

# Apoio institucional: reflexões sobre um novo componente do arranjo organizacional de gestão em saúde

**RESUMO** | Objetivou-se apresentar reflexões acerca das potencialidades e desafios desta nova proposta de organização da gestão em Atenção Básica à Saúde. Configura-se em um relato de experiência sobre a atuação do profissional apoiador pelo olhar do próprio, trazendo suas vivências em paralelo às propostas que norteiam as atribuições desta nova categoria de trabalho, pela Política Nacional de Humanização, a qual situa o trabalho do apoiador institucional na região limítrofe entre política e clínica, entre cuidado e gestão. Os meses vivenciados traduziram a importância dessa "região limítrofe" para viabilizar essa plasticidade nos modos de fazer gestão em saúde e estimular trabalhadores a agirem com integralidade. Porém, mudanças num cenário democrático concretizam-se de forma lenta, esbarrando num sistema ainda desintegrado e nas relações de poder. A figura do apoiador supera a hegemonia das relações hierárquicas de poder e seu trabalho pode instaurar processos de mudanças nas organizações.

**Palavras-chaves:** política de saúde; atenção primária à saúde; saúde pública.

**ABSTRACT** | Aimed to reflect on the potentialities and challenges of this new proposal of organization of management in Primary Health Care. It is based on an experience report about the supportive professional's performance through his own view, bringing his experiences parallel to the proposals that guide the attributions of this new category of work, through the National Humanization Policy that situates the work of the institutional supporter in the border region between policy and clinic, between care and management. The months experienced translated the importance of this "border region" to enable this plasticity in the ways of doing health management and to stimulate workers to act with integrity. However, changes in a democratic scenario take place slowly, bumping into a system that is still disintegrated and the relations of power. The figure of the supporter overcomes the hegemony of hierarchical power relations and his work can instigate processes of change in organizations.

**Keywords:** health policy; primary health care; public health.

**RESUMEN** | Objetiva presentar reflexiones acerca de las potencialidades y desafíos de esta nueva propuesta de organización de la gestión en Atención Primaria a la Salud. Se configura en un relato de experiencia sobre la actuación del profesional apoyador por la mirada del propio, trayendo sus vivencias en paralelo a las propuestas que orientan las atribuciones de esta nueva categoría de trabajo, por la Política Nacional de Humanización a la situa el trabajo del apoyador institucional en la región limítrofe entre política y clínica, entre cuidado y gestión. Los meses vivenciados tradujeron la importancia de esa "región limítrofe" para viabilizar esa plasticidad en los modos de hacer gestión en salud y estimular a los trabajadores a actuar con integralidad. Sin embargo, cambios en un escenario democrático se concretan de forma lenta, chocando en un sistema aún desintegrado y en las relaciones de poder. La figura del Apoyante supera la hegemonía de las relaciones jerárquicas de poder y su trabajo puede instaurar procesos de cambios en las organizaciones.

**Descriptores:** política de salud; atención primaria a la salud; salud pública.

## Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde e Especialista em Saúde da Família. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

## Maria Auxiliadora Rodrigues

Enfermeira. Doutoranda em Ciências do Cuidado na Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família. Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RJ), atual Subsecretária de Atenção Básica do Município de São Gonçalo. RJ Brasil.

**Recebido em:** 19/01/2019

**Aprovado em:** 19/01/2019

## Éden Felipe Brito Sena

Assistente Social. Especialista em Residência. Multiprofissional em Saúde da Família, em Gestão da Atenção Básica (ambas pela ENSP Fiocruz); e em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

## Carine Silvestrini Sena Lima da Silva

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá (UNESA). RJ, Brasil.

## Andressa Ambrosino Pinto

Enfermeira. Mestre em Educação Profissional em Saúde. Professora Assistente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Campus Macaé Professor Aloisio Teixeira. RJ, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A cerca de vinte anos atrás, Gastão Wagner Campos já discutia a incoerência de se recomendar a realização de um trabalho interdisciplinar em instituições de saúde cujas lógicas organizativas se traduziam em divisões, departamentos e seções montadas corporativamente segundo categorias profissionais<sup>1</sup>. Infelizmente parecemos ter avançado pouco desde então, embora o discurso do trabalho interdisciplinar, a composição de equipes multiprofissionais, as tentativas de se estabelecerem relações interprofissionais e o matriciamento, hoje sejam muito mais frequentes no âmbito dos serviços de saúde.

Apesar de considerarmos o espaço de tempo de 20 anos dessa afirmativa feita por Gastão, por vezes percebe-se a perpetuação da ideia de que a democracia institucional se encerra nos Conselhos de Saúde e na garantia da gestão Tripartite do Sistema Único de Saúde - SUS<sup>1</sup>. Paira nos serviços de saúde uma hierarquização de relações estabelecidas entre trabalhadores, gestores e usuários do Sistema, perpassada por relações de poder verticalizadas e que, por vezes, impedem a produção de cuidado ao invés de criar uma atmosfera fértil para a produção da saúde em si.

Entretanto, não se pode negar o fato de que o processo de municipalização protagoniza os atuais modos de gerir o SUS em todos os aspectos. Considera-se ainda o fato de que os rearranjos institucionais vêm paulatinamente alterando as formas de se organizar administrativamente a gestão dos serviços, como por exemplo, a perda de força da “lógica departamentalista” e a tentativa de se horizontalizar as ações através da construção de linhas de cuidado em detrimento dos programas verticais.

A identificação da abordagem estratégica do apoio institucional em documentos oficiais do Ministério da Saúde data de 2003, sendo os dois movimentos mais fortes na direção do protagonismo dessa ideia, a Política Nacional de Humanização (PNH) e a criação do Departamento de Apoio a Descentralização<sup>2</sup>.

Entretanto, o apoio institucional, enquanto conceito, é trazido na PNH em sua terceira versão, em 2006, como um dispositivo catalizador de mudanças na atenção e na gestão em saúde. Reforça-se a ideia de que o trabalho do apoio institucional vem colaborando para fomentar a cogestão, tornando o processo de gestão em si mais democrático<sup>3</sup>.

A PNH traz o apoio institucional enquanto forma inovadora de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, buscando-se

o fortalecimento dos coletivos através da fomentação da autonomia dos sujeitos.

As características esperadas do desenvolvimento do trabalho do apoio institucional descritas na PNH transparecem os mesmos escritos de Gastão Wagner Campos, quando sugeria uma supervisão de apoio agenciador de mudanças, propondo que a reflexão sobre os processos de trabalho dos coletivos fosse parte habitual do próprio trabalho em si<sup>1</sup>. E quase dez anos depois, tratando mais diretamente do apoio institucional em si, o mesmo autor define que o apoiador institucional é aquele que se integra organicamente às equipes que precisam do seu trabalho especializado, sugerindo modificações para as relações hierárquicas nos serviços de saúde, favorecendo a realização da clínica ampliada e promovendo a integração dialógica entre a equipe multiprofissional<sup>4</sup>.

Cabe aqui ressaltar que a existência de falhas na implantação da Atenção Básica no território das metrópoles pesa de forma significativa no julgamento da efetividade e qualidade do SUS como um todo<sup>5</sup>. Essa questão traduz a relevância deste estudo, bem como de outros que se proponham a discutir e refletir sobre os desafios da gestão na implantação do SUS no Brasil.

Nesse sentido, emerge enquanto pergunta norteadora do presente artigo: Qual é o papel e o lugar do apoiador institucional na prática da gestão em saúde pública no Município de São Gonçalo? Objetiva-se relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira apoiadora institucional da Subsecretaria de Atenção Básica de São Gonçalo. Como objetivos específicos destacam-se: fortalecer a articulação entre pesquisa, gestão e serviço no Sistema Único de Saúde e contribuir para a construção de conhecimento acerca do apoio institucional.

#### METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um relato de experiência sobre a atuação do profissional apoiador pelo olhar do próprio, trazendo suas vivências, ocorridas no período de maio a novembro de 2017, em paralelo às propostas que norteiam as atribuições desta nova categoria de trabalho pela PNH. Essa Política situa o trabalho do apoiador institucional na região limítrofe entre política e clínica, entre cuidado e gestão.

O cenário da presente pesquisa é São Gonçalo, o segundo município mais populoso do Estado do Rio de Janeiro e possui um PIB per capita equivalente a quase metade da média nacional<sup>(6)</sup>, sendo um grande desafio em termos de gestão de Políticas Públicas.

No âmbito da divisão administrativa da Atenção Básica, o município possui cinco regiões de delimitação territorial, com uma dupla de enfermeiras coordenadoras responsáveis pelas unidades de saúde da família de cada região e um polo sanitário de saúde referência em cada uma das cinco regiões, além de outras unidades básicas de saúde e das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Estudo<sup>5</sup> sobre a expansão da cobertura da ESF nas grandes metrópoles mostra uma taxa de estabilidade no número de equipes de saúde da família, especificamente de São Gonçalo, mantendo a frequência de 1,8 por 10 mil habitantes entre 2008 e 2012, entretanto, essa abordagem quantitativa não traduz as perspectivas das condições de funcionamento dos serviços. E embora não haja desaceleração na expansão da ESF, nesse mesmo período, outras metrópoles como Rio de Janeiro e Guarulhos demonstraram crescimento em termos absolutos e relativos na provisão de equipes de saúde da família. Deve-se, portanto, aqui considerar o diferencial do valor do PIB per capita desses municípios, sendo por isso a gestão dos serviços de saúde neste município, um desafio ainda maior.

É uma realidade o fato de que parte da população procura melhor condição de trabalho fora da cidade, causando um êxodo na cidade<sup>7</sup>. A cidade de São Gonçalo tem sido considerada “cidade dormitório”, pois as especificidades históricas da configuração da população remontam uma instalação cultural de mão de obra pouco qualificada e volumosa, de migrantes que não conseguiram se instalar em uma metrópole de solo urbano caro<sup>8</sup>. Sendo assim, a cidade concentra exacerbado número de trabalhadores os quais o município não absorveu no seu mercado de trabalho. Estes se deslocam principalmente para os Municípios do Rio de Janeiro e Niterói<sup>9</sup>.

A experiência vivenciada será descrita com base nos termos encontrados na literatura que definem o trabalho do apoiador institucional; o fazer e o lugar do apoiador. O fazer do apoiador trata-se enquanto dispositivo de mudanças na gestão em saúde e o lugar do apoiador considerado como “um não lugar”, chamado u-topos<sup>9</sup>.

## DISCUSSÃO

Dentre tantos desafios apresentados à apoiadora desde o primeiro dia de trabalho, surgia a necessidade de elaboração de normativas municipais para a operacionalização do trabalho do Enfermeiro na ESF, uma vez que este ocupava diferentes espaços na Atenção Básica do município. Espaços estes que iam da gestão à assistência. Também foi evidenciada a necessidade de construção da linha de cuidado do Idoso.

Sendo assim, como única profissional desenvolvendo o papel de apoiadora institucional da subsecretaria de atenção básica naquele momento, foram então por ela assumidas ambas as frentes enquanto prioritárias, sem desconsiderar as demais necessidades do serviço. Cabe aqui ressaltar que os materiais cuja elaboração foi disparada através do trabalho da apoiadora do município se mantiveram em vias

de continuidade de construção mesmo após o encerramento do período de trabalho da apoiadora de que se trata a presente experiência.

Em ambas as frentes então assumidas enquanto desafios, toda a lógica de organização e de planejamento da apoiadora se deu em torno dos processos de trabalhos imbricados no contexto das duas situações (a enfermagem e a saúde do idoso na Atenção Básica do município). Esse fato reafirma a ideia de que o objeto de trabalho do apoiador consiste no processo de trabalho dos coletivos<sup>10</sup>.

O caminho então para a aproximação com a realidade da operacionalização desses processos de trabalho deu-se, primeiramente, através da Coordenação da Atenção Básica do município que juntamente com a Subsecretaria de Atenção Básica que viabilizaram encontros na Rede aonde a apoiadora pôde conhecer esses processos e compreender as relações estabelecidas nos mais diversos setores da gestão e da assistência.

Tomando por base a ideia de que, ao contrário das tradicionais “assessorias” e “consultorias”, o fazer do apoiador não se concretiza pela ou para as equipes, e sim junto com as equipes<sup>(2)</sup>, a agenda de trabalho da apoiadora inicialmente envolveu encontros com os trabalhadores que direta ou indiretamente poderiam afetar ou serem afetados com o desenvolvimento das normativas de enfermagem do município e com a construção da linha de cuidado do idoso.

A frente de construção dos Protocolos de Enfermagem envolveu encontros periódicos com as Enfermeiras Coordenadoras Regionais, com as Enfermeiras Diretoras e Enfermeiras Responsáveis Técnicas de Polos Sanitários, além das Enfermeiras coordenadoras de Programas de Saúde que envolvia diretamente o trabalho das equipes de saúde da Família.

As reuniões objetivaram valorizar

as ideias para a construção dos protocolos, analisar caminhos que poderiam ser percorridos para tal construção, dividir responsabilidades, planejar o desenvolvimento do material de forma democrática, incluindo também as equipes da assistência no processo.

Já a frente de construção da linha de cuidado do Idoso no município envolveu uma série de setores da gestão que direta ou indiretamente desempenhava papel de importância na garantia da atenção integral à saúde do idoso no âmbito Atenção Básica em Saúde (ABS), o que consistiu em um verdadeiro desafio intersetorial.

Foram convocados para as rodas de conversa o Conselho Municipal do Idoso, o Programa de violência do município, o Programa de doenças infecto-contagiosas, o Programa de doenças crônicas, as coordenações regionais e diretores de polo sanitário, a subsecretaria de saúde bucal, a subsecretaria de políticas públicas para o idoso, a subsecretaria de atenção especializada, o Serviço de Atenção Domiciliar do município, o Centro de Ostomizados, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Os objetivos das rodas de conversa eram, a priori, criar um espaço onde os setores pudessem discutir sobre seu papel no cuidado à saúde do idoso, enquanto parte da Rede, fomentar a criatividade do grupo e elaborar um planejamento democrático para alcançar a consolidação da linha de cuidado ao idoso no município.

A definição de papéis de cada setor no caso da construção da linha de cuidado do Idoso e a discussão de ideias acerca da construção dos protocolos de enfermagem demandaram muitos encontros e debates. Em cada roda de conversa estabelecida, a apoiadora pôde ser como se define alguém que penetra no grupo para problematizar

as ações nos serviços, para acioná-lo como dispositivo, como um “fora dentro incluído”, alguém que atravessa o grupo não para anunciar suas debilidades, mas para viabilizar junto com o grupo um processo de transformação no coletivo e nos modos de organizar o trabalho<sup>11</sup>.

Todos os indivíduos envolvidos nos encontros relacionados a ambas as frentes foram estimulados a refletir sobre o próprio processo de trabalho, e esse caminho contribuiu muito para o amplo conhecimento das potencialidades dos serviços ofertados na rede, bem como das barreiras encontradas para garantir a qualidade na execução dos serviços.

Perguntas como: “como é feito”; “o que sabem sobre como deveria ser feito”, “como podemos fazer”, “o que está implicado no modo como o fazemos”, estimulou a autonomia dos sujeitos envolvidos no sentido de construir caminhos ainda não percorridos para encontrar soluções viáveis para os desafios encontrados. Alguns dos quais, inclusive, ultrapassavam as propostas e objetivos do grupo, o que tornaram os encontros ainda mais enriquecedores para a gestão.

Um desses desafios que transversalizou as duas frentes inicialmente assumidas era, por exemplo, a construção de um fluxograma municipal para o atendimento das demandas nos Polos Sanitários do município. Nesse momento, foram reunidos os representantes da gestão dos Polos (diretores e/ou Enfermeiras Responsáveis Técnicas) que foram convidados a discutir os fluxos em suas unidades, trazendo cada um sua própria construção de fluxograma. Nesta ocasião, a troca de experiências de todas as unidades representadas fortaleceu as fragilidades identificadas em alguns serviços no sentido de gerar transformação nos modos de fazer para potencializar a resolutividade do serviço prestado.

Além disso, pôde-se construir de

forma coletiva um instrumento facilitador comum para organização dos atendimentos à demanda espontânea, garantindo, sobretudo, a flexibilidade de adaptação territorial e respeitando as singularidades dos indivíduos atendidos.

Esse processo de reflexão coletiva norteou a escrita do material de base para o início dos projetos de desenvolvimento dos protocolos de enfermagem na Atenção Básica do município e de construção de um Guia rápido de atenção à saúde do Idoso na Atenção Básica do município.

Nesse sentido, aponta-se que: “O fazer reflexivo é um modo eficaz para romper resistências e inseguranças que o diálogo teórico jamais resolveria. Descobrimos e vivenciamos isso no cotidiano do exercício do apoio institucional (...)”<sup>12</sup>.

Outro exemplo de grande valia para a presente discussão foi quando em um dos encontros em prol da construção da linha de cuidado do Idoso, tratou-se sobre o caminho percorrido pela notificação de um caso de violência contra um idoso. Foi verificado que a equipe de saúde da família que notificou o caso, não obtinha, por exemplo, um retorno do conselho municipal de saúde do Idoso ou do próprio Programa de Violência enquanto apoio no manejo de casos mais complexos. Como tecer essa linha na rede de atenção à saúde, conectando-a a todos os serviços envolvidos no processo de modo a fortalecer o trabalho das equipes de saúde da família frente a um caso de violência contra um idoso? Surgiram então novos fluxos, criaram-se novos espaços, e novos modos de fazer melhor o que se fazia com certa fragilidade.

Dessa forma, assim como de tantas outras vivenciadas, concretizou-se o que se conceitua enquanto “a tríplice tarefa do apoiador: i) ativar coletivos, ii) conectar redes e iii) incluir olhares, práticas, interesses e desejos na produção do comum”<sup>2</sup>. Nesse sentido, essa tríplice tarefa foi vivenciada na pers-

pectiva dos desafios assumidos durante seu período de trabalho na secretaria, podendo, a partir disso, observar que as decisões tomadas no coletivo impactam a realidade dos serviços de forma muito mais eficaz do que aquelas unilateralmente planejadas e repassadas enquanto diretrizes da gestão.

O apoio institucional propõe um “modo de fazer” mudanças que favorecem a transformação do SUS em algo que seja cada vez mais do exercício do comum, do público e, além disso, definem a cogestão como método que coloca o apoiador ao lado do sujeito na análise dos seus processos de trabalho<sup>13</sup>.

Sendo assim, pode-se afirmar que o “fazer” do apoiador institucional está intimamente relacionado à concretização da cogestão no SUS. E o quando se trata do lugar do apoiador? Será que existe um lugar definido enquanto local de atuação desse indivíduo?

O privilégio de ter um “não lugar” como lugar, é que estar nos coletivos e atravessar espaços entre a gestão e os serviços, sensibiliza e confere ao olhar do apoiador um ponto de vista diferenciado para olhar algumas questões. Há uma linha tênue que divide, na maioria das vezes, o poder político e o conhecimento técnico. Nessa linha, as palavras de ordem são: minimização de conflitos.

Pode-se afirmar que esse “não lugar” conferido ao apoiador institucional pertence aos coletivos e situa-se entre o técnico e o relacional. Esse lugar está nas rodas de discussão de ideias, está nos atos de democratização institucional, na valorização dos trabalhadores e da gestão. É “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações”<sup>10</sup>.

Entretanto, a não legitimação desse

“lugar do apoiador”, enquanto presença fundamental nas mais diversas áreas da gestão, no caso da presente experiência, trouxe certamente uma perda no que tange a morosidade das interlocuções necessárias para a resolução dos desafios encontrados, uma vez que a existência de outros apoiadores facilitaria a ocorrência dessas articulações.

A existência desse “não lugar” também pode ter contribuído para, inicialmente, ocasionar uma falta de clareza na percepção de outros trabalhadores da gestão e da assistência, do que seria de fato o papel do apoiador, havendo certa confusão com o papel daquele que “monitora o trabalho e supervisiona resultados”, sendo estes, papéis que se distanciam do que se propõe o trabalho do apoio institucional, enquanto essência.

Vale aqui ressaltar que o uso de indicadores subsidia a elaboração de diretrizes ou mesmo políticas públicas, além de poder ser utilizado enquanto ferramenta de qualidade(14), esclarece as fragilidades e estabelece prioridades de intervenção. Esse uso dos indicadores, certamente contribui para o desenvolvimento do processo de trabalho do apoiador, mas não deve majoritaria-

mente caracterizá-lo.

Pode-se tomar como exemplo o município de Santo Antônio de Jesus no Estado da Bahia, onde a avaliação e o monitoramento dos indicadores são partes frequentes do trabalho do ato institucional e essas ações foram consideradas de grande importância para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica no município<sup>3</sup>.

Em suma, a vivência do dia a dia do apoiador institucional traduziu, enquanto lugar do apoiador, um lugar onde se concretizam os processos de trabalho, onde se instiga a reflexão sobre esses processos. É o lugar onde se questiona, problematiza, integra, fomenta mudanças positivas a favor da melhoria da qualidade do serviço e onde os processos decisórios se tornam democráticos.

#### CONCLUSÃO

A experiência de trabalho aqui retratada reforça a importância de se lançar mão do apoio institucional como ferramenta de grande valia na horizontalização das relações de poder na gestão da saúde pública, sobretudo no que tange ao papel pedagógico do apoiador em contribuir na elaboração de formas

de produzir cuidado em saúde, partindo das principais diretrizes da área e da experiência de cada ator envolvido neste contexto local. Isso gera resultados positivos na construção de processos de trabalho mais reflexivos pelos coletivos.

Ressalta-se que a peculiaridade do município abordado no presente relato de experiência ter em sua equipe de gestão da atenção básica uma única apoiadora institucional, traz singularidades específicas nas dificuldades do trabalho desenvolvido. Entretanto, amplia-se a possibilidade de construção de espaços democráticos e soluções criativas no ato de lidar com os desafios impostos pela realidade de se produzir cuidado em saúde numa metrópole de dificuldades tão similares a de outras realidades do território brasileiro e, ao mesmo tempo, com fortalezas próprias e singulares referentes aos modos de se fazer saúde.

Partindo da ideia de que a PNH traz gestores, trabalhadores e usuários do SUS na gestão do cuidado, a figura do apoiador institucional possibilita novos modos de organizar processos de trabalho em saúde para o alcance da produção de cuidados mais efetivos. 🐦

## Referências

1. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 14(4):863-870.
2. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Rev Interface*. 2014; 18(1):895-908.
3. Reis AP, et al. Apoio institucional para gerenciamento da atenção básica: um relato de experiência. *Rev Baiana de saúde Pública*. 2016; 40(2):532-542.
4. Campos GWS, Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.
5. Costa NR. A estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Rev. Ciên. e Saúde coletiva*. 21(5):1389-1398.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama de São Gonçalo*. 2010.
7. Prefeitura Municipal de São Gonçalo, Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de São Gonçalo: 2014- 2017*.
8. Rosa DP. São Gonçalo, divisão do trabalho na metrópole e a formação da nova periferia metropolitana. *Rev Tamoiós*. 2010; VI(1).
9. Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. Em: *Política Nacional de Humanização: formação e intervenção*. Brasília (DF): Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.
11. Ministério da Saúde (BR). *Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Projeto de Cooperação Técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
12. Maerschner RL, et al. Apoio Institucional- reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. *Revista Interface Educação Saúde Comunicação*. 2014; 18(1):1089-1098.
13. Barros MEB, Guedes CR, Roza MMR. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(12):4803-4814.
14. Giardi C, et al. O uso de indicadores de saúde como instrumento gerencial do enfermeiro. *Rev Nursing*. 2018; 21(243):2316-2319.