

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

JANAINA DOS REIS TEDESCO

**O APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Um Estudo de Caso**

SÃO LEOPOLDO

2013

JANAINA DOS REIS TEDESCO

**O APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Um Estudo de Caso**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção de Mestre em Saúde Coletiva,
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos
Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

SÃO LEOPOLDO

2013

T256a Tedesco, Janaina dos Reis
O apoio institucional na atenção básica: um estudo de caso / Janaina dos Reis Tedesco. – 2013.
114 f. ; 30cm.
Inclui o artigo: “A função de apoiar na atenção básica: um estudo de caso”.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2013.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges.

1. Saúde pública. 2. Apoio Institucional. 3. Atenção Básica - Saúde. 4. Gestão de Pessoas. 5. Gestão - Saúde. 6. Profissional - Saúde. I. Título. II. Junges, José Roque.

CDU 614

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Valmor e Isabel pelo amor e pelo incentivo aos estudos, desde a infância.

Ao meu marido Maurício pela parceria, pelo companheirismo e pela paciência diante as minhas ausências e momentos de ansiedades.

Ao professor José Roque Junges, pela orientação, pelos momentos de aprendizado e pelo contínuo estímulo, principalmente nos momentos de inquietações e angústias. E por ensinar-me a acreditar no meu potencial.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela oportunidade de concluir esse mestrado.

Aos professores do PPG em Saúde Coletiva da UNISINOS, pelos momentos de aprendizado.

Aos membros da Banca de Qualificação, professoras Liane Beatriz Righi e Tonantzin Ribeiro Gonçalves, pelas sugestões que enriqueceram esse estudo.

Aos colegas do Mestrado, pela oportunidade de compartilhar essa gratificante experiência.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, particularmente à querida Lucia Gimenes Passero, pela acolhida e pelo apoio.

Aos colegas da Secretaria de Saúde de Dois Irmãos, pelo incentivo e apoio.

Aos meus demais familiares e amigos, pela compreensão nas “sumidas” durante estes dois anos.

RESUMO

Esta dissertação tem como foco o Apoio Institucional, compreendido como ferramenta de gestão para mudanças nos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Tendo em vista a complexidade dos processos de trabalho e a necessidade de mudança no fazer saúde, apresenta-se a demanda por novas tecnologias e metodologias de gestão, visando à qualificação desses processos. O Apoio Institucional é uma proposta de metodologia para essa qualificação. A pesquisa foi realizada com o objetivo de conhecer as ações do Apoio Institucional como ferramenta organizacional para a mudança no modelo de atenção e qualificação dos processos de trabalho em saúde. Para isso, utilizou-se a metodologia de um Estudo de Caso Exploratório com abordagem qualitativa, tendo sido realizada com as apoiadoras e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, por ser um dos primeiros municípios no Rio Grande do Sul a utilizar essa metodologia. Para coleta de dados, foram entrevistados o gestor que implantou o Apoio Institucional e a gestora atual da Atenção Básica. Além disso, foram realizadas discussões focais com dez profissionais da Atenção Básica e com as oito apoiadoras institucionais do município. Os resultados da pesquisa apontam para a função do Apoiador, que aparece como possibilidade de articulação e mediação entre os diferentes atores do sistema de saúde. Além disso, identificou-se que essa função apresenta limites, como a falta de governabilidade e a indefinição sobre as fronteiras de sua atribuição. Contudo, esses limites também foram percebidos como as próprias possibilidades de democratização da gestão por meio da cogestão. Portanto, o Apoio Institucional se constitui de uma metodologia de gestão extremamente viável e que apresenta diversas possibilidades. Entretanto, a pesquisa aponta para a necessidade de novos estudos, pois reconhecer as características dessa função de uma forma mais concreta pode realmente ser um caminho para a qualificação do SUS.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Apoio Institucional. Gestão em Saúde. Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

This study has its focus on the Institutional Support, understood as a management tool for revisions in the work processes of Primary Health Care. Having in mind the complexity of work processes as well as the need for change in the making of health, a demand for new technologies and for management methodologies is presented, aiming at the qualification of such processes. The Institutional Support is a proposal of methodology for such qualification. The research was carried out with the intent of being informed of the actions of the Institutional Support as an organizational tool for the change in the primary health care model as well as for the qualification of work processes in health. For such, we utilized the methodology of an Exploratory Case Study with a qualitative approach, performed with the supporters and the professionals at Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, since it was one of the first municipalities in Rio Grande do Sul to use such a methodology. For the data collection, we interviewed the manager who had implemented the Institutional Support and the current manager of the Primary Health Care department. In addition, there were focus group discussions with ten professionals in Primary Health Care as well as with eight institutional supporters of the municipality. The results of the research point out to the role of the Supporter, who emerges as a possibility for the articulation and for the mediation among the different actors in the health system. Moreover, it has been identified that such role presents its limits, such as the lack of governability and the indefiniteness as to the boundaries of its attribution. Nonetheless, such limits have also been perceived as the very possibilities for the democratization of management through co-management. Hence, the Institutional Support amounts to an extremely feasible management methodology and features manifold possibilities. Notwithstanding, the research work points out the need for new studies, since recognizing the characteristics of such role in a more concrete way could, in fact, be a course for the qualification of the Unified Health System.

Key Words: Primary Health Care. Institutional Support. Health Management. Health Personnel.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	9
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	46
ARTIGO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em três partes: projeto, relatório e artigo. No projeto apresenta-se o tema da pesquisa, o seu problema de pesquisa, a sua delimitação, os seus objetivos, a sua justificativa, o seu referencial teórico, a metodologia utilizada, além dos aspectos éticos, do orçamento, e do cronograma. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), recebendo resolução de aprovação. Além disso, o projeto foi qualificado, numa banca para sua aprovação, no qual foram feitas sugestões que consideradas e executadas.

O relatório se refere à descrição do trabalho desenvolvido, desde as conversas iniciais para a entrada em campo, até os fatos marcantes, curiosos e até desagradáveis vivenciados durante a pesquisa, e um artigo produzido com as primeiras análises, ainda no final da coleta de dados. E, a última parte consiste num artigo que sintetiza um eixo temático resultado da pesquisa e que será divulgado em uma revista científica da área da Saúde Coletiva.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPG	Programa de Pós-Graduação
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense

UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
VS	Vigilância em Saúde

PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Tema	13
1.2 Delimitação do Tema.....	13
1.3 Problema de Pesquisa.....	13
1.5 Objetivos.....	13
1.5.1 Objetivo Geral	13
1.5.2 Objetivos Específicos	13
1.6 Justificativa	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Atenção Primária à Saúde e Modelos de Atenção	16
2.2 Políticas de Qualificação do SUS.....	19
2.3 Gestão na Atenção Básica	22
2.4 Processo de Trabalho na Atenção Básica	24
2.5 Apoio Institucional	26
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 Delineamento da pesquisa.....	29
3.2 Local e Período	29
3.3 Universo Empírico	30
3.4 Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados.....	30
3.5 Análise Interpretativa	31
3.6 Aspectos Éticos.....	32
4 CRONOGRAMA.....	33
5 ORÇAMENTO	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTOR 1 E 2).....	40
APÊNDICE B – ROTEIRO DE DISCUSSÃO (APOIADORES).....	41
APÊNDICE C – ROTEIRO DE DISCUSSÃO (TRABALHADORES).....	42
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	44
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45

1 INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e, simultaneamente com o avanço da descentralização das ações, foram propostos diferentes modelos de atenção e surgiram novos modos de fazer saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2009).

As mudanças nos processos de trabalho no âmbito da saúde vêm acontecendo no Brasil conforme a evolução histórica das políticas públicas na área. Para responderem às necessidades que surgem no cotidiano, os trabalhadores precisam, muitas vezes, estabelecer uma releitura dos processos, ressignificando as práticas de atenção. Considera-se que as mudanças necessárias e esperadas no trabalho em saúde não são tarefas fáceis para profissionais e gestores. Além disso, Campos (2006) refere que o trabalho em saúde apresenta características específicas em relação a outras atividades, em que acontecem encontros entre sujeitos diferentes em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder.

Tendo em vista a complexidade do trabalho e a necessidade de mudança no fazer saúde, apresenta-se a demanda por novas tecnologias e metodologias de gestão, visando à qualificação desses processos. Sobre o modelo de atenção, alguns modelos foram propostos no Brasil, como as Ações Programáticas, a Vigilância em Saúde (VS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1994; MENDES, 1996; MIRANDA, 1997; SCHRAIBER, 1993) e o Modelo de Atenção em Defesa da Vida. Este último, segundo Carvalho e Campos (2000), foi desenvolvido pelo Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) na década de 1990.

Todas essas transformações instigam, como diz Merhy (2002), diferentes modos de agir humano no ato produtivo da saúde. Ainda afirma que nesse ato de produção acontece um encontro do trabalhador de saúde com o usuário, no qual se estabelece um espaço de trabalho, em que as singularidades aparecem e no qual se opera um jogo de expectativas e de produções.

Heckert e Neves (2007) consideram que um dos maiores desafios enfrentados nas práticas de saúde reside nos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre modelos de atenção (modos de cuidar) e modelos de gestão (modos de gestão). Campos (2007) salienta, ainda, que a verticalização no trabalho, comum em muitas organizações, pode propiciar uma função castradora e que esse modelo de gestão produz sujeitos pouco autônomos, desestimulados para participar também da gestão e da melhoria dos seus locais de trabalho.

Para ele, o não pertencimento à organização pode gerar no trabalhador uma alienação real, manifestada na separação entre o poder de decisão dos gestores e os resultados finais do seu processo de produção de saúde. (CAMPOS, 2007).

Para estimular uma maior comunicação e colocar os atores que compõem a rede de saúde lado a lado, são necessários alguns movimentos, pois neste contexto, segundo Pasche e Passos (2010), evidenciam-se os interesses, os projetos, os valores, as concepções, as formações profissionais e os compromissos de gestão. Consideram ainda, que o processo reformista brasileiro no campo da saúde se funda também na luta contra as práticas de exclusão, em que as formas de governar as organizações de saúde são sustentadas pela centralidade da decisão e do poder em poucos sujeitos. Ao contrário, segundo Pasche e Passos (2010), as práticas de gestão democrática possibilitam a inclusão das diferenças, da heterogeneidade e das singularidades do humano na produção do comum.

Campos (2007) declara que, para superar os desafios expostos cotidianamente no campo do trabalho na saúde, o Método da Roda ou Paideia seria uma proposta interessante, pois trabalha com a formação de espaços coletivos e com a capacidade de análise e de intervenção, por meio dos quais os sujeitos possam interferir nos sistemas produtivos de coisas e de pessoas. O Método da Roda pode ser autoaplicável ou contar com a presença de um apoiador institucional. Para ele, a função de Apoio pode contribuir no fortalecimento de uma nova gestão dos processos de trabalho e qualificar o modo de fazer saúde.

Segundo Costa (2009), a base do trabalho dos apoiadores seria a cogestão, que tem como um dos objetivos produzir espaços singulares de relações horizontais. Os espaços de roda que são proporcionados entre os trabalhadores podem ser tidos como espaços de educação permanente que tornam possível, além da reflexão coletiva, a exposição e a negociação de interesses e desejos dos indivíduos participantes.

Nessa perspectiva, Campos (2007) apresenta a cogestão como um caminho possível para a democratização nos serviços e para uma progressiva desalienação da maioria dos atores envolvidos. Pasche e Passos (2010) também reforçam que a inclusão dos trabalhadores nos processos de decisão proporciona a produção de um plano comum ou coletivo.

Considerando, portanto, as dificuldades vivenciadas acerca das mudanças dos processos de trabalho no cotidiano do SUS, a cada novo modelo, programa, projeto ou protocolo apresentado, entende-se como pertinente o conhecimento mais concreto sobre a metodologia do Apoio Institucional.

O desenvolvimento dessa pesquisa visa a estudar o Apoio Institucional na Atenção Básica (AB) do município de Sapucaia do Sul, um precursor na utilização do método, com o

intuito de conhecer os processos desencadeados pelos apoiadores e discuti-los com base no referencial teórico. O resultado da pesquisa pretende contribuir para as mudanças necessárias na consolidação do SUS, com qualidade e resolutividade.

1.1 Tema

O Apoio Institucional e os modelos de atenção e gestão na AB.

1.2 Delimitação do Tema

A contribuição do Apoio Institucional como ferramenta de gestão para mudanças nos processos de trabalho na AB.

1.3 Problema de Pesquisa

O Apoio Institucional é uma ferramenta organizacional da mudança nos processos de trabalho e nos modelos de atenção na AB?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

Conhecer a prática do Apoio Institucional, identificando a sua contribuição para as mudanças no processo de trabalho na AB.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o processo de implantação do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Sapucaia do Sul;
- Identificar como se dá o trabalho do apoiador institucional na gestão da AB;
- Identificar as possibilidades e os limites do apoiador institucional no cotidiano de trabalho das equipes.

1.6 Justificativa

Almeida, Fausto e Giovanella (2011) referem que, no relatório do ano de 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez um destaque sobre as experiências desenvolvidas desde Alma-Ata e como elas estariam modificando os movimentos em prol da Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, os desafios colocados no cotidiano, com base nas mudanças políticas e organizacionais que vêm ocorrendo, caminham simultaneamente com os momentos reflexivos e formadores daqueles que fazem as mudanças ocorrerem na prática.

Diversas tentativas de mudanças no modo de fazer saúde vêm acontecendo desde a implantação do SUS. Sendo assim, visando a melhorias em diversas áreas de atenção, o Ministério da Saúde (MS) vem apresentando alguns programas e políticas. Em 2003, propôs a Política Nacional de Humanização (PNH); no mesmo ano, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Já em 2006, lançou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e no ano de 2011, além de lançar a nova PNAB, apresentou outros programas como o Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ) e o Rede Cegonha, que propõem diretrizes para mudanças nos modos de fazer saúde, implicadas nos processos de trabalho, sendo o segundo direcionado à saúde materno-infantil.

Apesar da elaboração e até mesmo da implementação de novas políticas e programas, identifica-se no cotidiano da saúde que os trabalhadores não se sentem pertencentes ao processo e, assim, as ações são desenvolvidas de forma mecânica, sem uma discussão sobre os modos de fazer e sobre a cultura organizacional presentes no serviço. Foi identificada na maioria dos documentos citados acima, principalmente nos de 2011, a metodologia do Apoio Institucional. Considera-se, que isso seja um estímulo a novas práticas de gestão, em que, por meio dessa ferramenta, o MS e o Estado possam auxiliar os municípios e serviços na implementação dessas políticas.

Desse modo, Vasconcelos e Morchel (2009) apontam o Apoio Institucional como instrumento capaz de problematizar a rede e de produzir movimentos. Em linhas gerais, as autoras colocam que, em relação à saúde mental, por exemplo, a potência da função Apoio Institucional, diz respeito à possibilidade de intercessão, articulação, interferência e produção de redes quentes de cuidado, discussão e análise do que tem sido produzido no cotidiano pelo coletivo (trabalhadores, usuários, comunidade, gestores).

Considera-se, portanto, que mudanças no setor saúde são necessárias, porém, o modo como elas são implementadas no cotidiano pode afetar o resultado final do processo. Por isso,

é interessante conhecer novos métodos, como, por exemplo, o Método da Roda (Paideia), que pretende, com a valorização dos sujeitos e dos coletivos organizados, refletir criticamente sobre todas as políticas, projetos, programas, modelos e práticas, no sentido de reconstruir as organizações e os processos produtivos. (CAMPOS, 2007).

Segundo Pasche e Passos (2010), o método de Apoio é também uma ética que se apresenta como um modo de lidar com as relações entre os sujeitos e destes com os seus objetos de trabalho. No entanto, este método ainda é pouco conhecido e, nesse contexto, o presente estudo justifica-se, pois se sabe que, utilizando-se metodologias que estimulem a participação e a corresponsabilidade dos sujeitos implicados, é possível desenvolver uma prática de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a fundamentação teórica desta pesquisa, utilizaram-se alguns assuntos relacionados ao tema, como: APS e Modelos de Atenção; Políticas de Qualificação do SUS; Gestão na AB; Processo de Trabalho na AB e Apoio Institucional.

2.1 Atenção Primária à Saúde e Modelos de Atenção

Em 1978, na Declaração de Alma-Ata, a APS foi apontada como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde de todos os indivíduos. Neste trabalho, consideram-se os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes, como sugerido na PNAB de 2011. (BRASIL, 2011b).

A Conferência de Alma-Ata inspirou várias experiências na implantação dos serviços, principalmente os municipais, no momento da descentralização da saúde. (ALEIXO, 2002; GIL, 2006). Naquele momento, os cuidados primários foram definidos como métodos e tecnologias práticas, que, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitas, estariam ao alcance de todos. (ASSIS et al., 2007). Cabe lembrar também que a APS é a estratégia de reordenamento do primeiro nível de atenção e como um caminho para a organização dos demais níveis do sistema (secundário e terciário). (STARFIELD, 2002).

As primeiras experiências em APS no Brasil surgiram antes da Conferência de Alma-Ata, na década de 1960, mas foi em na década de 1970 que houve uma expansão e ampliação considerável. Esse movimento de mudanças influenciou as novas abordagens e formas de organização da atenção à saúde no país e teve como base os programas vinculados às escolas de medicina. (FAUSTO, 2005 apud BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um evento político-sanitário, em que foram lançadas as bases doutrinárias do sistema. Porém, mesmo com a implantação do SUS, ocorrida após 1988, com a instituição formal da Constituição Federal, considera-se que este movimento pela saúde pública no país, apresenta-se em permanente construção. As origens do SUS têm base na crise do modelo assistencial hegemônico privatista, fragmentado, hospitalocêntrico, que, com o processo da redemocratização do país, pode ser discutido. O movimento dos atores da época (trabalhadores, usuários, alguns gestores...) fez surgir novas políticas públicas e novos modelos de atenção à saúde. (CONASS, 2009).

Baptista, Fausto e Cunha (2009) referem que, ao analisar a produção bibliográfica sobre a APS, 22,6% dos autores citam a APS como uma estratégia, que tem como principal

eixo a prevenção e promoção da saúde. Também comentam que, nos anos 2000, a APS assume papel importante na organização do sistema de saúde brasileiro, sendo sua principal missão a reorientação do modelo assistencial.

Mudanças na produção de saúde aparecem como uma necessidade, principalmente para que se possa implementar modelos de atenção e processos de trabalho, capazes de suprir as demandas da sociedade. Na sua forma conceitual, modelo assistencial é a organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) e tecnologias (materiais e não materiais) são utilizadas no processo de trabalho em saúde. (PAIM, 1999; TEIXEIRA, 2000).

Teixeira (2000) sustenta que, na concepção ampliada, o modelo de atenção apresenta três dimensões: uma gerencial, uma organizativa e uma técnico-assistencial. A primeira refere-se aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; a segunda está em relação ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica e a terceira considera as relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho. Considerando essas relações que são estabelecidas, Teixeira (2000) afirma que elas são mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação).

Sabe-se que existem diferentes modelos de atenção e organização do trabalho em saúde e pode-se citar quatro: o de vigilância à saúde, o de ações programáticas, o modelo em defesa da vida e a saúde da família. O Modelo da Vigilância à Saúde organiza-se de ações, considerando o território e os problemas de saúde, como, por exemplo, a atenção aos idosos, se esse grupo for bastante presente no território. Já o Modelo das Ações Programáticas, utiliza a epidemiologia para priorizar as ações de saúde, trabalhando com a demanda espontânea e a oferta organizada. Um exemplo desse modelo é uma agenda dividida em turnos, para demanda espontânea e para programas, como o de hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças e idosos. O Modelo em Defesa da Vida investe em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo, portanto, tem como foco os processos de trabalho. Observa-se, na prática, principalmente de trabalho das equipes de saúde da família, os modelos ou estratégias juntas. (GIL, 2006).

O modelo de atenção, chamado Programa Saúde da Família (PSF), hoje, estratégia (ESF), segundo Rosa e Labate (2005), foi criado em 1994 para reorientação da assistência, com base na AB e com isso aproximar os serviços de saúde da população e principalmente da família, valorizando a práxis do trabalho de uma equipe, cujo enfoque seria a promoção da saúde.

Em 2006, o MS, a fim de revisar as normas e consolidar a ESF como estratégia prioritária para reorganizar a APS no país, publicou a PNAB, que foi instrumento importante para a organização do modelo de atenção no Brasil. Nessa política, a AB caracterizava-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Os profissionais deviam trabalhar em conjunto, em equipe, com as suas ações dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumiam a responsabilidade sanitária. O seu desenvolvimento abrangia as práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas. (BRASIL, 2006).

Além disso, a portaria deixava claro, que neste contexto, as equipes deviam utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Citava ainda, que além de ser contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, a AB orientava-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No ano de 2011, o MS, ao lançar a nova PNAB, trouxe o conceito de AB um pouco diferente em relação à política de 2006, que se caracteriza por um

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011b).

Considerando, portanto, a busca por respostas para o enfrentamento dos problemas atuais de saúde e a resolução dos problemas futuros, modificações nos modelo assistencial do SUS devem acontecer constantemente, tendo em vista a transição demográfica do país. (MERHY; MALTA; SANTOS, [2012?]).

Diferentes movimentos acontecem no âmbito da saúde no Brasil e uma dessas modificações está relacionada às responsabilidades comuns a todas as esferas de governo referidas na nova PNAB. Dentre as responsabilidades definidas pelo MS, estão: a

contribuição na reorientação do modelo de atenção e de gestão, com base nos fundamentos e diretrizes do sistema; o apoio e estímulo à adoção da ESF pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão; a consolidação e qualificação da AB à saúde e o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde e a valorização dos profissionais de saúde, em que o estímulo à formação e a viabilidade de educação permanente desses sejam constantes. (BRASIL, 2011b).

Nesses vinte e poucos anos de SUS, várias tentativas de reorganização das práticas de saúde local já foram propostas. No entanto, considera-se que, para poderem ser desenvolvidas na sua plenitude, essas práticas precisam ser modificadas de fato e não somente em conceitos, pois, como diz Ceccim (2005), temos enormes dificuldades para transformar as práticas de saúde e tirar a integralidade e a intersetorialidade do papel.

2.2 Políticas de Qualificação do SUS

Até o presente momento, verificou-se que, desde a criação do SUS, já aconteceram muitas mudanças, tanto na base operativa do sistema quanto em relação aos conceitos utilizados. O mesmo já apresenta resultados positivos, como, segundo Paim (2011), o aumento da expectativa de vida ao nascer, que aumentou mais de seis meses ao ano, ao longo dos últimos quarenta anos. Porém, considerando a complexidade dos processos de descentralização das ações e da implementação dos seus princípios no fazer em saúde, evidencia-se a necessidade de aprimorá-lo constantemente.

Sabe-se que, na década de 1990, para reconstruir as práticas em APS no Brasil e fortalecê-las como base da atenção, foram criados os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente o PSF. (CONASS, 2009). Esses, que hoje são considerados estratégicos, buscam aproximar as equipes das pessoas, famílias e comunidades e trabalham a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças em um território.

Já em 2003, o MS propôs a PNH da atenção e gestão no SUS, o Humaniza SUS, que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos. (BRASIL, 2004). Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito à acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e projetos cogерidos de ambiência.

Com a proposta dos dispositivos que refletem nos processos de trabalho, a PNH trouxe alguns enfrentamentos necessários ao SUS, como, por exemplo, a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; e a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde. Além disso, Santos Filho, Barros e Gomes (2009) apontam que, de alguma forma, a PNH assume uma função de alterar a maneira de trabalhar e os processos de trabalho no campo da Saúde, auxiliando na criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos. Formas estas que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam.

Considera-se também que tanto a PNAB de 2006 como a de 2011 são potencializadoras de mudança, pois traçam caminhos e diretrizes para a AB no Brasil. (BRASIL, 2006, 2011b). É evidente que, para as mudanças de modelo de atenção acontecerem, os processos de trabalho necessitam ser reconfigurados. Porém, Campos (2007) diz que a mudança dos sujeitos e/ou das organizações depende da ruptura de significados e sentidos antigos. Então, trabalhar com a reconstrução desses sentidos e significados se faz condição necessária para qualquer mudança de fato.

Freire (1979), referindo-se à educação, diz que se aprende melhor e com mais profundidade se o objeto de estudo tem ligação com objetos do cotidiano dos sujeitos. Considerando, portanto, a necessidade de constante mudança no fazer saúde uma estratégia como a Educação Permanente se torna fundamental. Educação permanente, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), “[...] tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.” (BRASIL, 2009). Ceccim (2005) refere que a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui uma estratégia importante para as transformações do trabalho em saúde, para que os profissionais possam aprender a ter uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Nesse sentido, Stroschein e Zocche (2011/2012) asseveram que a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que processos de ensino-aprendizagem devem integrar a prática cotidiana dos profissionais. Ainda, através dela as equipes refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridas, para, assim,

identificar as situações-problema, possibilitar reflexões críticas e articular soluções estratégicas em coletivo.

Além disso, em julho de 2011, o MS aprovou a Portaria nº 1.654, que instituiu, no âmbito do SUS, o PMAQ da Atenção Básica. Este programa tem como objetivos principais ampliar o acesso e melhorar a qualidade da AB, garantindo um padrão comparável nos âmbitos locais, regionais e nacionais. Considera-se, que por meio deste programa, será permitida uma maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS. (BRASIL, 2011b).

Com o PMAQ, estimula-se que as equipes de todo o país realizem uma autoavaliação com instrumentos ofertados ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde. Esses instrumentos constituem-se de questionários de autoavaliação da equipe e de autoavaliação da gestão, que deve ser realizado junto com o controle social. Além desses questionários, existe uma avaliação por parte de usuários. E, com base nessas reflexões sobre a prática e no monitoramento dos indicadores de saúde contratualizados, espera-se também que se crie o hábito do exercício de planejamento e avaliação das ações. Com base nas discussões sobre as necessidades encontradas pelas equipes, ao refletir sobre o trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o MS prevê a adoção da prática da educação permanente, por meio de ações conjuntas dos gestores municipais, estaduais e federal. (BRASIL, 2011b).

Ferraz et al. (2012) afirmam que o PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população e, com isso, induzir o desenvolvimento dos trabalhadores e a mudança do modelo de atenção, com base na compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos sujeitos, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado, que permitam a qualificação das equipes de saúde.

Ainda sobre propostas de reorganização da assistência, em 2011, para a implementação de uma rede de atenção de qualidade à gestante e à criança, foi criada também a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), que tem como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e, principalmente, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no período neonatal.

Verificou-se que, apesar dos desafios presentes no cotidiano do SUS, estratégias para a melhoria das ações desenvolvidas na área da saúde no país vêm sendo apresentadas e instituídas nas últimas décadas. E um fator que se considerou interessante nessas diversas

políticas apresentadas, principalmente as de 2011, foi que o apoiador institucional vem sendo apontado como dispositivo possível de ser utilizado.

2.3 Gestão na Atenção Básica

Para potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na AB, o enfrentamento das dificuldades cotidianas de trabalho é indispensável. Portanto, todos os movimentos na gestão da política da AB são apontados como necessários. Entretanto, Mori e Oliveira (2009) consideram que, em geral, as formas de gestão que se apresentam hoje no país são burocráticas e autoritárias, com uma baixa participação dos trabalhadores. Isso, aconteceria, porque a gestão no serviço público está relacionada aos movimentos político-partidários, e esse fator contribui para que o trabalho seja centralizado na figura do gestor principal, que, por vezes, não tem capacitação para atuar em processos de gestão participativa e de cogestão.

Assim sendo, Santos (2007) propõe estratégias, como propostas para a qualificação do SUS, citando os modelos de gestão com base nas necessidades e direitos da população e o desenvolvimento de recursos humanos, de relações de trabalho, de educação permanente, com base nas necessidades e direitos da população.

A PNH traz a indissociabilidade entre atenção e gestão, como princípio norteador para a construção das redes a que se propõe. Além disso, na gestão em saúde, lidamos com sujeitos, processos de trabalho, poderes e políticas públicas. (BARROS, M.; BARROS, R., [2012?]). E, portanto, pensar a gestão em saúde, é também pensar em modos de produção comprometidos com a vida.

Segundo Souza (2009), as gestões das organizações de saúde fazem parte da luta política pelo sistema e podem ser mais ou menos facilitadoras do avanço do SUS, conforme as estratégias utilizadas.

Considera-se que, para alcançarmos o SUS que queremos, não basta que a gestão esteja bem organizada, comprometida e capacitada, apesar desses aspectos apresentarem-se como condição importante. A base de todas as ações de saúde é desenvolvida pelos trabalhadores e é nesse contexto que o sistema acontece plenamente, por isso a importância do fortalecimento do sujeito e da democratização das instituições, que, segundo Campos (2007), são os dois principais caminhos para a reformulação e superação da racionalidade gerencial hegemônica.

Em artigo sobre a reforma necessária do SUS e as inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde, Pasche (2007) aponta que, no âmbito da responsabilização microssanitária, haveria mudanças implicadas nas relações entre gestores e produtores de serviços, em que eles, coletivamente, comporiam interesses de forma mais coletiva. Essas mudanças em si provocariam alterações nos modos de atenção e de gestão, pois exigiriam novos acordos e pactos, derivados de processos de negociação permanente entre sujeitos.

No país, com a instituição dos Conselhos de Saúde, das Conferências e as Comissões Intergestoras (CI) no processo de implantação do SUS, a gestão da saúde começou a se modificar, ampliando a democracia em instituições de saúde. A partir desse momento, a democratização nas decisões, por parte dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários, foi instituída e legalizada.

Gastão Wagner de Souza Campos, professor titular do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, já na década de 1990, introduzia um novo modelo de gestão, ao qual denominava de método de Gestão Colegiada ou de Gestão Democrática ou de Gestão Colegiada, centrada em Equipes de Saúde. Ainda referia, naquele momento, que era imprescindível a criação de um modelo de gestão que ajudasse a resolver uma série de exigências do próprio modelo de atenção e das mudanças sugeridas pelo SUS. Esse novo sistema de gestão teria de assegurar tanto a produção qualificada de saúde quanto garantir a própria sobrevivência do Sistema e a realização de seus trabalhadores. (CAMPOS, 1998).

No artigo, as práticas de gestão baseadas na Teoria Geral da Administração, são discutidas, trazendo o taylorismo, em particular, como um modelo muito identificado nas organizações de saúde. Nesse contexto, a administração das pessoas acontece, como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Campos (1998) propõe, então, o conceito de Cogestão ou de Cogoverno, em que todos decidem, em que a negociação permanente, a discussão e a recomposição com outros desejos seja possível e em que outros interesses e outras instâncias de poder estejam presentes, não só os da gestão.

O método Paideia ou da Roda, como foi chamado por Campos (2007), tem base nos campos da política, do planejamento, da análise institucional e da educação permanente, e apoia a construção e a implementação de sujeitos e de coletivos organizados. Ainda sobre o método Paideia, Campos (2010) refere que ele possibilita pensar as mudanças na gestão e nos modos de produção das práticas de saúde, a partir de democratização nas organizações. Na busca de uma ampliação da capacidade dos trabalhadores em analisarem e intervirem sobre a sua prática em saúde, o método incentiva os coletivos organizados, em que a produção de

bens ou serviços e a participação dos sujeitos na gestão dos processos de trabalho são constantes.

2.4 Processo de Trabalho na Atenção Básica

Nessas duas décadas de SUS, muitas coisas foram modificadas, outras foram criadas e implementadas. Pode-se citar: a organização das redes e dos modelos de atenção, o trabalho em equipe (multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar), a integração de novas profissões, como o agente comunitário de saúde (ACS), novos programas e políticas e a implementação de novas tecnologias como coisas que foram surgindo no campo da saúde. E cabe lembrar que, nesse contexto, os profissionais de saúde conhecem na prática novas formas de fazer.

Oliveira (2011) declara que as equipes de AB enfrentam diversos desafios no cotidiano, considerando a complexidade das ações desenvolvidas pelos profissionais nos serviços. Além disso, questões como o trabalho em equipes, equipes multidisciplinares, trabalho coletivo, atividades de acolhimento, discussões de casos e implementação de projetos terapêuticos não são tarefas fáceis, pois diferentes pessoas constituídas como sujeitos atuam neste momento.

Quanto ao redirecionamento do modelo de Atenção, a necessidade de transformação permanente, do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, aparecem como necessárias, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) uma maior capacidade de análise, de intervenção e de autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, além de uma gestão das mudanças e do estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. (BRASIL, 2011b). Para que isso seja possível, fazem-se necessárias estratégias como o planejamento (programação) educativo ascendente, em que, com base na análise coletiva dos processos de trabalho do cotidiano, são identificados os nós críticos, que posteriormente devem ser enfrentados na atenção e/ou na gestão. Estimulam-se, portanto, experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde, por meio da construção de estratégias que promovam o diálogo, entre as políticas gerais e as especificidades locais e pessoais. (BRASIL, 2011b).

Carvalho e Cunha (2006) lembram que um dos entraves do desenvolvimento do SUS, tem sido o pouco enfrentamento das questões envoltas nos processos de trabalho e participação dos trabalhadores da saúde nas modificações ocorridas no setor. Sugerem, ainda,

mudanças que visem a produzir uma cultura institucional mais pública e solidária, capaz de intervir sobre o processo de trabalho, no cotidiano dos serviços e na produção do cuidado.

Campos (2007) diz que o trabalho em saúde, entre outros, exige inventividade e não apenas inteligência maquínica, considerando que é um processo não completamente padronizável, em que cada caso constitui-se singular, obrigando os profissionais à invenção de soluções nem sequer imagináveis.

Nesse sentido, sustenta-se que, na formulação de qualquer política, é necessário que se analise como ela é entendida, apropriada e o que dispara. Tendo como exemplo a Política Nacional de Humanização, salienta-se que é importante avaliar também se a política produz transformações nas posturas e práticas em saúde consoantes aos princípios colocados por ela, ou se o uso que tem servido para maquiagem, sob novos rótulos e dispositivos, lógicas de cuidado privatistas, especialistas e universalistas, justamente aquelas que se propõe ultrapassar. (VASCONCELOS; MORCHEL, 2009).

Mestriner Júnior et al. (2011) sinalizam que, para reorientar o processo de trabalho e construir novas práticas sociais, no campo da AB, é essencial que os trabalhadores construam novas competências como sujeitos. Isso pode significar que se estaria por estabelecer diretrizes de responsabilidade do profissional, baseadas em conhecimentos, habilidades e atitudes, mobilizadas de forma complementar com as de outros profissionais.

No que diz respeito ao trabalho, Campos (2007) refere que o Método da Roda imagina uma recomposição conceitual e prática e que essa tarefa exige mudanças amplas, um esforço molecular e persistente. O Método, propõe-se a contribuir com essa reconstrução, com base no estímulo à construção de um novo conceito de trabalho, como atividade produtora de valores de troca, de uso; na recomposição dos postos de trabalho, reconhecendo sua legitimidade e remuneração; e no reconhecimento do trabalho como um dos planos para a constituição de sujeitos, de coletivos e de sociedades.

Pasche e Passos (2010) lembram que considerar a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade leva-nos a rever o problema metodológico e verificar o seu modo operacional. E, como diz Campos (2007), a constituição do sujeito depende de seu empenho com a produção de suas obras, coletivas ou individuais. Com a crise atual do emprego, a crescente padronização do trabalho e o enfraquecimento dos espaços públicos dificultam ou impossibilitam a autoria de suas obras.

Schwartz e Durrive (2007 apud SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009) entendem o trabalho como atividade situada, como espaço coletivo de produção de saberes, de negociação e de gestão. Afirmam que a PNH seria útil no auxílio para o desaparecimento das dissociações

entre as pessoas que pensam e as que fazem, entre as pessoas que planejam e as que executam. Nesse sentido, Santos Filho, Barros e Gomes (2009) referem que na atividade do trabalho ocorrem negociações, escolhas e arbitragens cotidianas. Além disso, outros fatores interferem no fazer, como o tipo de inserção de cada um que compartilha naquele meio de trabalho, as políticas de saúde presentes, os valores e as práticas instituídas, além das relações de forças e de poderes, que também podem estar presentes no âmbito do trabalho. Todos são corresponsáveis pela gestão das situações de trabalho e por isso, pode-se transformá-las ou mantê-las como estão.

Campos (2010) sugere reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários, por meio do sistema de Cogestão e de Apoio Institucional. O Apoiador tem a função de ativar espaços coletivos que propiciem a interação entre esses sujeitos, com os quais ele se compromete, e nessa relação, são construídos contratos. Cabe ao Apoiador apresentar diretrizes definidas nos níveis superiores do poder, proporcionar a análise das questões do contexto externo que interferem no grupo, como as diretrizes políticas, os programas, os indicadores de avaliação, além de interesses e necessidades do público externo. (CAMPOS, 2007).

2.5 Apoio Institucional

Em 1998, Campos apresenta a proposta da Metodologia de Gestão colegiada, que se baseia não na ideia de autogestão, mas no conceito de Cogestão, em que todos participam da gestão, ninguém decide sozinho ou isolado ou em lugar dos outros. Assim Campos (2008) combinou diretrizes da Análise Institucional: a autogestão, isto é, o interesse do coletivo sobreposto aos individuais e autoanálise dos trabalhadores, que, de acordo com Baremlitt (1992), é o processo em que as comunidades, aqui coletivos organizados, são protagonistas de seus problemas, necessidades e demandas. Somente desse modo, os trabalhadores seriam capazes de compreender quem são. Outra questão importante em relação à autogestão é que os coletivos deliberam, mas as hierarquias continuam vivas. No entanto, em matéria de potência e capacidade de produzir, não há hierarquias somente de poder, de imposição sobre o outro, ambas devem permanecer lado a lado. (BAREMBLITT, 1992).

Baremlitt (1992) também aponta que os agentes dão o dinamismo às instituições, que estes são o suporte e os protagonistas da atividade de todos os equipamentos existentes. Eles protagonizam as práticas, que podem ser teóricas, verbais, não verbais, discursivas ou não e

práticas técnicas. Além disso, é no momento da ação que todos os equipamentos operam transformações na realidade.

Para Campos (2007), o Método da Roda defende a tese de que, ainda que houvesse conflito entre a lógica da produção e os interesses particulares dos agentes e das instituições, dever-se-ia considerar ambos, como objetivos legítimos e dignos de serem administrados. Além disso, o autor traz o trabalho como um caminho necessário à própria constituição do sujeito, o sujeito da práxis, misturado com o do gozo e do prazer. O Método Paideia assume o compromisso social com a produção dos sujeitos e dos coletivos.

Cabe salientar que a introdução da denominação apoiador institucional foi sugerida pela professora Liane Righi em 1998, pois essa função, no Método Paideia, extrapolaria os limites de todas as denominações sugeridas pela Teoria Geral da Administração. Isso foi considerado, pois as palavras, assessor, consultor ou supervisor, não correspondiam à relação dialética que se estabelece entre apoiador e equipe apoiada. Portanto, para quem trabalha com o método, foram adotados os termos supervisor matricial ou apoiador institucional. (CAMPOS, 2007).

A função de apoiador é definida por Campos (2007) como: complementar à realização de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, com diferentes graus de saber e de poder.

O apoiador, portanto, pode ser a chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. Seu trabalho envolve a constituição/inserção em movimentos coletivos, ajudando na análise e na busca por novos modos de operar e produzir. Também opera em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das instituições. (BRASIL, 2008).

Para que o apoiador consiga desenvolver o seu trabalho, seria importante o estabelecimento de contratos, que, segundo Campos (2007), não eliminaria as diferenças de poder e de papéis, importantes para o adequado funcionamento desse coletivo. Salienta que a metodologia da Roda é fundamental, mas deve-se reconhecer também que as pessoas em cogestão afetam-se, geram incômodos, desafios, enfim, que há circulação de poder. E, seria um recurso fundamental da gestão, analisar tudo isso de forma crítica e saber intervir quando necessário.

Pasche (2007) também traz o Apoio como ferramenta para a realização das mudanças necessárias no SUS. Uma delas está relacionada à escassez relativa de profissionais

qualificados para o exercício das práticas, e isso também pode ser atenuado pelo Apoio, considerando o seu papel no campo da educação.

Pasche e Passos (2010) referem que a mudança de modelos implica mudança de método, de modos de fazer. E Campos (2007) sustenta que o Método da Roda ou Paideia trabalha simultaneamente com a geração, a coleta e a análise das informações e que, assim, o coletivo pode tomar decisões que desencadeiam ações práticas, com tarefas divididas. Essa prática da reflexão proporciona à equipe uma discussão de temas considerados tabus ou situações/temas desagradáveis, implicando, portanto, colocar na Roda as demandas internas do grupo e as ofertas provenientes do exterior, como, por exemplo, as necessidades da população e as diretrizes da gestão.

De mais a mais, Pasche e Passos (2010) asseguram que, quando as pessoas se dispõem a entrar na Roda, apresenta-se a possibilidade do compartilhamento de ideias e análises para, a partir daí, a tomada de decisão poder ser realizada de forma coletiva. Esse movimento favoreceria mudanças nos modos de cuidar e na gestão, e esses processos podem ser transformadores das práticas de saúde e contribuir para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

3 METODOLOGIA

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, optou-se por uma metodologia de coleta e de análise de dados, adequadas com os objetivos propostos no estudo.

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa. Essa estratégia de pesquisa foi escolhida, porque permite uma investigação que possibilita a preservação de características holísticas e significativas do evento real a ser estudado. O Estudo de Caso contribui para a compreensão que queremos de um fenômeno, seja ele individual, organizacional, social ou político. Classifica-se os estudos de caso em três tipos, quanto ao objetivo da pesquisa: descritivo – descreve o fenômeno dentro de seu contexto; exploratório – trata com problemas pouco conhecidos, objetivando definir hipóteses ou proposições para futuras pesquisas; e explanatório – explica relações de causa e efeito com base em uma teoria. (YIN, 2001).

Classifica-se este Estudo de Caso como exploratório, porque trabalharemos com um problema pouco conhecido e aplicado no país, em que iremos, além de definir algumas hipóteses sobre como está acontecendo, propor futuras pesquisas. No entanto, cabe ressaltar que Yin (2001) considera que, embora os três tipos de estudo de caso possam ser claramente definidos, existe uma área de sobreposição entre eles.

3.2 Local e Período

A pesquisa será realizada na SMS de Sapucaia do Sul, que iniciou em 2010, um processo de organização da AB, com uma reorganização da coordenação da mesma, com a implantação da metodologia do Apoio Institucional.

O município fica localizado na região metropolitana de Porto Alegre. Segundo o censo de 2010, Sapucaia do Sul possui uma população de 130.957 pessoas, em uma área da unidade territorial 58,309 Km², e a densidade demográfica do município é de 2.245,91 (hab/Km²). (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE, 2010).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no município existem 13 ESF, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma equipe de Atenção

Domiciliar, registrados. (BRASIL, 2012). Mas segundo os dados da SMS, além das 13 ESF existem mais 5 UBS.

Pretende-se, realizar esta pesquisa entre os meses de agosto e novembro de 2012, e a pesquisadora agendará com antecedência os momentos de discussão e diálogo com os trabalhadores.

3.3 Universo Empírico

Para a pesquisa, considerou-se importante realizar uma entrevista semiestruturada com o profissional que levou a metodologia do Apoio Institucional para a Secretaria de Saúde, apesar de ele não atuar mais na cidade e nos dias atuais. Ademais, a gestora atual da AB no município também será convidada para uma entrevista semiestruturada.

Será proposto também, um grupo focal com todas as apoiadoras institucionais da AB da SMS, que atualmente são oito. Em outro momento, serão convidados 12 profissionais de nível superior que atuam na AB do município de Sapucaia do Sul, os quais participarão de uma discussão focal, após concordarem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em relação aos profissionais, o convite será intencional e terá como critério de inclusão o maior tempo de trabalho na AB da cidade, ele já deve estar familiarizado com a estratégia de Apoio Institucional desenvolvida na SMS. Não haverá critério de exclusão, devido a existir, nesse momento, um grande número de trabalhadores que iniciaram as suas atividades há pouco tempo, por causa de um concurso público ocorrido no corrente ano. Os trabalhadores poderão ser tanto das ESFs quanto das UBS sem ESF, mas necessariamente terão de ser três de cada região de saúde do município.

3.4 Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados

Para a pesquisa sobre o Apoio Institucional na SMS de Sapucaia do Sul, os dados serão coletados da consulta de documentos, entrevistas e grupos focais. (YIN, 2001). Tais fontes foram selecionadas: 1) Documentação: atas, Leis municipais, ofícios, etc. e outros que se consideraram importantes, pois, a consulta dos documentos pode ser fundamental para se contextualizar a implementação do Apoio Institucional. Além disso, este item apresenta como pontos fortes a estabilidade, a descrição, a exatidão e a ampla cobertura; 2) Entrevistas: enfocam o tópico do estudo de caso e fornecem informações importantes; 3) Grupos Focais: em que se observará a interação dos sujeitos implicados na questão.

Primeiramente, realizar-se-á uma visita, para que se possam buscar, na Secretaria de Saúde, documentos sobre a criação e implementação do Apoio Institucional na cidade, se estes existirem. Segundo Yin (2001), o uso de documentos em um estudo de caso visa a corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes e podem fornecer outros detalhes específicos que serão importantes para posteriores inferências sobre o tema.

Após a consulta desses documentos, os gestores serão entrevistados, com base em um roteiro semiestruturado (Apêndices A e B), para que se possa discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. (MINAYO, 2007).

Já com os trabalhadores e com as apoiadoras, serão realizados grupos focais, em momentos diferentes, por grupo, separadamente, com o auxílio de um roteiro com questões norteadoras (Apêndices C e D), que despertem a interação dos participantes. Este roteiro ou guia permite ao pesquisador focar-se nas questões importantes para aqueles estudados, que discutirão o tema proposto com a ajuda de um mediador principal e um mediador auxiliar, que também anotarão as observações. (BARBOUR, 2009).

As entrevistas e os grupos focais ocorrerão em horários previamente selecionados e aceitos pelos sujeitos. Será solicitada uma sala na SMS para os encontros. As entrevistas e os grupos focais serão gravados e posteriormente transcritos na íntegra para a análise. Cada entrevista levará aproximadamente 60 minutos, e os grupos focais aproximadamente 90 minutos de duração.

3.5 Análise Interpretativa

Polit e Beck (2011) relatam que, independente do tipo de dado ou da tradição de pesquisa subjacente, o interesse da análise de dados qualitativos é de organizar, fornecer estrutura e obter significado desses dados.

A proposta de trabalho para esta pesquisa é utilizar a análise interpretativa chamada de hermenêutica. Aqui, com base no círculo hermenêutico, que significa o processo entre as partes e o todo a ser analisado, interpretaremos a realidade a ser estudada (POLIT; BECK, 2011), neste caso, o processo de trabalho do apoiador institucional em Sapucaia do Sul.

A hermenêutica possibilitará desenvolver um processo de interpretação com base no discurso contido nos dados das entrevistas e dos grupos focais. Com isso, será possível dar significado ao conteúdo do que foi coletado.

Diekmann e colaboradores (1989 apud POLIT; BECK, 2011, p. 519) apresentam as etapas de análise dos dados em hermenêutica, que serão seguidos:

1. Ler todas as entrevistas ou textos em busca de uma compreensão geral;
2. Escrever resumos interpretativos de cada entrevista;
3. Pedir a um grupo de pesquisadores que analisem entrevistas transcritas ou textos selecionados;
4. Voltar ao texto para solucionar qualquer discordância interpretativa;
5. Comparar e contrastar o texto para identificar significados comuns e práticas compartilhadas;
6. Deixar emergir relações entre os temas;
7. Apresentar aos participantes da equipe um esboço dos temas e trechos exemplares dos textos. Incorporar respostas ou sugestões ao esboço final.

3.6 Aspectos Éticos

Após avaliação pelo Programa de Pós-Graduação (PPG) em Saúde Coletiva, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Será utilizado TCLE em duas vias, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS, 1996).

A pesquisa será devidamente esclarecida aos participantes, e as informações obtidas serão utilizadas somente ao fim deste estudo, assegurando a confidencialidade das informações e assegurando a integridade física e psicológica dos participantes do estudo, que assinarão o TCLE em duas vias, ficando uma cópia com o participante e a outra, com o pesquisador (Apêndice E, F e G). Ficará assegurado, também, o direito de desistência dos participantes em qualquer momento da pesquisa. Os materiais gravados serão guardados pela pesquisadora por um período de cinco anos e após serão destruídos.

5 ORÇAMENTO

Os custos com o projeto serão de responsabilidade da própria autora.

Material	Valor Unitário	Quantidade	Valor Total
Combustível	R\$ 2,75	300 km	R\$ 810,00
Folhas A4	R\$ 15,00	10 Resmas	R\$ 150,00
Gravador digital	R\$ 100,00	01 unidade	R\$ 100,00
Fotocópias	R\$ 0,15	500 cópias	R\$ 75,00
Cartucho de tinta preta impressora	R\$ 140,00	04 unidades	R\$ 560,00
Pastas	R\$ 3,00	10 unidades	R\$ 30,00
Canetas	R\$ 10,90	01 cx	R\$ 10,90
Total	R\$ 271,80		R\$ 1.735,90

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, J. L. M. Atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 1-16, jan./jun. 2002.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, Feb. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.
- ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11tencao.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.
- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.
- BARBOUR, R. S. **Grupos focais**. Porto Alegre: Bookman: Artmed, 2009. (Pesquisa qualitativa).
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, M. E. B.; BARROS, R. D. B. **Da dor ao prazer no trabalho**. São Paulo, [2012?]. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/reitoria/pqv/textobethbarrosdadoraoPrazer.PDF>>. Acesso em: 10 abr.2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Consultas: equipes. Competência: 04/2012. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes>. Acesso em: 29 maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa da saúde da família: saúde dentro de Casa**. Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011a**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 1 maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde.** Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas:** teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Ceará, 2006. Disponível em: <<http://www.memorialapodi.com.br/biblioteca/epidemiologia/docs/Estudo%20,%20Clinica%20e%20Saude%20Coletiva%20compartilhadas%20Teoria%20Paideia%20e%20Reformulacao%20Ampliada%20do%20Trabalho%20em%20Saude%20,%20Gastao%20Campos%20,%202006.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a09.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

CAMPOS, G. W. S. O antiTaylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

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. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em debate, 131).

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2100.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Resolução nº 196, de outubro de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **SUS 20 anos**. Brasília, DF, 2009.

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**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2293/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Costa_Renata_Maria_Oliveira.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/11.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p. 145-160.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico**: dados divulgados. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=43>. Acesso em: 20 maio 2012.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. **Desafios para os gestores do SUS hoje:** compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Rio de Janeiro, [2012?]. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em: 10 maio 2012.

MESTRINER JÚNIOR, W. et al. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 903-912, jan. 2011. Suplemento, 1. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a22v16s1.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

MIRANDA, A. **Programa saúde da família:** entre a panaceia e o preconceito. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface – Comunicação, Saúde e educação**, Botucatu, v. 13, p. 627-640, 2009. Suplemento, 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a14v13s1.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador:** uma cartografia da função apoio. 2011. 175 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: <<http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/gustavonunesoliveiradoutoradoversaofinalfinal.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext#article_upsell)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-317, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a05v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da política de humanização da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/SDv34n86_completo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1020-1034; nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e educação**, Botucatu, v. 13, p. 603-613, 2009. Suplemento, 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a19v12n2.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.

SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/27.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.

VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 729-738, 2009. Suplemento, 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a24v13s1.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2013.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre, Bookman, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTOR 1 E 2)

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

- 1. Prática como gestor.**
- 2. Modelo de atenção.**
- 3. Processo de trabalho.**
- 4. Possibilidades e limites.**

APÊNDICE B – ROTEIRO DE DISCUSSÃO (APOIADORES)

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

- 1. Prática como apoiador.**
- 2. Modelo de atenção.**
- 3. Relação entre o apoiador e as equipes.**
- 4. Resultados encontrados.**
- 5. Relação do apoiador com a gestão.**

APÊNDICE C – ROTEIRO DE DISCUSSÃO (TRABALHADORES)**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

- 1. Prática de atenção na unidade.**
- 2. Trabalho em equipe/coletivo.**
- 3. Papel do apoiador para a qualificação das práticas e do trabalho em equipe.**
- 4. Resultados perceptíveis desta ação do apoiador.**
- 5. Conflitos e entraves dessa interação.**
- 6. Relação com a gestão.**

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Janáina dos Reis Tedesco**, enfermeira e mestranda da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS e orientanda do Prof. José Roque Junges, proponho a pesquisa **O APOIO INSTITUCIONAL COMO DESENCADEADOR DE MUDANÇA DE PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**, que tem por objetivos conhecer a prática do Apoio Institucional e identificar a contribuição desta prática para as mudanças no processo de trabalho na APS. O presente estudo justifica-se, porque se sabe que práticas metodológicas que fomentem a participação e a corresponsabilidade dos sujeitos implicados, possibilitam o desenvolvimento de práticas de atenção mais próximas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para a coleta de dados, será utilizada a entrevista semiestruturada, que terá a duração média de 60 minutos, tendo questões abertas sobre o processo de implantação do trabalho dos apoiadores na Atenção Básica, no município de Sapucaia do Sul. Essa entrevista será gravada para posterior transcrição e análise das informações, que serão utilizadas apenas para esta pesquisa.

Você, como gestor, está sendo convidado a participar dessa pesquisa. A sua participação deve ser livre e voluntária. Será respeitada a confidencialidade das informações prestadas durante a entrevista. Quem participar poderá interromper a sua contribuição a qualquer momento sem nenhum prejuízo. O participante do estudo tem garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa. Esse Termo será assinado em duas vias idênticas, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

A pesquisadora responsável é Janaina dos Reis Tedesco (jana.tedesco@yahoo.com.br, 51 84012613).

Nome do participante

Assinatura

Janaina dos Reis Tedesco

Sapucaia do Sul, de

de 2013.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Janáina dos Reis Tedesco**, enfermeira e mestranda da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS e orientanda do Prof. José Roque Junges, proponho a pesquisa **O APOIO INSTITUCIONAL COMO DESENCADEADOR DE MUDANÇA DE PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**, que tem por objetivos conhecer a prática do Apoio Institucional e identificar a contribuição desta prática para as mudanças no processo de trabalho na APS. O presente estudo justifica-se, porque se sabe que práticas metodológicas que fomentem a participação e a corresponsabilidade dos sujeitos implicados, possibilitam o desenvolvimento de práticas de atenção mais próximas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para a coleta de dados, será utilizada a técnica de grupo focal. Esse grupo terá duração média de 90 (noventa) minutos e terá um roteiro de discussão sobre a o processo de trabalho dos apoiadores institucionais na Atenção Básica, no município de Sapucaia do Sul. Ele será gravado para posterior transcrição e análise das informações, que serão utilizadas apenas para esta pesquisa.

Você, como apoiador, está sendo convidado a participar dessa pesquisa. A sua participação deve ser livre e voluntária. Será respeitada a confidencialidade das informações prestadas durante a entrevista. Quem participar poderá interromper a sua contribuição a qualquer momento sem nenhum prejuízo. O participante do estudo tem garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa. Esse Termo será assinado em duas vias idênticas, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

A pesquisadora responsável é Janaina dos Reis Tedesco (jana.tedesco@yahoo.com.br, 51 84012613).

Nome do participante

Assinatura

Janaina dos Reis Tedesco

Sapucaia do Sul, de

de 2012.

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Janáina dos Reis Tedesco**, enfermeira e mestranda da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS e orientanda do Prof. José Roque Junges, proponho a pesquisa **O APOIO INSTITUCIONAL COMO DESENCADEADOR DE MUDANÇA DE PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**, que tem por objetivos conhecer a prática do Apoio Institucional e identificar a contribuição desta prática para as mudanças no processo de trabalho na APS. O presente estudo justifica-se, porque se sabe que práticas metodológicas que fomentem a participação e a corresponsabilidade dos sujeitos implicados, possibilitam o desenvolvimento de práticas de atenção mais próximas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para a coleta de dados, será utilizada a técnica de grupo focal. Esse grupo terá duração média de 90 (noventa) minutos e terá roteiro de discussão sobre a o processo de implantação do trabalho dos apoiadores institucionais na Atenção Básica, no município de Sapucaia do Sul. Ele será gravado para posterior transcrição e análise das informações, que serão utilizadas apenas para esta pesquisa.

Você, como trabalhador da atenção básica, está sendo convidado a participar dessa pesquisa. A sua participação deve ser livre e voluntária. Será respeitada a confidencialidade das informações prestadas durante a entrevista. Quem participar poderá interromper a sua contribuição a qualquer momento sem nenhum prejuízo. O participante do estudo tem garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa. Esse Termo será assinado em duas vias idênticas, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

A pesquisadora responsável é Janaina dos Reis Tedesco (jana.tedesco@yahoo.com.br, 51 84012613).

Nome do participante

Assinatura

Janaina dos Reis Tedesco

Sapucaia do Sul, de

de 2012.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

JANAINA DOS REIS TEDESCO

**O APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Um Estudo de Caso**

Relatório do Trabalho de Campo apresentado como requisito parcial requisito parcial para obtenção de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

SÃO LEOPOLDO

2013

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	49
1.1 Dados de Identificação	51
2 ENTRADA EM CAMPO	52
3 CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCÃO)	54
4 SELEÇÃO DO UNIVERSO EMPÍRICO	56
5 COLETA DE DADOS.....	58
5.1 Primeiro Grupo Focal com os Apoiadores.....	58
5.2 Segundo Grupo Focal com os Apoiadores.....	60
5.3 Grupo Focal com os Trabalhadores.....	60
5.4 Segundo Grupo Focal com os Trabalhadores.....	62
5.5 Entrevista com a Coordenação da Atenção Básica	62
5.6 Entrevista com o Ex-Coordenador da Atenção Básica	63
6 ANÁLISE E RESULTADOS.....	64
6.1 Análise Documental.....	64
6.2 Análise do Material Coletado	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXO A – RESOLUÇÃO DO COMITE DE ÉTICA.....	69
ANEXO B – LEI Nº 3274, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2010.....	70

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivos conhecer a prática do Apoio Institucional, identificando a contribuição desta prática para as mudanças no processo de trabalho na APS, no município de Sapucaia do Sul, e, neste relatório de campo, descrevem-se os fatos marcantes, curiosos e até desagradáveis vivenciados durante a pesquisa. Na banca de qualificação, ocorrida em agosto de 2012, foram apontadas questões que vieram a colaborar com o projeto e foram consideradas na sua finalização. Uma das questões sugeridas foi quanto a mudança do título da pesquisa, que era *O Apoio Institucional como desencadeador de mudança de processos de trabalho em saúde: um estudo de caso*, para *O Apoio Institucional na atenção básica: um estudo de caso*. Por isso, nas folhas do TCLE, aparece a titulação inicial, pois foi como o projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) (Anexo A).

Por ser o momento de coleta de dados, um período de eleições municipais, e considerando as mudanças ocorridas no cotidiano de trabalho da pesquisadora, ocorreu um atraso na coleta de dados, embora a qualificação do projeto tenha ocorrido ainda em agosto de 2012. A finalização da coleta de dados foi em meados de maio de 2013 e, de acordo com o cronograma, deveria ter sido desenvolvida entre os meses de agosto e novembro de 2012.

Em relação às mudanças relacionadas ao meu trabalho, por três anos, desenvolvi a função de coordenação da ESF e depois de Chefia do Departamento de Saúde do município de Dois Irmãos. Mas, como o prefeito em exercício em 2012, não obtive sucesso nas eleições municipais, passei por um período de incertezas, quanto ao meu futuro profissional. Ao mesmo tempo que me punha à disposição da nova prefeita, até por não ter ligações partidárias, e sim técnicas, adquiridas no período em que trabalhara na gestão, por gostar do que desempenhava, e por ouvir de muitas pessoas que gostariam que eu permanecesse, inclusive fazendo reuniões com a prefeita para solicitar isso, mantinha-se um clima de incertezas, e eu aguardei a resposta até meados de dezembro. Com a resposta negativa, em 02 de janeiro, voltei para a UBS, para trabalhar na ESF com a função de enfermeira.

Isso tudo contribuiu para que eu ficasse um pouco na inércia, um pouco anestesiada, como comentava com o meu orientador, pois havia muitas especulações a meu respeito, e eu não conseguia me concentrar para desenvolver a dissertação. Tive que me debruçar um pouco sobre os livros e rever questões técnicas, que enfrentava naquele recomeço, pois, desde o final da minha graduação, pouco desempenhei a função assistencial da enfermagem. Depois de três meses, estabilizei-me um pouco emocionalmente e profissionalmente e recomecei o que havia

deixado um pouco de lado, a dissertação. E com o apoio do orientador, consegui ir a campo, terminar a coleta de dados e tudo o que descrevo neste relatório.

Como destacado anteriormente, porque a pesquisa tenha sido realizada durante um período de eleições municipais, ocorreram episódios que observo neste relatório. O elemento *eleições municipais* pode ter sido, por vezes, aspecto positivo e, por vezes, negativo para a pesquisa. Tal fato deve-se ao quanto uma eleição municipal pode interferir no andamento de um determinado trabalho dentro de uma SMS. Durante as entrevistas, isso ficou claro, pois a situação em que viviam aquelas pessoas permeava as falas de todos os envolvidos e era percebido um período de incertezas quanto à manutenção do emprego e quanto ao trabalho que era desenvolvido na cidade e os atravessamentos de uma disputa política no cotidiano. Entretanto, se a pesquisa tivesse sido realizada em outro período, talvez algumas situações, como o aspecto vínculo de trabalho, não apareceria com tanta nitidez, ou até mesmo os episódios relacionados ao que uma disputa política interfere ou não no cotidiano, não fosse mencionado. Por isso, o elemento eleições municipais pode ter sido positivo para a pesquisa em alguns aspectos, mas negativo em outros, até para a pesquisadora.

Não posso deixar de relatar que um aspecto importante e que considero ter sido facilitador para a minha entrada em campo foi que a secretária municipal de saúde do momento das negociações para o desenvolvimento do trabalho, havia sido minha colega de trabalho em 2008. Conhecia também o seu esposo, que havia sido o coordenador da AB do município estudado no momento da implantação do Apoio Institucional. Por questões de reorganização de organograma da SMS de Sapucaia do Sul, a partir de janeiro de 2013, ela retornou às suas atividades como coordenadora da AB municipal, cargo que já havia exercido na cidade.

Apesar destes contratemplos, a pesquisa foi finalizada dentro de um tempo adequado para o desenvolvimento de todo o cronograma. Este relatório descreve os passos durante toda a execução dessa pesquisa e o seu conteúdo está dividido em tópicos: Entrada em campo; Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCÃO); Seleção do Universo Empírico; Coleta de dados; Análise do Material Coletado; Considerações Finais; e Referências.

1.1 Dados de Identificação

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NÍVEL MESTRADO

LINHA DE PESQUISA – VULNERABILIDADE EM SAÚDE E BIOÉTICA

Aluna: Janaina dos Reis Tedesco

Local: Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul - Rua São Cristóvão, 34 - Bairro

Freitas – Sapucaia do Sul. CEP: 93220-280. Fones: (51) 3474.1085 / 3451.5918

Período: Setembro de 2012 a maio de 2013.

2 ENTRADA EM CAMPO

Como disse anteriormente, já conhecia a secretária de saúde da época do início da coleta, portanto, me comunicava muito com ela e com a coordenadora da AB via e-mail. E foi, por essa via, que marcamos a primeira visita ao município, onde, acompanhada de uma colega do Mestrado e do nosso orientador, apresentei o pré-projeto à SMS, antes mesmo da qualificação.

Nesta reunião inicial com a Secretária de Saúde, embora, o projeto já fosse de conhecimento dela e também de já ter uma aprovação informal, recebi a aprovação formal, por escrito, e então foi marcada uma participação da reunião de colegiado de gestão para a apresentação dele ao grupo. A reunião de colegiado é realizada semanalmente nas dependências da SMS e conta com a presença da coordenadora da AB, dos apoiadores, de duas representantes do NASF, de uma representante do núcleo de VS, de uma residente da Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que estava desenvolvendo o seu estágio optativo no município, do responsável pelo núcleo de informações em saúde da Secretaria e da secretária de saúde, por um momento mais curto, devido a compromissos.

Durante a reunião, realizada em setembro, foram apresentadas duas profissionais que representavam o NASF, discutidos alguns assuntos relacionados ao trabalho, participação em reuniões e foi falado sobre o acampamento farroupilha, no qual estavam participando. Este acampamento farroupilha a que me refiro, acontece durante a Semana Farroupilha, que é um evento festivo da Cultura gaúcha, que se comemora de 14 a 20 de setembro com desfiles em homenagem a líderes da Revolução Farroupilha. O evento lembra o começo da Revolução Farroupilha, mais longa revolução do Brasil, que durou quase dez anos e tinha como ideal liberdade, igualdade e humanidade. E durante esse período, algumas pessoas ligadas ao movimento tradicionalista gaúcho, realiza um acampamento em alguns parques, para relembrar os costumes dos antepassados, como o fogo de chão e as rodas de chimarrão e bailes.

Nesta reunião de colegiado, apresentei-me como mestranda e explanei sobre o projeto de pesquisa proposto, de uma maneira simples, sem a utilização de material didático, expondo que o projeto já havia sido aprovado pela Secretaria de Saúde, citando os objetivos e a metodologia para a qual alguns dos participantes da reunião seriam importantes. Falei sobre os momentos de coleta de dados e tirei algumas dúvidas. Participar da reunião foi um momento singular, pois proporcionou aproximação com aquelas pessoas e o fornecimento de

algumas informações, que permitiram que o restante da pesquisa fosse desenvolvido no campo, de uma maneira tranquila. Ao final, foi marcado o primeiro grupo focal com as apoiadoras e foi-lhes solicitada uma lista dos trabalhadores, para organizar este grupo.

3 CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCÃO)

No mês de novembro de 2012, ocorreu em Porto Alegre, o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em que foram realizadas discussões sobre o tema *Saúde é Desenvolvimento: Ciência para a Cidadania*. Fui com as colegas do grupo de pesquisa do mestrado e apresentei três trabalhos.

Também aproveitei para participar de palestras, fóruns, e painéis que considerei pertinentes para a pesquisa. Houve vários momentos importantes, um deles foi o painel conduzido pela Roseni Pinheiro sobre os Modelos de Atenção à Saúde, do qual participaram Luis Carlos de Oliveira Cecílio, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Aluisio Gomes da Silva Júnior, da Universidade Federal Fluminense (UFF). Foram relacionadas algumas falhas nos modelos de saúde implantados no país, pois, segundo os componentes da mesa, não estariam dando conta das necessidades da população. Foram citados como problemas, a formação dos profissionais de saúde, que ainda não é voltada para a atenção primária, mas muito para as superespecialidades, e a forma como as equipes atuam, não considerando, muitas vezes, a necessidade das pessoas.

Outro momento importante, no qual participei com o meu orientador, foi o painel *Função Apoio: exercício e institucionalidade em questão*, coordenado por Simone Mainieri Paulon. A seu lado, na mesa estavam Gastão Wagner de Sousa Campos, da UNICAMP, Dário Pasche, da Secretaria de Atenção em Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (SAS/DAPES) do MS, Liane Righi, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que participou da minha Banca de Qualificação e Gustavo Nunes de Oliveira da Universidade de Brasília (UnB). Já no momento de chegada, encontramos a professora Liane Righi, que nos apresentou aos demais expositores e disse que estávamos com uma pesquisa sobre o Apoio em um município do Rio Grande do Sul (RS).

Durante o painel, foram levantadas questões interessantes para a reflexão e para o desenvolvimento da minha pesquisa. Pasche trouxe a função ética do Apoio, o sentido de inclusão dos trabalhadores nas decisões e lembrou que a missão das organizações é de produzir subjetividade e saúde. Oliveira, por sua vez, disse que o apoiador deve dispor-se a fazer junto e trabalhar os conflitos e que isso só se aprende fazendo. Righi lembrou que uma das funções do Apoio é formar coletivos organizados e que existem tensionamentos nesse exercício, pois as ofertas e as demandas são diversas. E, por isso ela salientou a importância da cumplicidade e dos acordos temporais. Campos referiu o Apoio Paideia, como uma filosofia sobre a prática, em que existem dependências nos outros e singularidades e

interatividade entre as pessoas e que outras funções do Apoio seriam a de tensionar agendas e negociar compromissos. E sugeriu que se faça investimento nos apoiadores, para que estes possam desenvolver as suas atividades, que não são fáceis, mas que necessitam acontecer. Ele disse que, se, para iniciar um trabalho de Apoio, for preciso realizar uma capacitação, uma palestra, que se faça, para que depois possa ser possível iniciar a cogestão. Durante a discussão, percebi que havia pelo menos duas apoiadoras de Sapucaia na plateia.

Após o Painel, eu e o meu orientador conversamos muito sobre o tema, sobre o quanto o assunto era novo e sobre a importância de maiores estudos acerca do Apoio. Pois, considera-se a importância do tema para a gestão em saúde, principalmente por ser uma nova metodologia, um dispositivo que auxilia essa gestão a desenvolver suas funções de uma outra forma, diferente das formas burocráticas que ocorrem normalmente. Este fato me deixou entusiasmada e animada com o andamento da pesquisa.

4 SELEÇÃO DO UNIVERSO EMPÍRICO

Quanto à seleção dos participantes da pesquisa, foi descrito no projeto que, além de entrevistar a Coordenação atual da AB, considerou-se pertinente entrevistar o ex-coordenador também, pois, foi o mesmo que apresentou a metodologia à SMS. Isso foi fundamental para conhecer o processo de implantação do Apoio Institucional e como se encontrava a saúde da cidade naquele momento, além de perceber a relação da gestão com os apoiadores, no início e no momento atual.

O ex-coordenador é odontólogo, sanitarista e trabalhou um ano em Sapucaia, antes de assumir a função de apoiador do MS no RS, em relação ao PMAQ. Hoje ele atua no programa TelessaúdeRS, que é uma estratégia de qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da oferta de teleconsultorias para a qualificação das ações em APS. A coordenadora atual é odontóloga e sanitarista e é concursada no município desde o último concurso público, por meio do qual entraram a maioria dos profissionais que estão atuando hoje na ESF da cidade. Além disso, convidamos todas as oito apoiadoras institucionais para o grupo focal, que foi realizado em dois encontros, devido à necessidade detectada na análise inicial do material coletado no primeiro encontro.

Em relação aos profissionais de nível superior, que atuam na AB do município de Sapucaia do Sul, num primeiro momento, foram selecionados das listas encaminhadas pelas apoiadoras, três profissionais (um médico, um dentista e um enfermeiro) mais antigos de cada região de saúde, contabilizando doze profissionais, sendo três de cada região de saúde. Porém, contamos com dez profissionais no primeiro grupo focal, pois alguns não poderiam participar por questões de agenda ou porque estavam fazendo uma carga horária que não seria compatível com os horários disponíveis para o encontro. Além disso, como houve o concurso público, a maioria tinha o mesmo tempo de trabalho na cidade. Esse fator não foi considerado como problema, pois todos trabalhavam com a figura do apoiador com um período suficiente para falar da relação com esse ator e da função dele perante a equipe.

Descrição dos apoiadores: oito mulheres, com o menor tempo de trabalho de dois meses e o maior, de dois anos. As apoiadoras são profissionais da área da saúde, cujas profissões são: três psicólogas, duas enfermeiras, duas nutricionistas e uma odontóloga, e a maioria possui residência multiprofissional, especialização em Saúde da Família ou em área relacionada à saúde coletiva.

Descrição dos trabalhadores: um homem e nove mulheres, com menos tempo de trabalho de dois meses e o maior de dezoito anos, sendo três médicos, quatro dentistas, três enfermeiras, todos com especialização ou residência na área de atuação.

5 COLETA DE DADOS

Para que o trabalho de Campo pudesse ser realizado, o projeto de pesquisa foi enviado para o CEP da UNISINOS para avaliação e também foi qualificado. Ele foi aprovado no comitê de ética por estar adequado em agosto de 2012, mesmo mês da sua qualificação.

De posse do documento de aprovação, fornecido pelo CEP, e das folhas do TCLE, de fato iniciei a coleta. O primeiro grupo focal foi marcado com as apoiadoras e ocorreu em 01 de outubro de 2012. Estavam presentes as oito apoiadoras institucionais da Secretaria de Saúde. No entanto, devido à necessidade de mais informações, encontrada durante a primeira análise da transcrição do primeiro grupo, realizamos outro encontro, no início de dezembro. Alguns dias depois, realizei a entrevista semiestruturada com a coordenadora da AB, que foi perdida, e teve que ser novamente realizada em maio de 2013. Em meados de dezembro, foi realizado o primeiro grupo focal com os trabalhadores das equipes de AB. Depois da transcrição e início da análise, surgiu o interesse e a necessidade de um segundo encontro, que se realizou em maio de 2013. A entrevista com o ex-coordenador da AB local aconteceu também em maio de 2013, por causa da dificuldade de sua agenda. O tempo médio dos grupos e das entrevistas foi de sessenta minutos.

Embora tudo estivesse organizado e aprovado com bastante antecedência, por estarmos no período de eleições municipais e devido a mudanças ocorridas no meu campo de trabalho, houve alguns problemas de atraso no desenvolvimento da coleta de dados. Um exemplo disso foi a mudança do meu trabalho, pois, como eu trabalhava na gestão da saúde do município de Dois Irmãos, tinha um pouco mais flexibilidade de horário para a pesquisa e ,a partir de 01 de janeiro de 2013, fui alocada em uma ESF e tive que me organizar e me adaptar ao trabalho assistencial novamente, já que não o desenvolvia há mais de três anos.

Além disso, embora a gestão de Sapucaia do Sul tenha sido reeleita, houve mudanças na SMS, que acarretaram uma nova conformação no organograma. Outra questão encontrada foi o período de férias dos sujeitos da pesquisa. Portanto, considerando todos esses motivos, houve uma lacuna de tempo entre o início da coleta até a sua finalização.

5.1 Primeiro Grupo Focal com os Apoiadores

Como citado anteriormente, na reunião de colegiado, foi agendada a provável data para reunião com as apoiadoras, que foi modificada por motivo de agendas, mas, que ocorreu, no dia 01 de outubro de 2012. Além da presença de oito apoiadoras, contou-se com o auxílio

de uma bolsista do grupo de pesquisa da UNISINOS, para as anotações e observação. O grupo foi iniciado na sala de reuniões da SMS, com tranquilidade, onde foram posicionados os dois gravadores e realizada a leitura do TCLE e solicitado, que, se de acordo, eles o assinassem.

Primeiramente, foi pedido que elas se apresentassem com informações da formação e do tempo de atuação no Apoio. Nesse momento, foi relatado que a maioria das apoiadoras tinha realizado uma Residência Integrada em Saúde (RIS), no GHC ou na Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e que alguns haviam cursado uma pós-graduação. E cabe ressaltar que todas eram na área da Saúde Coletiva, da AB. Após a apresentação, foi iniciada a discussão, tendo por base o roteiro desenvolvido no projeto.

Durante o grupo, percebi que os participantes refletiam sobre a função do Apoio e respondiam às questões, dando-se conta de algumas coisas relacionadas ao seu trabalho. Inclusive isso foi referido em algum momento, no grupo.

Como todos estavam presentes, este foi um momento de reflexão coletiva do trabalho. Muitas coisas foram aparecendo, como o vínculo com a equipe, o vínculo de trabalho, a função do apoiador, a relação com a gestão, os atravessamentos do cotidiano do trabalho e as necessidades e sentimentos presentes no processo. Uma das apoiadoras referiu que estava desenvolvendo a função há pouco tempo, pois logo que iniciou suas atividades, sofreu uma queda e um trauma num membro inferior, o que a deixou afastada por um período. Esta apoiadora acabou participando menos do debate.

Percebi que as apoiadoras novas falavam mais, comparando com os que tinham sido da época em que havia coordenações de núcleo. Não sei se isso se deve ao fato de eles serem mais tímidos, mas me chamou a atenção.

O grupo transcorreu sem problemas, apesar de ter iniciado com uns quinze minutos de atraso por problemas que tive no trânsito, e, como havia uma reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) na sala onde estávamos, tivemos que encerrar a reunião. Após a transcrição do material e do início da análise, foi resolvido, então, agendar um novo encontro, para um momento pós-eleições municipais.

Além disso, após alguns dias, ao encontrar a coordenadora da AB do município para a entrevista, e depois de falar sobre a minha percepção da necessidade de outro encontro com o Apoio, ela informou que as apoiadoras relataram que, se houvesse mais tempo, haveria mais material, mais assunto. Portanto, decidi fazer outro grupo focal.

5.2 Segundo Grupo Focal com os Apoiadores

Nos primeiros dias de dezembro, foi realizado o segundo grupo focal com as apoiadoras, na mesma sala de reuniões da SMS. Desta vez, não contei com a presença da bolsista para auxílio, portanto, após o posicionamento dos gravadores, foi iniciada a discussão, e tive que realizar as anotações, coisa que percebi como complicada, mas que era necessária. Neste encontro, o clima já era mais tranquilo, pois havia passado o período eleitoral, e a gestão manteve-se na prefeitura. Apesar disso, foi relatado que ainda havia apreensão na Secretaria, porque não sabiam como ficaria a sua configuração final. O encontro foi iniciado com a retomada de alguns tópicos do grupo anterior, com base nos quais se fez o debate.

Neste segundo encontro, uma apoiadora não participou, já que, segundo os colegas, havia sido convocada para ocupar a vaga para a qual fizera um concurso em que tinha sido aprovada. Mas, apesar disso, algumas apoiadoras participaram mais deste momento do que no primeiro. Mostraram-se interessadas em discutir os tópicos levantados e tinham contribuições que no primeiro encontro não fizeram. Inclusive aquela que tinha menos tempo de trabalho no Apoio. Parecia estar mais integrada com o grupo.

É importante destacar a dificuldade que senti para fazer as anotações, observações, manter a discussão ativa e cuidar dos gravadores ao mesmo tempo. Mas, apesar disso tudo, tudo ocorreu bem e assim que percebi que o assunto estava saturado, encerrei com pouco mais de uma hora de grupo.

Ainda sublinho que o fato de eu ser trabalhadora da gestão da AB de um município, eu entendia as aflições em relação ao período eleitoral e que, naquele momento, estávamos todas mais cientes do que poderia acontecer com as vidas profissionais. Elas acabavam perguntando como estava no meu município e uma conversa fora da pesquisa se constituía.

5.3 Grupo Focal com os Trabalhadores

No encontro com as apoiadoras, elas me forneceram uma lista com os nomes dos profissionais que poderiam participar do grupo. Após a seleção, o encontro foi marcado para meados do mês de dezembro de 2012, na mesma sala de reuniões da SMS, às 15 h 30 min, horário indicado pela Secretaria, pois os participantes do grupo estariam liberados ao final do expediente.

A seleção realizada, acima citada, seguiu o tempo de trabalho, que era mais ou menos o mesmo para a maioria, mas havia algumas pessoas que já trabalhavam no município há bastante tempo. As informações foram fornecidas pelas apoiadoras anteriormente.

Foram doze trabalhadores selecionados, mas uns dois não poderiam comparecer ao grupo por questões pessoais, e as apoiadoras fizeram o convite às equipes deles para que outros pudessem estar presentes. Mesmo assim, dez trabalhadores estavam presentes e após a leitura e assinatura do TCLE, foi iniciado o grupo com as apresentações iniciais. Eles declararam sua formação, o tempo de trabalho em Sapucaia do Sul, em que equipe atuavam, como era essa equipe, além de explanar um pouco sobre o seu território de trabalho. Cabe salientar que novamente, dirigi o grupo sem o auxílio de outra pessoa, por isso tive que fazer os registros de gravação e escritos.

O início do debate foi muito utilizado pelos trabalhadores como um momento para que eles pudessem se conhecer e conhecer outras realidades da saúde municipal. Isso ficou evidente na fala de alguns, que referiram que isso não ocorria com frequência. Além disso, utilizaram o espaço para reclamar sobre o espaço físico, estrutura de trabalho, dificuldades como equipe, o trabalho de outros profissionais no mesmo ambiente da equipe, as equipes mistas e essa falta de encontros por núcleos. Talvez eu pudesse ter conduzido o grupo de uma maneira diferente, mas não me senti à vontade de interromper o que estava acontecendo. Senti que de repente, esta também era uma das minhas funções como pesquisadora, dar espaço para que eles pudessem dialogar. Este momento inicial foi importante para que os participantes se aproximassem uns dos outros e da pesquisadora.

Consegui depois trabalhar de acordo com o roteiro proposto, porém, acredito que eu não tenha conseguido me manter no foco principal. Alguns trabalhadores pouco participaram, a não ser quando instigados por mim. E tive que, por vezes, trazer o foco para a questão levantada, pois as particularidades de alguns núcleos começaram a ser discutidas.

Os trabalhadores que atuavam há mais tempo no município foram importantes, pois conseguiam fazer o contraponto entre o antes do Apoio e o depois da implementação dessa metodologia de gestão. Os novos também o foram, uma vez que não estavam “contaminados” por um antes e um depois e podiam dizer como era trabalhar com o Apoio, sem referências anteriores.

Após a transcrição e análise do material, como eles se afastaram do foco muitas vezes e utilizaram muito o tempo para discussões sobre os núcleos, defini que iria realizar outro grupo com os mesmos trabalhadores para debater pontos que foram discutidos superficialmente no primeiro encontro.

5.4 Segundo Grupo Focal com os Trabalhadores

No dia 17 de maio de 2013 foi realizado um segundo grupo focal com os trabalhadores, que foi marcado segundo orientações da Secretaria de Saúde, num dia e horário mais adequados, já que eu iria precisar da sala de reuniões. Convidei todos os trabalhadores por e-mail e solicitei um retorno da mensagem. Como não recebi o retorno de todos, enviei um e-mail à coordenadora e às apoiadoras para que pudessem auxiliar na divulgação. Três pessoas responderam negativamente, um trabalhador que estaria de férias e outras duas por outras questões que não foram declaradas. Após isso ocorrer, discuti o fato com o meu orientador e enviei outro e-mail para as apoiadoras e para a coordenadora, para que pudessem convidar outras pessoas da equipe dos que não estariam presentes, para participar.

Mesmo com todo esse movimento, no dia marcado compareceram quatro pessoas, que já haviam participado do primeiro grupo, sendo uma enfermeira e três odontólogas. Aguardamos uns quinze minutos após o horário combinado, e iniciamos a discussão, tendo por base alguns pontos que senti a necessidade de aprofundar. Apesar do número reduzido de profissionais neste encontro, todas puderam dar a sua opinião, o que, no grupo com dez pessoas, não havia ocorrido. O debate não foi comprometido por estarmos em menor número, pois conseguimos passar todos os pontos e aprofundá-los de maneira que foram esgotados pelo grupo, em torno de cinquenta minutos.

5.5 Entrevista com a Coordenação da Atenção Básica

No início de dezembro de 2012, foi realizada uma entrevista com a coordenadora da AB, que foi perdida, por questões técnicas (gravador estragou). Portanto, em maio de 2013, tive que refazer a entrevista com Coordenadora, porém não foi com a mesma pessoa, porque, no início de 2013, com a troca de governo municipal, houve também alterações de chefias. Cabe salientar que a atual coordenadora é a Secretária de Saúde anterior que participou de todo o processo de entrada no campo de pesquisa. Além disso, como a atual coordenadora é esposa do ex-coordenador e como a agenda dele não estava muito livre, marcamos um encontro após um jantar em Porto Alegre, na casa deles.

Foi curioso que, durante o jantar, enquanto falávamos sobre os nossos trabalhos na saúde de diferentes municípios, eles não fizeram questionamentos sobre a pesquisa, e quando, em um momento o ex-coordenador foi falar alguma coisa de um trabalhador, a coordenadora disse para ele não fazer isso para que não interferisse na minha análise.

Após o jantar, organizamo-nos para as entrevistas, que foram realizadas no escritório do casal, um de cada vez. Entrevistei primeiro ela, enquanto o meu marido ficava com o marido dela na sala, conversando. Depois de ela ter lido o TCLE e assiná-lo, sem questionamentos, iniciei a entrevista, que teve uma duração de quase sessenta minutos. Ao longo da entrevista, que transcorreu sem problemas, ela falou sobre o que sabia da implementação do Apoio, da gestão da AB da cidade e de questões relacionadas ao Apoio Institucional.

Durante a entrevista, ela demonstrou um carinho e um respeito grande pelo trabalho que está sendo desenvolvido pelas apoiadoras no município. E, por vezes, deixou transparecer o vínculo e a interação que tem com elas, pois referiu situações que contaram no grupo focal, como a preocupação com o acúmulo de funções que o Apoio desenvolve hoje. A questão do trabalho com os núcleos também apareceu na fala da coordenadora, como um dos focos do trabalho em que o Apoio se reorganizaria, já que, segundo ela, isso havia se perdido um pouco no meio do caminho.

Terminada a entrevista, pedi para que ela chamasse o seu esposo ao escritório para que iniciássemos o trabalho. Ela se dirigiu à sala, para fazer companhia ao meu esposo.

5.6 Entrevista com o Ex-Coordenador da Atenção Básica

Logo após a entrevista com a coordenadora, iniciei a entrevista com o ex-coordenador, que durou cerca de quarenta e nove minutos. Esta entrevista foi muito importante, porque ele descreveu todo o processo de implantação do método, como estava o município na implantação e porque a metodologia foi implementada. Além disso, demonstrou, na sua fala, conhecimento acerca da teoria sobre a metodologia da Roda/Paideia e do dispositivo, como ele chamou, Apoio Institucional.

Referiu sobre a experiência no estado da Bahia, onde atuou durante três anos, na AB estadual, e onde, conheceu a metodologia do Apoio. Falou muito sobre as dificuldades encontradas no início do trabalho em Sapucaia, o que demonstrou reflexão sobre o trabalho desenvolvido e implicação, naquele momento, com as necessidades da saúde local.

A entrevista foi interrompida uma vez para que ele atendesse ao telefone, mas transcorreu com tranquilidade. Ao final, eu estava cansada, pois, estávamos juntos havia mais de três horas e meia e senti que ele também sentia-se cansado. Apesar disso, fiquei feliz com o conteúdo do material.

6 ANÁLISE E RESULTADOS

Na análise de dados qualitativos, é necessário organizar, fornecer estrutura e obter significado dos materiais coletados. E, para a análise dos dados coletados, utilizou-se a análise interpretativa chamada de hermenêutica.

6.1 Análise Documental

Lei Municipal nº 3274, de 2010, que criou os cargos para a ESF, e que definiu a organização da AB municipal e um resumo sobre a implementação do Apoio no município apresentado num congresso sobre a temática (Anexo B). A consulta dos documentos auxiliou na contextualização da implementação do Apoio Institucional.

6.2 Análise do Material Coletado

No mês de maio, terminei a transcrição do material coletado e iniciei sua análise. Como a primeira transcrição havia sido realizada pela bolsista, refiz para verificar se ela havia deixado algo importante passar e percebi que a gravação ficou com ruídos. Algumas palavras não foram entendidas por ela e foram, então, incluídas por mim.

Depois de imprimir todo o material, que contabilizou 66 páginas, realizei uma primeira leitura, a fim de me localizar no conteúdo e me apropriar do material que eu tinha para trabalhar, onde destaquei frases e palavras importantes e significativas. Durante a transcrição das gravações, eu escrevia os momentos de silêncio absoluto e de risos geral, e isso foi interessante de ser percebido durante a análise. Realizei depois uma segunda leitura, fazendo uma análise um pouco mais detalhada, destacando novamente palavras e frases que me chamavam a atenção, para dar início às categorias.

Obedecendo ao processo da Hermenêutica, voltei novamente ao material e fiz mais uma leitura, da qual emergiram três grandes eixos temáticos: 1. O processo de mudança do modelo de gestão; 2. A função de apoiar e 3. Os vínculos. Porém, depois de debater com o orientador, foi definido que trabalharíamos com o eixo dois, pois tínhamos muito material bom e este eixo já responderia aos objetivos do projeto de pesquisa. Neste eixo temático, emergiram três categorias; a função de Apoiar como intermediação, os limites dessa função e suas possibilidades.

Ainda no mês de junho, mês que tirei férias do meu trabalho, para que pudesse me dedicar à dissertação por completo, iniciei a produção do artigo. Ao longo do processo, nos encontros com o meu orientador, discutíamos todos os pontos e a cada encontro, ficávamos mais felizes com a produção e com as possibilidades de discussão que o material apresentava.

Cabe salientar que, durante a transcrição do material, realizei uma análise inicial e ainda no mês de março de 2013, antes do final da nossa coleta de dados e da análise final, foi escrito um artigo, que recolhia os primeiros resultados de uma pesquisa sobre a prática do Apoio Institucional no município de Sapucaia do Sul (RS). Este artigo, que foi intitulado de *Os nós críticos da introdução do Apoio Institucional como estratégia de qualificação das equipes de Atenção Básica à Saúde*, (Artigo 1) foi submetido na *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação* e está em análise para possível publicação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa foi uma tarefa prazerosa, e todo o processo foi muito rico. Percebe-se, desde o começo, interesse e disponibilidade em participar da pesquisa, tanto por parte da gestão municipal e apoiadores quanto pelos servidores selecionados para o grupo focal. Apresentavam certa tranquilidade no desenvolvimento do grupo e também um nível de conhecimento importante acerca do tema estudado, demonstrando, então, uma integração entre as equipes/apoiadores/gestão. Durante os encontros, os participantes referiam muitos fatos positivo, mas não deixavam de trazer as questões que achavam que podiam ser modificadas ou melhoradas, mas o que chamava a atenção era o foco: a qualificação da saúde no município.

Em alguns momentos, o fato de desenvolver a pesquisa já proporcionou algumas reflexões importantes e levou as pessoas a discussões sobre o processo em Sapucaia, pois certos assuntos, que eram trazidos pelos trabalhadores ou apoiadoras como dificuldades, em outro momento foram trazidos pelos gestores como desafios a serem superados. Um exemplo disso foi a questão do contrato das apoiadoras, que foi bastante referido no início e quando eu voltei para terminar a coleta, uns cinco meses depois, uma proposta de modificação da lei que organiza a coordenação da AB municipal havia sido enviada para a Câmara Municipal como projeto de lei, que garantiria maiores direitos aos apoiadores.

Algumas outras dificuldades se apresentaram no meio do caminho, como o período eleitoral e as mudanças na gestão da saúde de Sapucaia do Sul, além da própria mudança na gestão do município onde trabalho e no meu próprio local de trabalho. Entretanto, esses itens não se colocaram como barreiras intransponíveis, mas sim como desafios. Assim como os participantes da pesquisa, eu também passava por um momento angustiante e de mudanças, pois sou uma trabalhadora de saúde, que, no momento, desenvolvia uma função na gestão de saúde, especificamente na coordenação da AB, e, de certo modo, todo o processo me auxiliava a refletir sobre a minha prática, e eu também conseguia me situar muito bem, no que eles relatavam.

Quanto aos objetivos do estudo, pôde-se verificar que a função do apoiador está em fase de construção no município, e foi identificada como uma função importante, de intermediação entre este *trabalhador da gestão* as equipes de saúde, a gestão, a comunidade e a sua própria equipe de trabalho. No entanto, por ser uma função nova no contexto do SUS e por características da organização da gestão municipal, estão presentes alguns limites na atuação deste apoiador. Mas apesar disso, foram identificadas muitas possibilidades no

trabalho do Apoio na gestão da saúde da cidade, principalmente por este atuar de forma a democratizar o poder e as decisões, fazendo com que todos possam se comprometer com a qualificação da assistência à população.

REFERÊNCIAS

SAPUCAIA DO SUL. **Lei nº 3274, de 15 de dezembro de 2010.** Cria cargos da estratégia saúde da família na estrutura da secretaria municipal da saúde, no âmbito do município de Sapucaia do Sul. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/rs/s/sapucaia-do-sul/lei-ordinaria/2010/327/3274/lei-ordinaria-n-3274-2010-cria-cargos-da-estrategia-saude-da-familia-na-estrutura-da-secretaria-municipal-da-saude-no-ambito-do-municipio-de-sapucaia-do-sul-2010-12-15.html>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

ANEXO A – RESOLUÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 090/2012

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 12/077 **Versão do Projeto:** 24/08/2012 **Versão do TCLE:** 24/08/2012

Coordenadora:

Mestranda Janaína dos Reis Tedesco (PPG em Saúde Coletiva)

Título: O apoio institucional como desencadeador de mudança de processos de trabalho em saúde: um estudo de caso.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 24 de agosto de 2012.

Prof. Dra. Cátia de Azevedo Fronza
Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS

ANEXO B – LEI Nº 3274, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2010**Lei nº 3274, de 15 de dezembro de 2010**

CRIA CARGOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL.

VILMAR BALLIN, prefeito de Sapucaia do Sul. Faço saber que a Câmara de Vereadores aprovou e eu, com fundamento no artigo 82, III da Lei Orgânica do Município, sanciono e promulgo a seguinte, LEI:

Art. 1º Fica instituída a Estratégia de Saúde da Família no Município de Sapucaia do Sul, como ação prioritária de reorganização da Atenção Primária em Saúde, orientada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo Único - Esta lei fundamenta-se na Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006; na Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006; na Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006; na Portaria GM nº 1.625, de 10 de julho de 2007 e na Lei Federal nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008.

Art. 2º Fica o Poder Executivo Municipal, autorizado a contratar trabalhadores necessários para a implantação de equipes completas de Saúde da Família a fim de proporcionar até 80% (oitenta) de cobertura da população, bem como, a estrutura necessária para o suporte das ações de saúde decorrentes da implementação da Estratégia Saúde da Família, na forma estabelecida pela Emenda Constitucional nº 51, de 14 de Fevereiro de 2006, regulamentada pela Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 e conforme estabelecido no Art.197 da Constituição Federal de 1988, até a extinção da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Art. 3º Toda contratação de pessoal para constituir as equipes Estratégia Saúde da Família, atendendo ao disposto no art. 37, inciso II, da CF/88, deverá submeter-se ao concurso público de provas ou provas e títulos, na proporção de 80% e 20%, respectivamente, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades.

Parágrafo Único - Ficam submetidos ao regime jurídico estatutário, as contratações previstas no caput deste artigo.

Art. 4º O número de equipes da Estratégia de Saúde da Família necessárias ao Município será calculado com base em portaria ministerial vigente, considerando-se uma cobertura municipal de até 80% da população.

Art. 5º Ficam criados os seguintes cargos para a composição das Equipes de Estratégia Saúde da Família:

I - 16 (dezesseis) Médicos de Família: Médico com nível superior completo, inscrito no CREMERS e preferentemente com Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Especialização em Saúde Pública ou Especialização em Saúde Coletiva ou Especialização em Sanitarista ou Especialização em Saúde da Família concluída, cumprindo carga horária de 40 horas semanais e percebendo salário de R\$ 7.360,00 (sete mil e trezentos e sessenta reais) ou médico com nível superior completo, inscrito no CREMERS, cumprindo carga horária de 40 horas semanais e recebendo salário de 6.500,00;

II - 16 (dezesseis) Cirurgiões-Dentistas de Família: Cirurgião-Dentista com nível superior completo, inscrito no CRO-RS, com Residência em Saúde Coletiva ou Residência em Saúde da Família ou Especialização em Saúde Pública ou Especialização em Saúde Coletiva ou Especialização em Saúde Bucal Coletiva ou Especialização em Sanitarista ou Especialização em Saúde da Família concluída, cumprindo carga horária de 40 horas semanais e recebendo salário de R\$ 5.120,00 (cinco mil cento e vinte reais);

III - 16 (dezesseis) Enfermeiros de Família: Enfermeiro com nível superior completo, inscrito no COREN-RS e com Residência em Saúde Coletiva ou Residência em Saúde

da Família ou Especialização em Saúde Pública ou Especialização em Saúde Coletiva ou Especialização em Sanitarista ou Especialização em Saúde da Família concluída, cumprindo carga horária de 40 horas semanais e recebendo salário mensal de R\$ 4.160,00 (quatro mil cento e sessenta reais);

IV - 32 (trinta e dois) Técnicos de Enfermagem da Família: Técnico de enfermagem com nível médio completo e curso técnico em enfermagem concluído, inscrito no COREN-RS, com carga horária de 40 horas semanais e recebendo salário mensal de R\$ 1.450,00 (um mil quatrocentos e cinquenta reais);

V - 16 (dezesesseis) Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) da Família: Auxiliar em Saúde Bucal com nível fundamental completo e curso de auxiliar em saúde bucal ou auxiliar de consultório dentário concluído, inscrito no CRO-RS, com carga horária de 40 horas semanais e recebendo salário mensal de R\$ 890,00 (oitocentos e noventa reais);

VI - 16 (dezesesseis) Agentes Administrativos da Família, com nível médio completo e noções de informática, com carga horária de 40 horas semanais e recebendo salário mensal de R\$ 790,00 (setecentos e noventa reais);

§ 1º As atribuições das funções inerentes a esses cargos são as descritas no ANEXO I desta lei que correspondem as atribuições definidas na Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, Portaria GM nº 1.625 de 10 de julho de 2007 e Lei Federal Nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008.

§ 2º A jornada de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família é de 40 (quarenta) horas semanais.

§ 3º O salário dos servidores vinculados à Estratégia Saúde da Família deverá ser reajustados anualmente, obedecendo a data base do municipalismo, garantindo a reposição inflacionária.

Art. 7º - Para a implementação das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na lógica da reorganização da Atenção Primária, levando em consideração os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e na implantação das ações de saúde que darão suporte através dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), CAPS AD,

CAPS II, CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), Laboratório de Prótese Odontológica, Núcleo de Informações em Saúde e os Programas que serão desenvolvidos pela SMS, especificamente Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, Saúde Bucal, entre outros, fica criada a Coordenação Multidisciplinar Municipal da Estratégia Saúde da Família, em cargos assim definidos:

Parágrafo Único - A Coordenação Multidisciplinar Municipal da Estratégia Saúde da Família será composta pelos seguintes cargos:

I - 01 (um) Coordenador (a) da Atenção Primária;

II - 01 (um) Coordenador (a) da Área Médica;

III - 01 (um) Coordenador (a) da Saúde Bucal;

IV - 01 (um) Coordenador (a) de Enfermagem;

V - 01 (um) Coordenador (a) de Saúde Mental;

VI - 01 (um) Coordenador (a) dos Núcleo de Programas e Informações em Saúde;

Art. 8º - A Coordenação Multidisciplinar Municipal da Estratégia Saúde da Família deverá necessariamente possuir a seguinte formação e experiência:

§ 1º O Coordenador da Atenção Primária deverá ser um profissional da área da saúde, de nível superior completo, possuir Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ou Saúde da Família ou Especialização em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Sanitarista ou Saúde da Família concluídas e ter experiência de, no mínimo 2 (dois) anos comprovada, na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Controle Social, recebendo salário de R\$ 7.800 (sete mil e oitocentos reais), cumprindo carga horária de 40 horas semanais.

§ 2º O Coordenador Médico deverá possuir graduação em Medicina concluída, inscrição no CREMERS e possuir Residência em Medicina de Família e Comunidade

ou Especialização em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Sanitarista ou Saúde da Família concluída e ter experiência mínima de 2 (dois) anos na gestão ou na assistência, recebendo o salário de R\$ 7.400,00 (sete mil e quatrocentos reais), cumprindo carga horária de 40 horas semanais.

§ 3º O Coordenador Cirurgião-Dentista deverá possuir graduação em Odontologia concluída, inscrição no CRO-RS e possuir Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ou Saúde da Família ou Especialização em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva, Sanitarista ou Saúde da Família concluída e ter experiência mínima de 2 (dois) anos na gestão ou na assistência, recebendo o salário de R\$ 5.300,00 (cinco mil e trezentos reais), cumprindo carga horária de 40 horas semanais.

§ 4º O Coordenador da Enfermagem deverá possuir graduação em Enfermagem concluída, inscrição no COREN-RS e possuir Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ou Saúde da Família ou Especialização em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Sanitarista ou Saúde da Família concluída e ter experiência mínima de 2 (dois) anos na gestão ou na assistência, recebendo o salário de R\$ 5.300,00 (cinco mil e trezentos reais), cumprindo carga horária de 40 horas semanais.

§ 5º O Coordenador de Saúde Mental deverá possuir graduação em Psicologia concluída, inscrição no CRP-RS e possuir Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ou Residência Multiprofissional em Saúde da Família ou Especialização em Saúde Pública ou Especialização em Saúde Coletiva ou Especialização em Sanitarista ou Especialização em Saúde da Família concluída e ter experiência mínima de 2 (dois) anos na gestão ou na assistência, recebendo o salário de R\$ 5.300,00 (cinco mil e trezentos reais), cumprindo carga horária de 40 horas semanais.

§ 6º O Coordenador do Núcleo de Programas e Informações em Saúde deverá possuir ensino superior completo em qualquer curso da área da saúde, estar inscrito no conselho de classe da sessão Rio Grande do Sul de sua profissão, possuir formação na área de Epidemiologia (Especialização ou Mestrado) e na área de Saúde Pública (Mestrado em Saúde Pública ou Mestrado em Saúde Coletiva ou Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ou Residência Multiprofissional em Saúde da Família ou Especialização em Saúde Pública ou

Especialização em Saúde Coletiva ou Especialização em Saúde Bucal Coletiva ou Especialização em Sanitarista ou Especialização em Saúde da Família) e ter experiência mínima de 2 (dois) anos na gestão ou na assistência, recebendo o salário de R\$ 5.300,00 (cinco mil e trezentos reais), cumprindo carga horária de 40 horas semanais.

Art. 9º A Coordenação Multidisciplinar Municipal de Estratégia Saúde da Família será nomeada pelo Prefeito Municipal, sob o regime estatutário, preferencialmente de servidores do quadro efetivo ou como cargo em comissão.

Art. 10. As despesas decorrentes desta lei serão suportadas pelas seguintes dotações orçamentárias: 10 Secretaria Municipal de Saúde - 01 Secretaria Municipal de Saúde - 10.01.04.122.0026.2085 Administração, modernização e manutenção da Secretaria.

Art. 11. Fica revogada a Lei Municipal nº 3.073 de 31 de outubro de 2008.

Art. 12. Esta Lei entre em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul, 15 de dezembro de 2010.

VILMAR BALLIN

Prefeito Municipal

JOSÉ LUIZ TASSINARI

Procurador-Geral do Município

Registre-se e publique-se.

Sapucaia do Sul, 15 de dezembro de 2010.

ÁLVARO ROGÉRIO ALENCAR SILVA

Secretário Municipal de Gestão Pública

ANEXO I

ATRIBUIÇÕES DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO DE FAMÍLIA:

1. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
2. Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
4. Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
7. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Realizar consultoria, e emissão de pareceres sobre assuntos da área médica;
11. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
12. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da atenção primária;
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais;

14. Assumir a gerência das Unidades de Saúde da Família, quando solicitado pela coordenação da Estratégia de Saúde da Família;
15. Participar das atividades de educação permanente.
16. Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
17. Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio (visita domiciliar) e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
18. Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
19. Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
20. Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
21. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD;
22. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;
23. Supervisionar estágios dentro do núcleo da medicina e do campo da atenção básica;
24. Participar e/ou coordenar grupos operativos e terapêuticos;
25. Realizar educação em saúde, individual e coletiva, visando à melhoria de saúde da população;

FONTE: Portaria nº 648, de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

SÃO ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA DE FAMÍLIA:

1. Participar dos processos de territorialização e mapeamento da área adscrita de atuação da equipe de ESF, identificando grupos, famílias e inclusive aqueles relativos ao trabalho e da atualização das informações;
2. Realizar cuidado em saúde da população de adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas em protocolos e prioridades da gestão local;
4. Garantir integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e atendimento da demanda espontânea de ações programáticas de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
7. Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação do SUS;
12. Participar das atividades de educação permanente com todos os participantes da equipe;
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
14. Assumir a gerência das Unidades de Saúde da Família, quando solicitado pela coordenação da Estratégia de Saúde da Família;
15. Realizar consultoria e emissão de pareceres sobre assuntos da área odontológica;
16. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
17. Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

18. Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
19. Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
20. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
21. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma interdisciplinar;
22. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB (THD), ASB (ACD) e ESF;
23. Realizar supervisão técnica do TSB (THD) e ASB (ACD);
24. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;
25. Supervisionar estágios dentro Do núcleo da odontologia e do campo da atenção básica;
26. Realizar visita domiciliar;
26. Participar e/ou coordenar grupos operativos e terapêuticos;
27. Realizar educação em saúde, individual e coletiva, visando a melhoria da saúde da população.

FONTE: Portaria nº 648, de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

SÃO ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA:

1. Participar dos processos de territorialização e mapeamento da área adscrita de atuação da equipe de ESF, identificando grupos, famílias e inclusive aqueles relativos ao trabalho e da atualização das informações;

2. Realizar cuidado em saúde da população de adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas em protocolos e prioridades da gestão local;
4. Garantir integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e atendimento da demanda espontânea de ações programáticas de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
7. Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica;
12. Participar das atividades de educação permanente com todos os participantes da equipe;
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais;
14. Assumir a gerência das Unidades de Saúde da Família, quando solicitado pela coordenação da Estratégia de Saúde da Família;
15. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
16. Realizar consultoria, e emissão de pareceres sobre matéria de enfermagem;
17. Realizar cuidados diretos de enfermagem de maior complexidade técnica para tomada de decisões imediatas;
18. Participação do planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
19. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

20. Supervisionar estágios dentro do núcleo da enfermagem e do campo da atenção básica;
21. Contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico em higiene dental (THD);
22. Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da equipe de enfermagem;
23. Prevenção de danos causados aos clientes durante a assistência de enfermagem;
24. Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
25. Realizar educação em saúde, individual e coletiva, visando à melhoria de saúde da população;
26. Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde), aos indivíduos e no domicílio quando necessário em todas as fases do desenvolvimento: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
27. Conforme protocolos e outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observando as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
28. Participar e/ou coordenar grupos operativos e terapêuticos;
29. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
30. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
31. Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
32. Participar, organizar e coordenar campanhas de vacinação.

FONTE: Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. / Portaria nº 648, de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

SÃO ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA:

1. Participar dos processos de territorialização e mapeamento da área adscrita de atuação da equipe de ESF, identificando grupos, famílias e inclusive aqueles relativos ao trabalho e da atualização das informações;
2. Realizar cuidado em saúde da população de adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas em protocolos e prioridades da gestão local;
4. Garantir integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e atendimento da demanda espontânea de ações programáticas de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
7. Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da atenção básica;
12. Participar das atividades de educação permanente com todos os participantes da equipe;
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
15. Vacinação;
16. Participar das atividades de assistência básica de nível médio realizando procedimentos regulamentados no exercício da profissão na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitário (escolas etc.);
17. Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias na área de abrangência, conforme planejamento da equipe;

18. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF;

FONTE: Portaria nº 648, de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

SÃO ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL DE FAMÍLIA (TSB) - ANTIGO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD):

Competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

1. Participar dos processos de territorialização e mapeamento da área adscrita de atuação da equipe de ESF, identificando grupos, famílias e inclusive aqueles relativos ao trabalho e da atualização das informações;
2. Realizar cuidado em saúde da população de adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas em protocolos e prioridades da gestão local;
4. Garantir integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e atendimento da demanda espontânea de ações programáticas de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
7. Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação do SUS;

12. Participar das atividades de educação permanente com todos os participantes da equipe;
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
14. Participar do treinamento e capacitação de ASB (ACD) e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
15. Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
16. Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
17. Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;
18. Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
19. Supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;
20. Realizar fotografias e tomadas radiográficas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
21. Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
22. Proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
23. Remover suturas;
24. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
25. Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares;
26. Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
27. Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

28. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma interdisciplinar;
29. Apoiar as atividades dos ASB (ACD) e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
30. Realizar visita domiciliar;
31. Realizar educação em saúde, individual e coletiva, visando a melhoria da saúde da população;
32. Realizar isolamento do campo operatório;

FONTE: Portaria nº 648, de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008 que regulamenta o exercício das profissões de TSB e ASB.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL DE FAMÍLIA (ASB) - ANTIGO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD):

Compete ao ASB (ACD), sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do TSB (THD):

1. Participar dos processos de territorialização e mapeamento da área adscrita de atuação da equipe de ESF, identificando grupos, famílias e inclusive aqueles relativos ao trabalho e da atualização das informações;
2. Realizar cuidado em saúde da população de adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas em protocolos e prioridades da gestão local;
4. Garantir integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e atendimento da demanda espontânea de ações programáticas de vigilância à saúde;
5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

7. Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. Promover a mobilização e participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação do SUS;
12. Participar das atividades de educação permanente com todos os participantes da equipe;
13. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
14. Organizar e executar atividades de higiene bucal;
15. Processar filme radiográfico;
17. Preparar o paciente para o atendimento;
18. Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
19. Manipular materiais de uso odontológico;
20. Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
21. Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
22. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
23. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
24. Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
25. Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal;
26. Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.
27. Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

28. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma interdisciplinar;
29. Realizar visita domiciliar;
30. Realizar educação em saúde, individual e coletiva, visando a melhoria da saúde da população;
31. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
32. Organizar a agenda clínica;
33. Participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;
34. Selecionar moldeiras;
35. Preparar modelos de gesso;

FONTE: Portaria nº 648, de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008 que regulamenta o exercício das profissões de TSB e ASB.

ATRIBUIÇÕES DOS COORDENADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO ATRIBUIÇÕES DO (A) COORDENADOR (A) DA ATENÇÃO BÁSICA:

1. Organizar a assistência em Atenção Básica no município de Sapucaia do Sul;
2. Coordenar e elaborar o mapeamento e definição de áreas prioritárias para implantação da Estratégia Saúde da Família;
3. Supervisionar e gerenciar o trabalho dos demais coordenadores;
4. Desenvolver projetos que qualifiquem a Atenção Básica;
5. Estimular a captação de recursos para ampliação e qualificação da Atenção Básica;
6. Planejar a distritalização do município, segundo critérios geográficos e epidemiológicos e supervisionar o trabalho das gerências distritais;
7. Representar o Município e a Secretaria Municipal da Saúde em encontros, reuniões e eventos ligados à área da saúde;

8. Contribuir para a organização, gerenciamento e funcionamento dos serviços da rede, em sua forma assistencial e administrativa;
9. Planejar e executar capacitações, seminários cursos, entre outros, visando promover Educação Permanente;
10. Contribuir para a organização do fluxo de referência e contra-referência entre os serviços, em parceria com os demais coordenadores e outros níveis de atenção;
11. Executar avaliação e supervisão técnica dos funcionários, sob sua responsabilidade técnica, em parceria com os demais coordenadores;
12. Manter atualizada a documentação dos funcionários sob sua responsabilidade técnica junto ao órgão de fiscalização do exercício profissional;
13. Participar de processo de seleção do quadro de funcionários da rede;
14. Contribuir na elaboração de processo seletivo e/ou concurso público, bem como de sua execução;
15. Emitir parecer técnico referente à estrutura física, quadro de pessoal e condutas técnicas mediante protocolo elaborado em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional para fins de melhoria no serviço de saúde;
16. Aplicar penalidades conforme regimento da instituição, aos funcionários que não executarem suas funções de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, e/ou que não se adequarem as condutas propostas no estatuto do servidor público municipal;

17. Participar da elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão, Lei de Diretrizes Orçamentárias, entre outros Instrumentos de Planejamento da Gestão e alterações da legislação de acordo com a área competente de atuação;
18. Elaborar relatórios para subsidiar a tomada de decisão por parte do Gestor Municipal de Saúde;
19. Colaborar com a Vigilância Epidemiológica nas ações de saúde voltadas à população;
20. Organizar, em conjunto com os demais coordenadores, escalas de férias, folgas e dispensas de funcionários;
21. Coordenar reuniões da coordenação multidisciplinar da estratégia saúde da família;
22. Participar e colaborar na realização de reuniões envolvendo outras áreas da saúde;
23. Participar do Conselho Municipal de Saúde do Município quando necessário, bem como promover e estimular a participação popular;

24. Responder às demandas judiciais da área, articulando os fluxos entre os setores;
25. Desenvolver e manter atualizadas as Políticas Municipais de Saúde, em consonância com as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
26. Buscar a viabilização de parcerias para o fortalecimento das ações dos Programas de Saúde junto a órgãos públicos e privados;
27. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação dos Programas de Saúde.
28. Colaborar com as demais coordenações da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento das ações de saúde.
29. Contribuir para a implementação de diretrizes e protocolos na atenção básica;

SÃO ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR (A) DA ÁREA MÉDICA:

1. Representar o Município e a Secretaria Municipal da Saúde em encontros, reuniões e eventos ligados à área da saúde;
2. Contribuir para a organização, gerenciamento e funcionamento dos serviços da rede, em sua forma assistencial e administrativa;
3. Planejar e executar capacitações, seminários e cursos, entre outros, visando promover Educação Permanente;
4. Contribuir para a organização do fluxo de referência e contra-referência entre os serviços, em parceria com os demais coordenadores;
5. Executar avaliação e supervisão técnica dos funcionários, sob sua responsabilidade técnica, em parceria com os demais coordenadores;
6. Manter atualizada a documentação dos funcionários sob sua responsabilidade técnica junto ao órgão de fiscalização do exercício profissional (CRM);
7. Participar de processo de seleção do quadro de funcionários da rede;
8. Contribuir na elaboração de processo seletivo e/ou concurso público, bem como de sua execução;
9. Emitir parecer técnico referente à estrutura física, quadro de pessoal e condutas técnicas, mediante protocolo elaborado em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional, para fins de melhoria no serviço de saúde;
10. Aplicar penalidades conforme regimento da instituição, aos funcionários que não executarem suas funções de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, e/ou que não se adequarem as condutas propostas no estatuto do servidor público municipal;

11. Participar da elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão e Lei de Diretrizes Orçamentárias, entre outros Instrumentos de Planejamento da Gestão e alterações da legislação de acordo com a área competente de atuação;
12. Colaborar com a Vigilância Epidemiológica nas ações de saúde voltadas à população;
13. Quando necessário, contribuir na assistência para que não haja descontinuidade das ações assistenciais desenvolvidas pelos serviços;
14. Organizar, em conjunto com os demais coordenadores, escalas de férias, folgas e dispensas de funcionários;
15. Coordenar reuniões de núcleo da Medicina;
16. Participar e colaborar na realização de reuniões envolvendo outras áreas da saúde;
17. Participar do Conselho Municipal de Saúde do Município quando necessário, bem como promover e estimular a participação popular;
18. Responder às demandas judiciais da área, articulando os fluxos entre os setores;
19. Desenvolver e manter atualizadas as Políticas Municipais de Saúde, em consonância com as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
20. Elaborar relatórios para subsidiar a tomada de decisão por parte do Gestor Municipal de Saúde;
21. Buscar a viabilização de parcerias para o fortalecimento das ações dos Programas de Saúde junto a órgãos públicos e privados;
22. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação dos Programas de Saúde.
23. Contribuir para a implementação de diretrizes e protocolos na atenção básica;
24. Atender solicitações e demandas do Conselho Regional de Medicina (CRM);
25. Colaborar com as demais coordenações da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento das ações de saúde.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR (A) DA SAÚDE BUCAL:

1. Representar o Município e a Secretaria Municipal da Saúde em encontros, reuniões e eventos ligados à área da saúde;
2. Contribuir para a organização, gerenciamento e funcionamento dos serviços da rede, em sua forma assistencial e administrativa;

3. Planejar e executar capacitações, seminários e cursos, entre outros, visando promover Educação Permanente;
4. Contribuir para a organização do fluxo de referência e contra-referência entre os serviços, em parceria com os demais coordenadores;
5. Executar avaliação e supervisão técnica dos funcionários, sob sua responsabilidade técnica, em parceria com os demais coordenadores;
6. Manter atualizada a documentação dos funcionários sob sua responsabilidade técnica junto ao órgão de fiscalização do exercício profissional (CRO);
7. Participar de processo de seleção do quadro de funcionários da rede;
8. Contribuir na elaboração de processo seletivo e/ou concurso público, bem como de sua execução;
9. Emitir parecer técnico referente a estrutura física, quadro de pessoal e condutas técnicas, mediante protocolo elaborado em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional, para fins de melhoria no serviço de saúde;
10. Aplicar penalidades conforme regimento da instituição, aos funcionários que não executarem suas funções de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, e/ou que não se adequarem as condutas propostas no Estatuto do servidor público municipal;
11. Participar da elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão e Lei de Diretrizes Orçamentárias, entre outros Instrumentos de Planejamento da Gestão e alterações da legislação de acordo com a área competente de atuação;
12. Elaborar relatórios para subsidiar a tomada de decisão por parte do Gestor Municipal de Saúde;
13. Colaborar com a Vigilância Epidemiológica nas ações de saúde voltadas à população;
14. Quando necessário, contribuir na assistência para que não haja descontinuidade das ações assistenciais desenvolvidas pelos serviços;
15. Organizar, em conjunto com os demais coordenadores, escalas de férias, folgas e dispensas de funcionários;
16. Coordenar reuniões de núcleo da Odontologia;
17. Participar e colaborar na realização de reuniões envolvendo outras áreas da saúde;
18. Participar do Conselho Municipal de Saúde do Município quando necessário, bem como promover e estimular a participação popular;
19. Responder às demandas judiciais da área, articulando os fluxos entre os setores;

20. Desenvolver e manter atualizadas as Políticas Municipais de Saúde, em consonância com as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
21. Buscar a viabilização de parcerias para o fortalecimento das ações dos Programas de Saúde junto a órgãos públicos e privados;
22. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação dos Programas de Saúde.
23. Contribuir para a implementação de diretrizes e protocolos na atenção básica;
24. Atender solicitações e demandas do Conselho Regional de Odontologia (CRO);
25. Contribuir com a valorização dos profissionais de Saúde Bucal da rede por meio do estímulo e da promoção de educação permanente;
26. Promover a cobertura da assistência odontológica no Município, preferencialmente, através da inclusão de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família;
27. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
28. Reordenar a atenção de média complexidade, através da inclusão de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratório de Prótese Odontológica no Município
29. Colaborar com as demais coordenações da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento das ações de saúde.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR (A) DE ENFERMAGEM:

1. Representar o Município e a Secretaria Municipal da Saúde em encontros, reuniões e eventos ligados à área da saúde;
2. Contribuir para a organização, gerenciamento e funcionamento dos serviços da rede, em sua forma assistencial e administrativa;
3. Planejar e executar capacitações, seminários e cursos, entre outros, visando promover Educação Permanente;
4. Contribuir para a organização do fluxo de referência e contra-referência entre os serviços, em parceria com os demais coordenadores;
5. Executar avaliação e supervisão técnica dos funcionários, sob sua responsabilidade técnica, em parceria com os demais coordenadores;
6. Manter atualizada a documentação dos funcionários sob sua responsabilidade técnica junto ao órgão de fiscalização do exercício profissional (COREN);
7. Participar de processo de seleção do quadro de funcionários da rede;

8. Contribuir na elaboração de processo seletivo e/ou concurso público, bem como de sua execução;
9. Emitir parecer técnico referente à estrutura física, quadro de pessoal e condutas técnicas mediante, protocolo elaborado em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional, para fins de melhoria no serviço de saúde;
10. Aplicar penalidades conforme regimento da instituição, aos funcionários que não executarem suas funções de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, e/ou que não se adequarem as condutas propostas no estatuto do servidor público municipal;
11. Participar da elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão e lei de Diretrizes orçamentárias, entre outros Instrumentos de Planejamento da Gestão e alterações da legislação de acordo com a área competente de atuação;
12. Elaborar relatórios para subsidiar a tomada de decisão por parte do Gestor Municipal de Saúde;
13. Colaborar com a Vigilância Epidemiológica nas ações de saúde voltadas à população;
14. Quando necessário, contribuir na assistência para que não haja descontinuidade das ações assistenciais desenvolvidas pelos serviços;
15. Organizar, em conjunto com os demais coordenadores, escalas de férias, folgas e dispensas de funcionários;
16. Coordenar reuniões de núcleo da Enfermagem;
17. Participar e colaborar na realização de reuniões envolvendo outras áreas da saúde;
18. Participar do Conselho Municipal de Saúde do Município quando necessário, bem como promover e estimular a participação popular;
19. Responder às demandas judiciais da área, articulando os fluxos entre os setores;
20. Desenvolver e manter atualizadas as Políticas Municipais de Saúde, em consonância com as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
21. Buscar a viabilização de parcerias para o fortalecimento das ações dos Programas de Saúde junto a órgãos públicos e privados;
22. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação dos Programas de Saúde.
23. Atender solicitações e demandas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);
24. Contribuir para a implementação de diretrizes e protocolos na atenção básica;

25. Colaborar com as demais coordenações da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento das ações de saúde.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR (A) DE SAÚDE MENTAL:

1. Representar o Município e a Secretaria Municipal da Saúde em encontros, reuniões e eventos ligados à área da saúde;
2. Contribuir para a organização, gerenciamento e funcionamento dos serviços da rede, em sua forma assistencial e administrativa;
3. Planejar, executar e participar de capacitações, seminários e cursos, entre outros, visando promover a educação permanente em saúde;
4. Contribuir para a organização do fluxo de referência e contra-referência entre os serviços, em parceria com os demais coordenadores, garantindo a adequada atenção em saúde mental em todos os níveis da rede de serviços do município;
5. Executar a avaliação e supervisão técnica dos funcionários sob sua responsabilidade técnica, em parceria com os demais coordenadores;
6. Realizar o gerenciamento das equipes de saúde mental;
7. Manter atualizada a documentação dos funcionários, sob sua responsabilidade técnica, junto ao órgão de fiscalização do exercício profissional;
8. Participar de processo de seleção do quadro de funcionários da rede;
9. Contribuir na elaboração de processo seletivo e/ou concurso público, bem como de sua execução;
10. Emitir parecer técnico referente à estrutura física, quadro de pessoal e condutas técnicas mediante, protocolo elaborado em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional, para fins de melhoria no serviço de saúde;
11. Aplicar penalidades conforme regimento da instituição, aos funcionários que não executarem suas funções de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, e/ou que não se adequarem as condutas propostas no estatuto dos servidores municipais;
12. Participar da elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão e Lei de Diretrizes Orçamentárias, entre outros Instrumentos de Planejamento da Gestão e alterações da legislação de acordo com a área competente de atuação;
13. Elaborar relatórios para subsidiar a tomada de decisão por parte do Gestor Municipal de Saúde;

14. Colaborar com a Vigilância Epidemiológica nas ações de saúde voltadas à população;
15. Quando necessário, contribuir na assistência para que não haja descontinuidade das ações assistenciais desenvolvidas pelos serviços;
16. Organizar, em conjunto com os demais coordenadores, escalas de férias, folgas e dispensas de funcionários;
17. Coordenar reuniões de núcleo da Saúde Mental;
18. Participar e colaborar na realização de reuniões envolvendo outras áreas da saúde;
19. Participar do Conselho Municipal de Saúde do Município quando necessário, bem como promover e estimular a participação popular;
20. Responder às demandas judiciais da área, articulando os fluxos entre os setores;
21. Desenvolver e manter atualizadas as Políticas Municipais de Saúde Mental, em consonância com as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
22. Buscar a viabilização de parcerias para o fortalecimento das ações dos Programas de Saúde junto a órgãos públicos e privados;
23. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação das ações de saúde mental;
24. Atender solicitações e demandas do Conselho Regional de Psicologia (CRP);
25. Colaborar com as demais coordenações da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento das ações de saúde.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR (A) DO NÚCLEO DE PROGRAMAS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE:

1. Representar o Município e a Secretaria Municipal da Saúde em encontros, reuniões e eventos ligados à área da saúde;
2. Contribuir para a organização, gerenciamento e funcionamento dos serviços da rede;
3. Planejar, executar e participar de capacitações, seminários e cursos, entre outros, visando promover a educação permanente em saúde;
4. Contribuir para a organização do fluxo de referência e contra-referência entre os serviços, em parceria com os demais coordenadores;
5. Executar a avaliação e supervisão técnica dos funcionários sob sua responsabilidade técnica, em parceria com os demais coordenadores;
6. Participar de processo de seleção do quadro de funcionários da rede;

7. Contribuir na elaboração de processo seletivo e/ou concurso público, bem como de sua execução;
8. Aplicar penalidades conforme regimento da instituição, aos funcionários que não executarem suas funções de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, e/ou que não se adequarem as condutas propostas no estatuto dos servidores municipais;
9. Participar da elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão e Lei de Diretrizes Orçamentárias, entre outros Instrumentos de Planejamento da Gestão e alterações da legislação de acordo com a área competente de atuação;
10. Colaborar com a Vigilância Epidemiológica nas ações de saúde voltadas à população;
11. Organizar, em conjunto com os demais coordenadores, escalas de férias, folgas e dispensas de funcionários;
12. Coordenar reuniões de núcleo de programas e do núcleo de informações em saúde;
13. Participar e colaborar na realização de reuniões envolvendo outras áreas da saúde;
14. Participar do Conselho Municipal de Saúde do Município quando necessário, bem como promover e estimular a participação popular;
15. Responder às demandas judiciais da área, articulando os fluxos entre os setores;
16. Desenvolver e manter atualizadas as Políticas Municipais de Saúde, em consonância com as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
17. Buscar a viabilização de parcerias para o fortalecimento das ações dos Programas de Saúde junto a órgãos públicos e privados;
18. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação das ações de saúde;
19. Realizar o gerenciamento da Equipe do Núcleo de Informação em Saúde;
20. Atuar na implantação e implementação das rotinas de trabalho do Núcleo de Informação em Saúde;
21. Elaborar relatórios para subsidiar a tomada de decisão por parte do Gestor Municipal de Saúde;
22. Elaborar e analisar o Perfil Epidemiológico de Saúde Municipal, segundo tempo, lugar e pessoa;
23. Consolidar e analisar os dados de interesse das Equipes de Saúde e do Gestor Municipal de Saúde, disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde, divulgando os resultados;

24. Gerenciar a alimentação das Bases de Dados Nacionais com dados produzidos nos Sistemas de Saúde Municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados sob sua gestão;
25. Elaborar, executar, gerenciar e avaliar, segundo legislação e normativas do Ministério da Saúde, programas nas áreas de: Diabete Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde do Trabalhador;
26. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação dos Programas de Saúde;
27. Colaborar com as demais coordenações da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento das ações de saúde.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO(A) AGENTE ADMINISTRATIVO(A):

1. Promover a mobilização e participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
2. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação do SUS;
3. Participar das atividades de educação permanente com todos os participantes da equipe;
4. Executar serviços gerais da área administrativa, tais como separação, classificação e arquivamento de documentos, transcrição de dados, lançamentos, fornecimentos de informações e atendimento ao público interno e externo;
5. Recepcionar os usuários do serviço a que está vinculado, realizando escuta qualificada das necessidades desses em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado, viabilizando o estabelecimento do vínculo e encaminhando aos serviços necessários;
6. Receber e triar correspondências em geral, separando-as e encaminhando-as a seus destinatários;
7. Manter organizados arquivos e fichários, manipulando dados e documentos, classificando e protocolando quando necessário, visando ao controle sistemático de informações;
8. Atender ao telefone prestando informações e anotando recados;

9. Executar atividades administrativas de pessoal, material e finanças, classificando e conferindo documentos;
10. Operar equipamentos de informática, audiovisual, fax, datashow e outros; Receber materiais diversos, identificar sua origem e encaminhar ao setor destinado;
11. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.