atravessam.

## Considerações finais

A literatura confirma o movimento de institucionalização do apoio no âmbito da AB, possibilitando-nos entrever avanços, dificuldades e contradições. As mudanças relatadas sugerem que o apoio promove impactos reais nas práticas sociais que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde. Apontam também para perspectivas promissoras de mudanças na cultura organizacional dessas instituições, na direção de sua democratização, aqui compreendida como socialização de recursos de poder, cujo manejo conforma tais instituições e os territórios existenciais que as sustentam e expressam.

Esses resultados, entretanto, não podem ser lidos em termos quantitativos, já que a maioria dos relatos e pesquisas, excetuando-se aqui aquelas que recorrem aos dados produzidos no âmbito do PMAQ, decorre de análises qualitativas, relatos de experiência e estudos de caso simples. A potência desses achados reside no fato de que nos apresentam indícios da capacidade de intervenção do AI nos processos de subjetivação, configurando novos dispositivos (espaços coletivos) e, por meio deles, experiências de percepção, significação e construção de modos de relação diversos aos já instituídos e hegemônicos. Resta ainda, como desafio, aguçar as dimensões e implicações políticas e culturais dessa intervenção, a fim de que não sejam moldadas e direcionadas apenas para a qualificação dos processos de trabalho e consigam intervir de forma substantiva nos processos decisórios, conforme a definição de democracia que expomos. Quanto a isso, cabe indagar sobre as especificidades que conformam seus múltiplos arranjos, e as relações a partir deles engendradas, pouco problematizadas no debate conceitual e metodológico sobre o tema. Quais são os limites e a potência dos diferentes modos de configuração do AI na AB? Essa nos parece ser uma questão relevante que precisa ser melhor explorada.

Nesse sentido, pesa, como vetor dispersivo e obstaculizante a impressão de lógicas instrumentais na relação de apoio, seja no tocante à gestão em unidades de saúde, seja na relação entre ponta (assistência) e nível central de gestão, no âmbito municipal; mas também no modo como a relação federativa é operada na implementação de programas e políticas, como problematizado no caso do PMAQ. A hipótese que trabalhamos a respeito da configuração de filtros de poder institucional precisa ser mais bem pesquisada para que possamos compreender os limites encontrados concretamente na consecução do AI, pois nossa análise indica que, em último caso,

somadas às dificuldades oriundas do contexto e momento político partidário, a metodologia esbarra e é desvanecida ao buscar intervir nos espaços de poder que possibilitaram sua implementação. Caso isso se confirme, depararemos-nos então com um importante paradoxo, ainda não refletido em termos conceituais e práticos, o qual é crucial para a sustentabilidade dos processos, movimentos e lutas pela democratização do Estado brasileiro.<sup>3</sup>

## Referências

- ALMEIDA, E. R. et al. Projeto mais médicos para o Brasil: a experiência pioneira do apoio institucional no ministério da educação. *Tempus, actas de saúde coletiva*, v. 9, n. 4, p. 49-66, 2015.
- BAQUERO, M. Cultura política participativa e desconsolidação democrática reflexões sobre o Brasil contemporâneo. *São paulo perspec.*, v. 15, n. 4, p. 98-104, 2001.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BARROS, J. C.; SOUZA, P. N. Práticas discursivas de uma tutora em fóruns de discussão online. *Veredas - revista de estudos linguísticos*, 2011. p. 383-397.
- BARROS, M. E. B. et al. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, n. supl., p. 1107-1117, 2014.
- BARROS, S. C. M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 10, n. 1, p. 48-67, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- CAMARGO JR., K. A biomedicina. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 15, n. supl., p. 177-201, 2005.
- CAMPOS, G. W. 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*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface Comun. Saúde Educ.*, v. 18, p. 983-995, 2014.

- CARDOSO, J. R. *Cartografia das práticas de apoio na atenção primária à saúde na regional Recanto das Emas, Distrito Federal*. 109p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 3, p. e00009315, 2016.
- 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, 2014.
- CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio intitucional paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, v. 12, n. 1, p. 29-50, 2014.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- COSTA, R. M. O. *O processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na gestão do trabalho e da educação na atenção básica no estado da Bahia*. 122 p. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.
- D'ASCENZI, L. *Cultura e mudança em organizações : uma análise etnográfica e dialógica da da reestruturação promovida pelo Método da Roda nos centros de saúde de Campinas-SP*. 223 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- DAHL, R. A. *Sobre a democracia*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2005.
- FALLEIRO, L. M. (Org.). *Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- FIGUEIREDO, M. *A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio paideia e formação*. 341 p. Tese [Doutorado] - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de CiênciasMédicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- GADEA, C. A. O interacionismo simbólico e os estudos sobre cultura e poder. *Revista Sociedade e Estado*, v. 28, n. 2, p. 241-255, 2013.
- GUEDES, C. R. et al. O apoio institucional na política nacional de humanização : uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012.

- KLITZKE, D. D. *Apoio institucional na gestão da Atenção Básica no Brasil: um caminho possível?* 79 p. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- MAERSCHNER, R. L. et al. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 1089-1098, 2014.
- MAIA, M. A. B.; NEVES, C. A. B. Qual a potência do apoio institucional no campo da saúde pública? *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 821-831, 2014.
- MATTOS, T. C. *A função apoio e a gestão estadual: entre encontros, afetos, trilhas, armadilhas e dobras - cartografias da saúde no Rio de Janeiro.* 177p. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.
- MELO, L. M. F. *Apoio institucional em saúde: desafios para democratização na atenção básica.* 173 p. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.
- MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no núcleo de apoio à saúde da família (nasf): para além das diretrizes. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 957-970, 2014.
- NEGRI, A.; HARDT, M. *Império.* Rio de Janeiro: Record, 2001.
- OLIVEIRA, G. N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.* 175p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Campinas-SP, 2011.
- OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Revista tempus actas de saúde coletiva*, v. 6, n. 2, p. 223-235, 2012.
- PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 809-820, 2014.
- PEREIRA JUNIOR, N. *O apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão.* 127 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2013.
- PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G.W.S. O apoio institucional no sistema único de saúde (sus): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, supl. I, p. 895-908, 2014.
- PINHEIRO, M. E. C.; JESUS, L. M. M. Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª diretoria regional de saúde, Bahia, Brasil. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 1135-1143, 2014.

PRADO, C. et al. Teleamamentação no programa nacional de telessaúde no brasil: a experiência da telenfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 990-996, 2013.

RIGHI, L. B. Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 1145-1150, 2014.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental, transposições contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

SALGADO, A. C. S.; PENA, R. S.; CALDEIRA, L. W. D. Apoio institucional e militância no sistema único de saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 909-918, 2014.

SHIMIZU, H. E.; MARTINS, T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na atenção básica no distrito federal, brasil. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, n. supl. 1, p. 1077-1087, 2014.

## Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq pelo financiamento da pesquisa, por meio da Chamada Universal MCTI/CNPq nº 14/2014.

## Notas

<sup>1</sup> *Software* empregado na análise qualitativa, que permite incorporar diferentes formatos de arquivos ao banco de dados, como PDF, documento de Word, imagens, arquivos de áudio e vídeo. Possui ferramentas que ajudam a organizar, remontar e gerir o material de forma sistemática, possibilitando a elaboração de conceitos e teorias a partir da análise de dados empíricos. Utilizamos a versão 7.5.18, com licença para usuário educacional único (*Educational single user license*).

<sup>2</sup> O analisador é um conceito-ferramenta da análise institucional inseparável da noção de transversalidade. A ele são identificadas situações nas quais práticas e discursos de autoridade são deslocados, possibilitando a expressão de uma problemática institucional e mesmo uma intervenção em seu curso.

<sup>3</sup> F. L. Guizardi realizou o delineamento da pesquisa, busca e análise bibliográfica, redação do artigo e aprovação da versão final. A. S. P. Lemos, F. R. S. Machado e L. Passeri foram responsáveis pelo delineamento da pesquisa, busca bibliográfica, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

## *Abstract*

### *Institutional Support in Primary Health Care: analysis of the reported effects*

The article maps the effects associated with the intervention of institutional support in primary health care in Brasil, in order to identify the scope and issues relevant to its consolidation. We carried out a bibliographic research, in CAPES Journals Portal and in the Virtual Library of Health, between January of 2016 and October of 2017. The empirical corpus of the research comprised 68 documents. The literature confirms the movement of institutionalization of this management support in the scope of health primary care, enabling us to see its advances, difficulties and contradictions. The changes reported suggest that the methodology promotes real impacts on social practices that permeate the daily life of health services. They also point to promising perspectives for changes in the organizational culture of these institutions. However, they highlight the challenge of heightening the political and cultural dimensions and implications of this form of intervention, so that they are not molded and directed only at the qualification of work processes and can intervene substantively in the democratization of health institutions.

► **Keywords:** Primary Health Care; institutional support; health management; organization and administration; democracy.

