



O apoio institucional e as ações das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde no Brasil

Institutional support and actions of oral health teams in primary health care in Brazil

Kellyn Rocca Souza¹, Alexandre Baumgarten², Karla Frichebruder³, Patrica Távora Bulgarelli⁴, Camila Mello Dos Santos⁵, Alexandre Favero Bulgarelli⁶

RESUMO

O apoio institucional é uma ferramenta de articulação de práticas e de estratégias de gestão colegiada fundamental para construção de espaços de produção de saúde bucal no escopo da atenção primária à saúde. O presente estudo tem o objetivo de analisar a atuação do apoio institucional em relação a participação das equipes de saúde bucal em ações de monitoramento, reunião de equipe e organização de processo de trabalho na Atenção Primária. Trata-se de um estudo transversal de base em serviço, com dados coletados pelo segundo ciclo do PMAQ-AB-SB por meio do instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal. Para análise dos dados foi proposto um desfecho construído a partir do conjunto de ações realizadas pelo apoio institucional nas Unidades Básicas de Saúde. O desfecho foi analisado segundo ações não clínicas realizadas por equipes de saúde bucal na atenção primária. Os dados foram analisados por descrição de prevalência e associações bivariadas por meio do Teste do Qui-quadrado e do Teste Exato de Fisher. Como resultado observou-se que a taxa de prevalência nacional do conjunto de ações do apoio institucional foi de 23,3%. As macrorregiões Nordeste (25,2%) e Sudeste (26,6%) apresentaram melhores resultados. Houve associação entre o conjunto de ações do apoio institucional com realização de discussão dos dados de monitoramento, participação em reuniões da equipe de atenção

¹ Especialista em saúde coletiva. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - FO-UFRGS.

² Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

³ Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - FO-UFRGS.

⁴ Mestre em saúde coletiva. Escola de Enfermagem. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

⁵ Escola de Enfermagem. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

⁶ Escola de Enfermagem. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – UFRGS. E-mail: alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

primária e planejamento e organização do processo de trabalho. Conclui-se que há necessidade de maiores investimentos na implementação do apoio institucional em Unidades de Saúde qualificando processos de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

Institutional support is a tool for the articulation regarding practices and strategies of collegiate management, which are important for the construction of oral health production spaces at the primary health care space. This study aims to analyze the role of institutional support in relation to the participation of oral health teams in monitoring actions, teamwork and work process organization in Primary Care. This is a cross-sectional in-service study, with data collected by the second cycle of PMAQ-AB-SB through the External Assessment Tool for Oral Health Teams. For data analysis, an outcome was proposed based on the set of actions performed by institutional support. The outcome was analyzed according to actions performed by oral health teams in primary care. The data were analyzed by the description of prevalence and bivariate associations using the cChi-square test and Fisher's exact test. As a result, it was observed that the national prevalence rate of institutional support actions was 23.3%. The Northeast (25.2%) and Southeast (26.6%) macroregions had better results. There was an association between the set of institutional support actions and the discussion of monitoring data, participation in primary care team meetings, and planning and organization of the work process. It is concluded that there is a need for greater investment in the implementation of institutional support in Health Units, qualifying work processes.

KEYWORDS: Primary Health Care. Unified Health System. Health management.

INTRODUÇÃO

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se encontra, muitas vezes, engessada em práticas centradas em produtividade, metas e resultados esquecendo do processo humanizado de articular tais metas e resultados com os saberes, as práticas, o trabalho vivo e os diversos modelos assistenciais à saúde para fazer acontecer um sistema de saúde efetivo, eficiente, otimizado e focado em seus usuários e em seus trabalhadores. Como consequência deste processo de gestão engessado, tem-se a fragmentação dos processos de trabalho, desarticulação de áreas e de profissionais de saúde, relações de poder verticalizadas e, por conseguinte, um profissional menos participativo, isolado e desestimulado para engajar-se na oferta qualificada do cuidado em saúde.¹

A gestão do SUS deve perceber que muitos serviços ofertados aos usuários, transformaram-se em um exercício mecanizado e padronizado sem questionamentos e desconexão com as reais necessidades da população e possibilidades dos serviços. Desse

modo, faz-se necessário aprimorar a discussão conceitual sobre modelos de gestão para gerar empenho e direcionamento dos profissionais e da própria frente de gestão na busca por serviços de qualidade. Torna-se, portanto, indispensável o apoio nas consultorias de gestão.² Para tanto, o SUS vem investindo no campo teórico e prático para contribuir com o desenvolvimento de um modelo de atenção humanizado na atenção ao usuário e, também, na atenção a seu trabalhador. Tais atenções são indissociáveis.^{1,3}

A Política Nacional de Humanização norteia a proposta de mudar a racionalidade gerencial e construir espaços coletivos que estimulem e facilitem a participação de apoiadores institucionais na gestão do SUS.^{4,5,6} Assim, a gestão do SUS vem caminhando com a presença de apoiadores institucionais na proposta da gestão por colegiados.⁶ Para que essa proposta caminhe, efetivamente, dentro do escopo da Atenção Primária, o apoiador institucional vem atuar como coordenador e articulador das diversas maneiras de gerir a micropolítica dos espaços coletivos. De certo modo, o apoiador institucional é o profissional que vem fornecer suporte ampliando a descentralização do poder e gerar autonomia dos profissionais fortalecendo o fazer coletivo em saúde.¹

As instâncias de gestão necessitam compreender que o apoiador institucional é o profissional do SUS, com competência na área de gestão e saúde coletiva, que vem possibilitar uma permanente análise crítica sobre a rotina do trabalhador. O mesmo viabiliza projetos planejados pelos atores institucionais e sociais, qualifica as ações e, desse modo, amplia a capacidade crítica do colegiado gestor. Este profissional mostra-se como um articulador, educador, negociador e facilitador das ações de gestão de coletivos,⁷ principalmente quando nesse coletivo encontram-se áreas como a Odontologia, que busca enquadrar-se aos espaços de gestão.

O presente estudo contextualiza as relações entre trabalhadores e gestores aprimorando o processo de trabalho e, por conseguinte, a qualidade dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária no SUS. Dessa forma, objetivou-se analisar as ações do apoio institucional no escopo da Atenção Primária em relação às ações não clínicas das equipes de saúde bucal no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de base em serviço, com dados coletados pelo segundo ciclo do PMAQ-AB-SB por meio do instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal. As variáveis do presente estudo foram retiradas do Módulos II e VI do Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal.^{8,9} A coleta de dados foi realizada em Unidades Básicas de Saúde entre março e dezembro de 2014 em todos os estados brasileiros entrevistando 18.114 profissionais que respondiam pelas Unidades em questão. Para este estudo os municípios participantes da referida avaliação do Ministério de Saúde foram estratificados segundo as cinco macrorregiões brasileiras

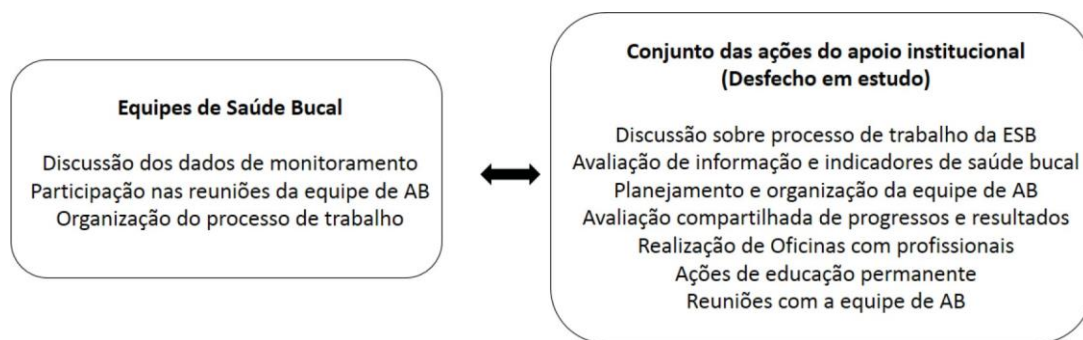
e, desse modo, compuseram os censos para a descrição e análise dos dados.⁸

Para evitar vieses, a coleta de dados foi realizada por entrevistadores devidamente calibrados e treinados por oficinas específicas e seguiu o manual instrutivo para o trabalho de campo.⁹ Foram realizadas entrevistas com profissionais das Equipes de Saúde Bucal podendo ser o cirurgião-dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal desde que presentes no serviço de saúde no momento da avaliação. Cada Unidade de Saúde apresentava seu profissional de referência para responder à pesquisa.

O modelo teórico lógico para a análise foi composto de um desfecho e variáveis exploratórias (Figura 1). Desse modo, dois blocos de variáveis foram observados: um compondo o desfecho e outro com as variáveis correspondentes às ações não clínicas realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal. Acredita-se que o apoio institucional não interfere nos protocolos e terapêuticas clínicas odontológicas seguidos pelas equipes, por isso as variáveis relacionadas com tais protocolos e terapêuticas não compuseram o referido bloco de variáveis.

As questões do Módulo VI do Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal do PMAQ que compuseram as variáveis exploratórias foram provenientes das perguntas: VI.8.4- A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação? (Sim, Não); VI.9.1- A Equipe de Saúde Bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica? (Sim, Não); VI.7.3- A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? (Sim, Não). O desfecho em análise – realização de todas as ações do apoio institucional – foi construído com base no que o PMAQ propõe como conjunto de ações atribuídas ao apoiador institucional e que podem ser verificadas no questionário específico de avaliação externa. As questões do Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal do PMAQ que compuseram as variáveis do desfecho foram: II.10.5.1- O apoiador institucional realiza discussão sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e, também, do próprio apoio institucional? (Sim, Não); II.10.5.2- O apoiador institucional realiza apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores (Sim, Não); II.10.5.3- O apoiador institucional realiza apoio ao planejamento e organização da equipe? (Sim, Não); II.10.5.4- O apoiador institucional realiza avaliação compartilhada com a equipe de progressos e resultados? (Sim, Não); II.10.5.5- O apoiador institucional realiza oficina com objetivo específico definido? (Sim, Não); II.10.5.6- O apoiador institucional realiza ações de educação permanente com a equipe? (Sim, Não); II.10.5.7- O apoiador institucional participa das reuniões com a equipe? (Sim, Não). O desfecho positivo exige a presença de todos os sete itens selecionados. Esse conjunto de ações do apoio institucional constituiu o desfecho em estudo. A avaliação do apoio recebido foi estabelecida pela questão: II.10.7- Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas? (Muito bom, Bom, Regular, Ruim, Muito ruim).

Figura 1 – Modelo proposto para processo de análise do desfecho ações do apoio institucional. Brasil, 2017

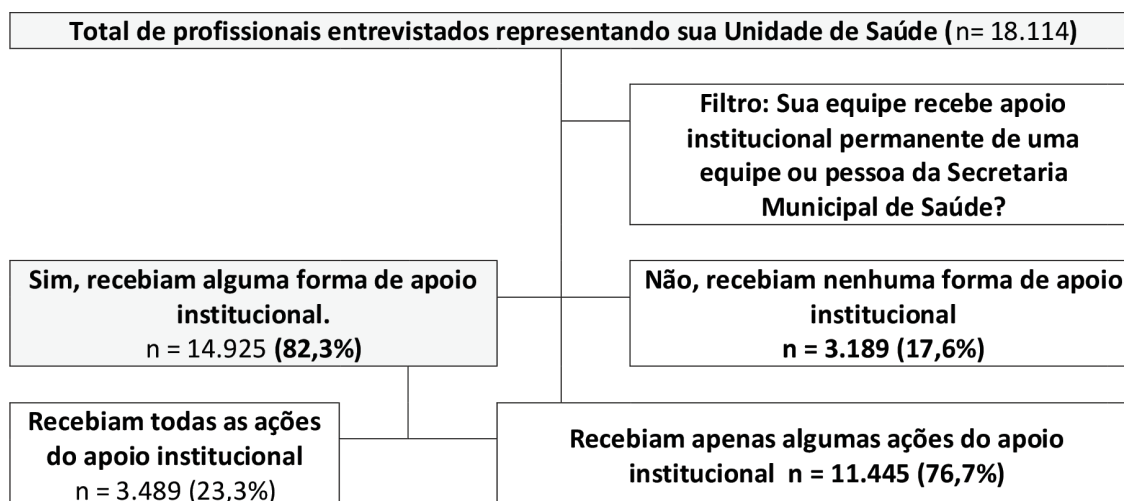


Fonte: elaborada pelos autores

As variáveis exploratórias foram: a equipe recebe apoio para discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação, recebe apoio para participação nas reuniões da Equipe de Atenção Primária e recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho. Tais variáveis referem-se às ações não clínicas realizadas por parte da Equipe de Saúde Bucal das Unidades de Saúde.

Para a construção da amostra intencional, partiu-se do número total de entrevistados/unidades de saúde ($n = 18.114$) e aplicou-se o filtro: Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde? Após a aplicação do filtro, obteve-se o número de participantes da pesquisa ($n = 14.925$). Desta amostra obteve-se a prevalência do desfecho, que foi de 3.480 participantes (Figura 2). Os dados foram analisados no software SPSS v.21 (Chicago: SPSS Inc). Foram realizadas análises das frequências, bem como o Teste do Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. O valor para rejeição da hipótese nula foi $p \leq 0,05$.

Figura 2 – Fluxograma da construção da amostra com o desfecho em estudo. Brasil, 2017



Fonte: elaborada pelos autores

Este estudo enquadra-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo (de acordo com a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde) e já se encontra apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob protocolo 2024.818.

RESULTADOS

O conjunto de ações desenvolvidas pelo apoio institucional (desfecho em estudo) está presente em apenas 23,3% das Unidades de Saúde no Brasil. Nota-se que as atividades mais presentes nas Unidades são a discussão sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (83,1%) e o apoio ao planejamento e organização da equipe (81,9%) (Tabela 1). As Unidades, também, contam com as seguintes funções do apoiador: participar das reuniões com a equipe (78,1%), fornecer apoio para o monitoramento e avaliação das informações e indicadores de saúde bucal (70,9%) e avaliação compartilhada com a equipe de progressos e resultados (62,4%). Já as menores prevalências das ações estão relacionadas à educação permanente dos profissionais (52,8%) e à realização de oficinas por parte do apoiador (39,7%).

Tabela 1– Conjunto de ações realizadas pelo apoio institucional (desfecho em estudo) nas Unidades Básicas de Saúde com equipes de saúde bucal. Brasil, 2017

Ações do apoio institucional na AB	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)
Discussão sobre o processo de trabalho	12400 (83,1)	2525 (16,9)	14925 (100,0)
Planejamento e organização da equipe	12218 (81,9)	2707 (18,1)	14925 (100,0)
Reuniões com a equipe	11650 (78,1)	3275 (21,9)	14925 (100,0)
Monitoramento e avaliação de informações e indicadores de saúde bucal	10588 (70,9)	4337 (29,1)	14925 (100,0)
Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados	9319 (62,4)	5606 (37,6)	14925 (100,0)
Educação permanente	8029 (53,8)	6896 (46,2)	14925 (100,0)
Realização de oficinas	5924 (39,7)	9001 (60,3)	14925 (100,0)

Fonte: elaborada pelos autores

A maior proporção de unidades com o desfecho positivo aconteceu nas regiões Nordeste (25,2%) e Sudeste (26,6%), isto é, coincidentemente, as regiões que tiveram maiores proporções são as que possuem maior número de unidades com o desfecho contando com a presença de todas as ações do apoio institucional no seu processo de trabalho (Tabela 2). As demais regiões, Sul (19,9%), Centro-Oeste (15,7%) e Norte (11,5%), apresentaram resultados inferiores. De maneira geral, a prevalência das atividades

realizadas pelo apoiador institucional (desfecho) nas Unidades de Saúde distribuídas pelas macrorregiões brasileiras foi baixa, sendo que a maioria das Unidades de Saúde não contava com a presença de todas as ações referentes ao apoio institucional.

Tabela 2 – Prevalência da realização do conjunto das ações de apoio institucional (desfecho em estudo) estratificado por macrorregião. Brasil, 2017

Macrorregião	Sim		Não		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sudeste	1127	(26,6)	3104	(73,3)	4231	(100)
Nordeste	1665	(25,2)	4922	(74,7)	6587	(100)
Sul	389	(19,9)	1565	(80,0)	1954	(100)
Centro-Oeste	190	(15,7)	1016	(84,2)	1206	(100)
Norte	109	(11,5)	838	(88,4)	947	(100)
Total	3480	(23,3)	11445	(76,6)	14925	(100)

Fonte: elaborada pelos autores

Ao observar como as equipes avaliam a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho, houve prevalência de avaliações positivas das Equipes de Saúde Bucal (ESB), que se mostraram satisfeitas com o apoio recebido e avaliaram o mesmo em “muito bom” (38,7%) e “bom” (50,3%). Ao estratificar a avaliação das Equipes, as macrorregiões, Sudeste e Nordeste, apresentaram as melhores avaliações (Tabela 3). Conseqüentemente as equipes menos satisfeitas com o apoio ofertado avaliaram o mesmo em “regular” (9,8%), “ruim” (0,7%) e “muito ruim” (0,2%), o que mostra um valor baixo de ESB insatisfeitas com o serviço e uma maior concentração das mesmas nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Tabela 3 – Avaliação da equipe de saúde bucal sobre a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho estratificado por macrorregião. Brasil, 2017

Macrorregião	Muito Bom n (%)	Bom n (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)	Muito ruim n (%)	Total n (%)
Sudeste	1795 (42,4)	2040 (48,2)	360 (8,5)	25 (0,5)	11 (0,2)	4231 (100)
Nordeste	2548 (38,6)	3342 (50,7)	651 (9,8)	35 (0,5)	11 (0,1)	6587 (100)
Sul	737 (37,7)	996 (50,9)	192 (9,8)	24 (1,2)	5 (0,2)	1954 (100)
Centro-Oeste	427 (35,4)	630 (52,2)	129 (10,6)	18 (1,4)	2 (0,1)	1206 (100)
Norte	283 (29,8)	505 (53,3)	142 (14,9)	14 (1,4)	3 (0,3)	947 (100)
Total	5790 (38,7)	7513 (50,3)	1474 (9,8)	116 (0,7)	32 (0,2)	14925 (100)

Fonte: elaborada pelos autores

Ao associar as ações das ESB com o conjunto de ações realizadas pelo apoiador institucional, observou-se que as ESB que discutem dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (88,9%) ($p < 0,00$), participam de reuniões com a equipe da Atenção

Primária (81,7%) ($p < 0,00$) e planejam e organizam seus processos de trabalho (89,1%) ($p < 0,00$) estiveram associadas ao desfecho (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre o conjunto das ações realizadas pelo apoiador institucional (desfecho em estudo) e ações não clínicas das equipes de saúde bucal. Brasil, 2017

		Realização de todas as ações do apoio				p-value
		Sim		não		
		n	(%)	n	(%)	
Ações não clínicas das Equipes de SB	Discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação	3133	(88,9)	347	(11,1)	< 0.001*
	Participação em reuniões da equipe de atenção primária	3447	(99,1)	33	(0,9)	< 0.001**
	Planejamento e organização do processo de trabalho da unidade	3100	(89,1)	380	(10,9)	< 0.001*

*Pearson Chi-square** Fisher exact

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

A prevalência nacional da realização de todas as ações do apoio institucional foi de apenas 23,3%, sendo as macrorregiões Nordeste e Sudeste as que evidenciaram um maior número de unidades de saúde com ações realizadas pelo apoiador institucional. Acresce ainda que a percepção positiva da atuação do apoiador predominou no estudo, principalmente, nas regiões Nordeste e Sudeste. Houve associação das três ações das Equipes de Saúde Bucal (ESB) com o conjunto de ações realizadas pelo apoiador institucional.

O presente estudo desenvolveu-se em um contexto de valorização da gestão participativa e modificações nos serviços de saúde, que ganhou força em 2003, com a Política Nacional de Humanização do SUS, e persiste na atualidade, configurando-se a partir das mudanças nos processos de gestão, de trabalho em equipe e de produção de autonomia dos sujeitos.^{1,8} A presença do apoiador institucional vem ao encontro desses atuais arranjos com o objetivo de despertar novas formas de gerenciamento e auxiliar as equipes de saúde nesse processo de conversão. O apoio permite autonomia dos trabalhadores na gestão.¹⁰ Essas formas de gerenciamento das formas de trabalho abrem espaço para consolidação da saúde bucal na clínica ampliada.¹¹ Esse profissional, de acordo com a presente pesquisa, carrega consigo ferramentas imprescindíveis para que o apoio se torne efetivo e que suas ações qualifiquem as práticas em saúde nas Unidades.

Dentre essas ferramentas, encontram-se as ações que o apoiador desempenha na dinâmica de trabalho da equipe. Essas ações vêm com o propósito de dar suporte

ao grupo, pactuar acordos, avaliar propostas e indicadores com os profissionais, refletir conjuntamente com a equipe sob ponto de vista de produção social do trabalho.^{12,13,14} Também cabe ao apoiador institucional ofertar momentos de aprendizado e diálogo ao criar espaços para dividir novos saberes e anseios.^{12,13,14} Objetiva-se demonstrar com essa estrutura de trabalho, que se dá perante o desafio de acolher a singularidade de cada indivíduo e da Equipe como um todo, o protagonismo e autonomia dos atores inseridos no processo de mudança desconstruindo, nessa conjuntura, o paradigma criado entre o indivíduo que interfere e o seu objeto de interferência.^{12,14}

Por conta das ações do apoiador institucional estudadas na presente pesquisa, os mesmos valores encontrados para educação permanente e realização de oficinas sugerem que ainda existem falhas na inserção das funções do apoiador institucional nas Unidades de Saúde e o quanto isso reflete no processo de trabalho das mesmas. Os momentos de educação permanente podem abranger assuntos variados servindo como espaço coletivo de aprendizado. Dessa forma, essas falhas nos remetem à ideia de estagnação das transformações que vinham ocorrendo no âmbito da saúde, pois a falta de momentos de conversa e discussão acarreta ações que não exercem impacto nas necessidades da população.¹⁵ Para impedir que esse processo se instaure, é necessária a valorização do apoiador institucional, figura motivadora na promoção de espaços de produção coletiva de conhecimento. Muitas vezes, as experiências singulares do apoiador são fundamentais na gestão de espaços coletivos.¹⁶ Dessa forma, torna-se possível o desenvolvimento de críticas mais reflexivas sobre as práticas, atualização e capacitação dos profissionais e o fortalecimento do vínculo entre a equipe de maneira integrada.¹

O apoiador surgiu como dispositivo para o enfrentamento de desafios que surgem da prática em saúde e gestão. É um modo de fazer em grupalidade que demanda a existência de espaços coletivos para uma discussão efetiva sobre o processo de trabalho. Tal fato vem ao encontro do presente estudo. É nesses espaços de discussões que a realidade da gestão é debatida e, com o surgimento de problemas, o apoiador mostra-se imprescindível na concepção de soluções e respostas de maneira democrática e participativa, pactuando acordos, compartilhando responsabilidades e organizando e planejando as ações das equipes de saúde.¹⁷ Essa ação teve uma alta prevalência no presente estudo. Dessa forma, a presença do apoio institucional no planejamento vem ao encontro da necessidade de qualificar os profissionais para que sejam capazes de propor, com autonomia, transformações no cuidado ofertado para o usuário e resoluções das falhas do mesmo, refletindo mudanças nos indicadores de saúde e qualificando a assistência.¹⁷

Este estudo apresenta-se como relevante para a gestão colegiada do SUS em nível nacional, visto que buscou compreender as ações do apoiador institucional dentro das Unidades de Saúde nas distintas macrorregiões do Brasil. As cinco macrorregiões

do país apresentaram resultados insatisfatórios referentes às ações do apoiador institucional nas Unidades sendo Norte e Centro-Oeste as que apresentaram os piores resultados em relação à prevalência de funções exercidas pelo apoio. A maioria não possui, dentro do seu quadro de atividades, a oferta de ações do apoio, e tal fato pode ser explicado, pois a figura do apoiador institucional é recente no âmbito da saúde e vem se estabelecendo em um território ainda em construção e traçado sob um discurso que se denota distante da realidade do processo de trabalho.⁷ Ainda nesse contexto, os resultados da atual pesquisa sugerem que se faz necessário diminuir as resistências burocráticas que dificultam a execução das atividades por parte do apoiador.

Alguns fatores contribuem para uma melhor compreensão acerca da dificuldade da inserção do apoiador institucional nas Equipes de Saúde e podem elucidar melhor os precários resultados nas macrorregiões do Brasil. O apoiador, inserindo-se nas Unidades, tem o intuito de identificar as dificuldades e pontos críticos que estejam impossibilitando o fazer em saúde e assessorar as equipes no processo de mudança. Entretanto, um novo cenário nem sempre é visto de forma positiva pela Equipe de Saúde, pois envolve mudanças na rotina e na zona de conforto da mesma, objetivando extinguir a mecanização das práticas e, conseqüentemente, a padronização das ações e ferramentas de trabalho voltadas para a resolução dos problemas enfrentados no cotidiano das Unidades.¹⁸ Outro obstáculo apoia-se no fato de ainda existirem profissionais que atuam de forma centralizadora, fundamentando-se no antigo modelo de gestão e na lógica de supervisão do serviço, criando uma relação carente de compreensão, vínculo e diálogo entre os profissionais e estimulando o subjetivo a distorcer os acontecimentos dando origem aos desafetos entre os trabalhadores.^{19,20}

Acompanhando esse raciocínio, entende-se que, inicialmente para as equipes de saúde bucal, o apoiador institucional pode ser entendido como um profissional que irá ditar o que será feito e quem serão os atores envolvidos nas futuras mudanças. A princípio, esses pré-conceitos podem dificultar a inserção do apoiador dentro do processo de trabalho da equipe, embora o mesmo tenha como intuito fornecer assistência para a construção de um novo modo de fazer em saúde.²¹ Dessa forma, é imprescindível que o apoiador institucional desmistifique essa imagem, devendo estar preparado para lidar com um primeiro encontro com uma equipe repleta de ansiedade, medo, angústia, resistência e um conceito sobre processo de trabalho já pré-estabelecido.²¹

Com o aumento gradual do vínculo, a equipe percebe a importância dos momentos criados pelo apoiador institucional, entendendo que as funções do mesmo estão direcionadas para ela e por ela ao aumentar a participação dos profissionais nos processos decisórios, empoderar democraticamente e possibilitar que os mesmos se sintam seguros em produzir saúde dentro do seu território de atuação.¹ A presente pesquisa traz consigo dados que corroboram essa percepção visto que, independentemente da macrorregião do Brasil, houve um predomínio de Equipes

de Saúde Bucal que avaliaram a atuação do apoiador institucional como “muito boa” e “boa” após receber algum tipo de assistência do mesmo. Ou seja, acredita-se que quando a equipe de saúde bucal permite esse atravessamento com o apoiador, faz-se um levantamento dos principais problemas e dificuldades e mostram-se os caminhos para que o grupo consiga superar seus entraves. Desse modo, o fazer em saúde bucal, dentro de uma equipe multiprofissional, se torna facilitado e prazeroso e o profissional conhece a si próprio e ao colega de forma que existam trocas de saberes e anseios e um ambiente de confiança e corresponsabilização do cuidado.¹

Acresce ainda que os resultados da presente pesquisa indicam que as ESB que discutem dados de monitoramento, participam das reuniões e planejam e organizam seu processo de trabalho, possivelmente, são mais pró-ativas nos espaços de gestão e, desse modo, apresentam um maior vínculo com a figura do apoiador institucional corroborando a associação positiva com o desfecho do estudo. Tal associação apresenta um real espaço da gestão colegiada. De acordo com Freitas e Pinto (2010)²², os profissionais encontram dificuldades no momento de operar e utilizar as informações produzidas a partir dos sistemas, uma vez que, frequentemente, os dados são coletados de forma desarticulada, o que prejudica a atribuição de um significado aos mesmos. Contudo, é de extrema importância que o monitoramento dos indicadores de saúde seja realizado de forma periódica e qualificada, obtendo-se informações que forneçam embasamento para a elaboração de estratégias de intervenção que possibilitem atuar nos problemas de saúde de um indivíduo ou coletivo.^{22,23} Assim sendo, são imprescindíveis ações que estejam

voltadas para educação permanente e qualificação dos trabalhadores, produzindo respostas para os questionamentos daqueles que enfrentam diariamente os problemas na Unidade; necessitam-se, por isso, investimentos em estratégias do apoio institucional que fossem voltadas para a criação de espaços coletivos de discussão e interpretação dos dados coletados para auxiliar os profissionais a reorientar as informações coletadas, norteando as ações e aperfeiçoando as formas de gerenciamento dentro das Unidades.²³

Em se tratando da integralidade das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde, a pesquisa mostrou relação com ações do apoio institucional. Entende-se que, ao inserir profissionais da Odontologia de forma tardia na Estratégia de Saúde da Família, acrescentou-se o novo acarretando em mais um desafio para o exercer em equipe; além disso, uma formação mais tecnicista vinda do profissional de saúde bucal pode dificultar a atuação de forma interdisciplinar dentro de um coletivo.²⁴ As ações do apoio ainda vão auxiliar na percepção dos profissionais de que os mesmos não vão perder sua essência de atuação dentro de um coletivo, mas serão capazes de abordar os problemas de forma mais integrada e qualificada ao compartilhar com a equipe a responsabilização do cuidado. O apoiador vai nortear essa integração para que esteja pautada no atendimento aos usuários, planejamento de ações e trocas de saberes em reuniões para que, com isso, o paciente passe a ser cuidado

por uma equipe interdisciplinar que atua de forma conjunta e oferta ações educativas e preventivas sem segmentar o indivíduo em áreas específicas da saúde.

Dentre as limitações, ressalta-se o delineamento transversal do estudo que não viabilizou causalidades entre as afirmativas. Outra limitação é que o fato de o estudo ser multicêntrico acarretou uma coleta dos dados realizada por inúmeras equipes. Entretanto, foi realizado um treinamento padronizado dos avaliadores, além disso, havia confirmação *in loco* dos itens de estrutura e processo. Destaca-se que as informações são de profissionais das equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB-SB, logo não há uma amostragem probabilística para as equipes.

CONCLUSÃO

A atuação do apoiador institucional nas Unidades de Saúde é baixa, independentemente da macrorregião no qual está localizada. As Equipes de Saúde Bucal que receberam ações do apoio institucional mostraram-se satisfeitas, o que indica o quanto o apoiador pode impactar positivamente no processo de trabalho. Os resultados acionam um alerta para a necessidade de maiores investimentos em qualificação e implementação do profissional que atua como apoiador institucional. Essas estratégias de apoio institucional são de extrema importância visto que o apoio tem como objetivo incentivar os profissionais a transformar as formas como fazem a autogestão dos seus processos de trabalho. Essa relação dinâmica entre apoiador e a equipe de saúde bucal tem como propósito intervir em problemas tanto internos (do coletivo) quanto externos à Unidade de Saúde (da população), uma vez que se aproxima uma assistência qualificada do cuidado ofertado ao usuário transformando o atuar em saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Shimizu HE, Martins T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(1):1077-87.
2. Grimm SCA, Tanaka OY. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; 25(3):585-94.
3. Silva FH, Barros MEB, Martins CP. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015; 19:1157-68.
4. Campos, GWS. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(1):983-95.

5. Andrade MAC, Barros SMM, Maciel NP, Sodré F, Lima RCD. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(1): 833-44.
6. Brasil. Ministério da Saúde. 2013. Política Nacional de Humanização.
7. Bellini M, Pio DAM, Chirelli MQ. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. *Saúde debate*. 2016; 40(108):23-33.
8. Brasil. Ministério da Saúde. 2010. Programa de Melhoria da Qualidade do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ).
9. Brasil. Ministério da Saúde. 2013. Instrumento de avaliação externa do PMAQ. Brasília.
10. Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CRD, Botazzo C. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*. 2018; 27:1174-85.
11. Machado SS, Moreira LCH, Nascimento MÂAD, Casotti E. Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(66):813-25.
12. Paulon SM, Pasche DF, Righi LB. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(1): 809-20.
13. Maia MAB, Neves CAB. Qual a potência do apoio institucional no campo da saúde pública? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(1): 821-31.
14. Prado EV, Sarmento DS, Costa LJA. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. *Revista da APS*. 2015; 18(4):429.
15. Mori ME, De Oliveira OVM. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(1): 1063-75.
16. Verdi M, Finkler M, Matias MCS. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(3):363-72.
17. Cardoso JR, Oliveira GN de, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016; 32(3):e00009315.
18. Mori AY. Os sentidos de uma experiência ao habitar o território no apoio institucional descentralizado. In: Falleiro LM. *Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 160-84.

19. Cardoso S, Oliveira F, Costa A, Fialho R, Matos D. Inserção e acolhimento de trabalhadores numa equipe de apoio institucional da diretoria de atenção básica. In: Falleiro LM. Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. 1th ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 185-208.
20. Falleiro LM. Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. Capítulo 10, O cotidiano do apoio institucional: o trabalho em equipe; p. 208-29.
21. Pavan C, Trajano ARC. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2014; 18(1):1027-40.
22. Freitas FP de, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010; 13(4):547-54.
23. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, Calvo MCM, Miranda AS. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Ciência e saúde coletiva. 2012; 17(4): 839-49.
24. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Ciência saúde coletiva. 2009; 14(1):1367-77.

Submissão: setembro de 2018.

Aprovação: outubro de 2019.