

Unidade 2

Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde

Unidade 2 - Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

O objetivo dessa unidade de aprendizagem é provocar a reflexão e instrumentalizar profissionais de saúde que atuam no cuidado e gestão em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para a gestão e o cuidado em saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil por meio da Constituição Federal de 1988, foi estruturado com base nos princípios de universalidade e igualdade de direitos, rompendo com o caráter meritocrático que predominava na assistência à saúde no país, estabelecendo-se o regime democrático. Nesse contexto, a organização da saúde pública do Brasil sofreu profundas transformações, visto que a Constituição defende a implementação do estado de bem-estar social, na qual a saúde é um direito de cidadania, devendo ser universal e igualitário em todo território nacional (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Enquanto gestor e trabalhador na área da saúde, você já deve ter observado que o modelo de atenção à saúde pública vigente, centrado no cuidado curativista e estruturado a partir de ações e serviços de saúde com base na demanda espontânea, tem se mostrado pouco resolutivo e insustentável diante dos desafios sanitários atuais.

Isso ocorre, principalmente devido à alguns fatores como: diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população, fragmentação na organização da atenção, das práticas clínicas e da gestão do SUS, mudança no perfil epidemiológico da população com o aumento das doenças crônicas, a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição e as condições agudas (BRASIL, 2010).

Nessa direção, é necessário transformar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de modo a produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Uma possibilidade emerge com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) definidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (2010, p. 31) como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.



Você e sua equipe já estão familiarizados com o conceito sobre as Redes de Atenção à Saúde? Existe alguma instituída na sua região? Para se aprofundar, consulte o material de apoio nos links a seguir:

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

REDE HUMANIZASUS: Espaço de ajuda mútua, divulgação e partilha de experiências, fomento as RAS.

Acesse: <http://redehumanizasus.net/acervo-digital-de-humanizacao/>.

Você ainda pode verificar junto às Secretarias Municipais e Estadual de Saúde sobre as redes pactuadas para a sua região.

Para seu funcionamento, as redes requerem alguns atributos (MENDES, 2015):

- A população/território definida, com conhecimento de suas necessidades a fim de definir o perfil de oferta das redes;
- Que incluam intervenções no âmbito da promoção da saúde, de prevenção das doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- Atenção centrada no indivíduo, família e comunidade;
- Que tenha como porta de entrada e ordenadora da rede a APS;
- Gestão integrada da clínica;
- Recursos humanos suficientes e comprometidos;
- Financiamento adequado e ação intersetorial ampla.

Em virtude disso, Mendes (2011) apresenta que nas RAS a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema de atenção à saúde organiza-se sob a forma de uma rede horizontal, também denominada como Linhas de Cuidado (LC), entre os pontos de atenção apresentando distintas densidades tecnológicas, sem ordem ou grau de importância entre eles (FRANCO; FRANCO, 2015).

Conceitos de acordo com Mendes (2011):

Hierarquia: na visão de uma estrutura hierárquica existem diferentes níveis de “complexidade” crescentes, e com relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis. Essa visão sugere, por exemplo, que a Atenção Primária a Saúde seja menos complexa do que a Atenção Secundária ou Terciária, o que é um pensamento equivocado para um sistema democrático.

Poliarquia: nesse tipo de arranjo organizacional, os diferentes níveis de atenção se relacionam de modo democrático, sendo entendido que todos possuem o mesmo grau de complexidade e importância no sistema.

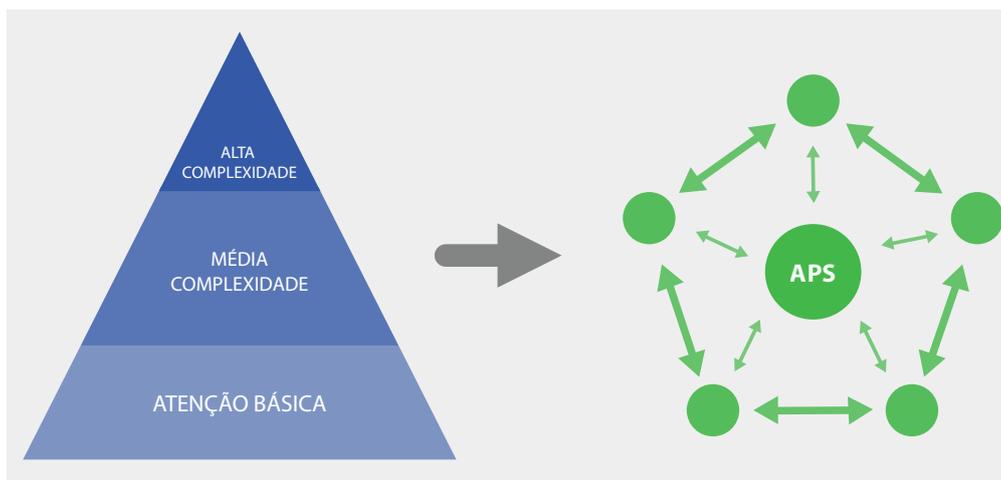
SAIBA MAIS

Para saber mais sobre as Linhas de cuidado, leia o texto “LINHAS DO CUIDADO INTEGRAL: uma proposta de organização da rede de atenção” de Camilla Maia Franco e Túlio Batista Franco. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passos_a_passo_linha_de_cuidado.pdf.

As LC incorporam a lógica do que era, até então, denominado de “referência e contrarreferência”, com o diferencial de não funcionarem apenas por protocolos estabelecidos, mas também, mediante fluxos pactuados entre os gestores com vistas a facilitar o acesso do usuário às suas necessidades. Essa organização fortalece a coordenação do cuidado integral e contínuo.

A singularidade que a RAS apresenta é de ter em seu centro de comunicação a APS, passando da lógica hierárquica para a lógica poliárquica, como mostra a figura 3.

Figura 3. Mudança lógica na organização das RAS - lógica hierárquica e poliárquica.



Fonte: Adaptado de: MENDES, 2011.

A efetividade das RAS já conta com evidências no Brasil e no mundo. Há, no entanto, um grande desafio que ainda precisa ser superado, o qual remete ao modo de organização e funcionamento das RAS. A mudança no arranjo organizacional do sistema por si só não é suficiente, é preciso que haja uma profunda transformação das relações e dos processos de trabalho dos atores que constituem esse sistema.

O aumento da expectativa de vida da população reflete diretamente na elevação da incidência e prevalência das condições crônicas em saúde, e o sucesso no manejo dessas condições requer da instituição uma nova clínica, considerando os princípios da integralidade e longitudinalidade, com modificações nas interações produtivas entre equipes e profissionais de saúde (MENDES, 2011).

Nesse sentido, são aliados importantes e facilitadores das mudanças ações como atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, realizada por equipe multiprofissional, seja individual ou em grupo, e que promova o autocuidado e a prevenção, baseada na APS. Esse novo olhar reposiciona os indivíduos nas relações com os profissionais de saúde, à medida que deixam de ser pacientes para se tornarem os principais produtores sociais de sua saúde (OPAS, 2015).

Porém, como já citamos anteriormente, há de se considerar a necessidade de mudanças na gestão e nos processos de trabalho, de modo que se institucionalize um novo jeito de “produzir saúde”. Embora o SUS já abarque esse conceito de gestão participativa, o mesmo restringe-se, por vezes, a ideia do controle social dos usuários e dos trabalhadores sobre o Estado. O conceito de controle social e de fiscalização precisa ser ampliado para o cotidiano das relações trabalhadores/usuários, gestor/equipe, gestor/usuários, moldando um novo paradigma, que garanta certo grau de autonomia ao trabalhador contrastado com certo grau

de controle também sobre o trabalhador: controle da lei, de valores, do direito à saúde, da gratuidade do SUS, e mesmo de diretrizes de modelo, atenção básica, o vínculo, a horizontalidade, a coordenação de caso, adaptado e recriado para cada contexto situacional (CAMPOS et al., 2014; RIGHI, 2014).

Esse horizonte imprime a necessidade de desenvolver a criticidade ao modelo de atenção à saúde vigente, que considera a relação verticalizada e hierárquica, que engessa os sujeitos e torna as relações pouco dinâmicas.

Campos et al (2014) defendem a instituição de sistemas de cogestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato, incluindo a sociedade civil na gestão e no compartilhamento do poder com as equipes de trabalho. Além disso, buscam melhorar os processos comunicativos, buscar estratégias de integração, de regulação do acesso pelos diferentes níveis, de sistemas informatizados que possibilitem a gestão destes processos e fluxos, ampliando o conhecimento da RAS e seus diferentes pontos de atenção (RODRIGUES et al., 2014). Essas medidas visam reduzir o desgaste e a ineficiência do sistema, assim como o agir solitário dos profissionais.

Os próximos conteúdos levarão você a conhecer ou, caso já conheça, visitar alguns conceitos fundamentais, quando se aborda a gestão na saúde, e que são imprescindíveis para um bom exercício da gestão. É um tema desafiador e ao mesmo tempo instigante, que requer o desenvolvimento de habilidades em lidar com situações imprevisíveis e problemas complexos, nos quais saber gerir recursos humanos e financeiros é premissa básica para obter sucesso.

2.1 Cogestão ou gestão participativa: espaços e mecanismos de gestão coletiva

A partir de agora, abordaremos, em especial, sobre os instrumentos e mecanismos que articulam gestão e cuidado em saúde. Certamente, ocupar um cargo de gestor na saúde é complexo e, para tanto, é necessário estar preparado pessoal e profissionalmente, a fim de enfrentar obstáculos e abarcar responsabilidades, o que, muitas das vezes, implica fazer escolhas. A principal delas é sobre o tipo de gestão em saúde almejado, pois muitas vezes, ao se inserir nesse meio, o gestor pode, por inexperiência, continuar a fazer o que já vinha sendo feito, tendo assim poucos avanços. Por outro lado, o que se espera de um bom gestor é que ele possa inovar, com base em informações e conhecimento, e construir novos rumos para a saúde.

Nesse contexto, destaca-se o conceito de cogestão, em referência ao modo de administrar e fazer a gestão do SUS, que se transformou em um processo mais dinâmico e de compartilhamento das responsabilidades de poder, até então centradas na figura do Secretário de Saúde. Expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (BRASIL, 2015).

Campos et al. (2014) defende uma reflexão profunda sobre a sociedade e propõe agir na contramão de forças hegemônicas, desvelando novos fluxos de poder, o que implica formação de sujeitos com capacidade de analisar e intervir no campo do trabalho, superando a hegemonia gerencial. Essa proposta,

também denominada Método da Roda ou Método Paidéia, é a fundamentação de um novo modo de fazer a gestão de instituições.

O modelo de cogestão objetiva a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população por meio da formação de coletivos organizados. Incentiva a participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho, ou seja, pressupõe uma articulação de saberes e práticas de diversas áreas. Sugere a coparticipação de sujeitos com interesses e inserções sociais diferentes em todas as etapas do processo de gestão, a saber (CAMPOS et al., 2014):

- Definição de objetivos e de diretrizes,
- Diagnóstico,
- Interpretação de informações,
- Tomada de decisão e
- Avaliação de resultados.

Nessa perspectiva, institui-se em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), que assume o método da cogestão a partir de suas diretrizes (BRASIL, 2015):

- Acolhimento,
- Gestão participativa e cogestão,
- Ambiência,
- Clínica ampliada e compartilhada,
- Valorização do trabalhador e
- Defesa dos direitos dos usuários.

SAIBA MAIS

Acesse as cartilhas da PNH sobre cada uma dessas diretrizes para saber mais sobre elas:

<https://bit.ly/2Xa10YI>

A PNH valoriza a gestão participativa sob diferentes arranjos que estimulem a produção de coletivos organizados, que podem tomara forma de equipes de trabalho, conselhos de cogestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção. Independentemente da forma adotada, devem ser ambientes destinados à escuta, circulação de informações, elaboração e tomada de decisões, onde se possa analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como sujeito (PONTE, OLIVEIRA, AVILA; 2016).

Outros importantes dispositivos de participação social são os conselhos de saúde, em esfera municipal, estadual e nacional, que existem para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS. Ancoram-se na paridade, ou seja, contam com representação de profissionais da saúde, membros da comunidade e outras categorias, com encontros mensais. Já as conferências de saúde são espaços democráticos que manifestam, orientam e decidem sobre ações na saúde. Em sua composição, representantes da sociedade, governo, profissionais da saúde, prestadores de serviço e parlamentares. A participação da comunidade na gestão do SUS foi uma importante conquista na estruturação deste Sistema e, por isso, não podemos abrir mão dela!

Observa-se, portanto que, de forma isolada, um profissional não tem conhecimentos e experiências suficientes para compreender todos os elementos que envolvem um trabalho de qualidade. Assim, no trabalho em equipe, os profissionais somam suas habilidades, conhecimentos, experiências e talentos e buscam soluções mais efetivas e permanentes para o trabalho em saúde. Nessa direção, a interação entre as equipes produz resultados mais significativos para todos os envolvidos no processo de cuidar, em especial para os usuários.

Propomos um exercício a seguir, que pode ajudar você a mapear o perfil de profissionais que atuam na instituição, bem como conhecer um pouco sobre o perfil de cada um, facilitando o trabalho em equipe.



Sobre a organização do processo de trabalho na sua instituição:

- I. Existe espaço para diálogo entre as equipes?
- II. Existe integração entre as equipes de gestão e as equipes que fazem a prestação direta do cuidado?
- III. Como você exerce a gestão participativa e da cogestão em seu espaço de trabalho?

Como exercício, desafiamos você a visitar outros setores na instituição em que atua para conhecer um pouco do processo de trabalho e convidá-los para uma roda de conversa com o objetivo de promover a interação entre os profissionais e trazer para o diálogo os pontos que considera como “nós críticos” no seu cotidiano laboral.

SAIBA MAIS

Indicamos o vídeo a seguir, da Rede Humaniza SUS, onde você conhecerá exemplos de experiências de gestão participativa, em diferentes contextos brasileiros:

<https://www.youtube.com/watch?v=CygobClwKIU&feature=youtu.be>.

Vale a pena assistir, aprender e ver como é possível o trabalho por meio da gestão participativa!

2.2 Método Paidéia: apoio institucional, apoio matricial, Clínica Ampliada e Compartilhada.

Acredita-se que a efetividade das redes ainda não está consolidada e depende da articulação e interlocução entre os diferentes pontos de apoio e entre os sujeitos que a constituem. Esse é, sem dúvida, um dos maiores obstáculos para a efetivação desse modelo.

A pesquisa realizada por Rodrigues e colaboradores em 2014, identificou como maior fragilidade nos processos de integração e coordenação nas redes a ineficácia da comunicação instituída entre os sujeitos, e conseqüentemente, entre os pontos que a integram. Somam-se a isso, carências de sistemas informatizados que auxiliem na gestão dos fluxos, trabalho com ações isoladas que não repercutem ao nível macro, falta de apoio logístico e de infraestrutura.

Diante do exposto, Campos et al. (2014) apresentam como estratégia para superação de tais desafios, a adoção do Método Paidéia ou Método da Roda. Elaborado a partir de conceitos que orientavam a organização social na antiga Grécia, essa estratégia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. Também favorece a formação de coletivos organizados nas instituições e a democratização da gestão, além de incentivar a participação dos sujeitos na organização e de seus processos de trabalho. O efeito Paidéia seria o processo subjetivo e social no qual as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão de outros, de si mesmas e de contextos, aumentando a capacidade de agir (PONTE, OLIVEIRA, AVILA; 2016).

De acordo com Campos, o método da roda realiza-se sob a forma de Apoio e este pode ser utilizado:

- I. Na gestão, visando à cogestão de organizações e à democratização das relações nas instituições e sistemas sociais (Apoio Institucional);
- II. Também pode ser empregado para empreender a cogestão de relações interprofissionais (Apoio Matricial);
- III. Na relação clínica (clínica compartilhada entre equipe e usuários).

Dessa maneira, o apoio é uma metodologia para mudança que valoriza principalmente a experiência, o conhecimento dos usuários, dos trabalhadores e o contexto em que se encontram. Parte-se da premissa que ninguém é dono da verdade, mas sim, que há o apoio, que corresponde às formas como os sujeitos resistem, como fazem alianças e se articulam, que reflete na capacidade de mudar e democratizar o poder. Essa concepção precisa ser incorporada na clínica, no serviço de saúde onde efetivamente ocorrem as práticas, e não só no nível central, nas conferências, que é uma dimensão, por vezes, muito distante da realidade do trabalhador e usuário. Isso porque, o apoio está impregnado de subjetividade, do afeto, das emoções, sendo necessário, dessa forma, provocar mudança nas pessoas e nas relações, ampliando a capacidade de reflexão e de intervenção das pessoas (RIGHI, 2014; CAMPOS et al., 2014).

O **apoio institucional** se refere a função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, promovendo a autonomia dos sujeitos e a democracia institucional. Dessa maneira, é fundamental que o gestor esteja envolvido em movimentos coletivos, observando processos e buscando novos modos de operar a gestão. Assim, torna-se responsável pela mediação, negociação, manejo e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

O **apoio matricial** e a equipe de referência são tanto arranjos organizacionais, como uma metodologia para fazer algo. Foram imaginadas e experimentadas como forma para se operar em redes, busca levar a lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais e pensar modos de se lidar com esses processos interdisciplinares na saúde (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Em resumo, procura constituir equipes multiprofissionais para o enfrentamento de problemas sem, contudo, perder a lógica de responsabilização e compromisso com a produção de saúde (CAMPOS et al., 2014). É com essa lógica que operam as equipes Saúde da Família (eSF), responsáveis por uma clientela adscrita de determinado território.

É relevante mencionar que, em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pautado no referencial de apoio matricial e que vem suprir a dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, educativo, para as equipes de referência. No entanto, para que essa equipe multiprofissional tenha êxito em suas ações, atuando de maneira interprofissional, precisam lançar mão de tecnologias como a clínica ampliada e compartilhada, método que se baseia na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. Trata-se de uma prática centrada em condutas menos prescritiva e mais negociadas, sem desconsiderar os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências (CAMPOS et al., 2014). Contribui para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, observando especialmente, um enfrentamento pleno e de modo integral.

A seguir apresentaremos algumas dessas tecnologias que têm potencial de facilitar a operacionalização desses conceitos:

- O Projeto Terapêutico Singular (PTS) no qual ocorre a discussão de caso em equipe, de forma interdisciplinar o que favorece a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões;
- Estudos de caso e consultas compartilhadas, entre profissionais da eSF ou com o Nasf-AB;
- A prática de visitas domiciliares interdisciplinares a usuários e familiares, uma ou duas vezes por semana,
- A construção de protocolos ou diretrizes clínicas sempre buscando sua construção dialógica, uma vez que a possibilidade da realização de uma clínica ampliada depende da construção de vínculo entre profissional e usuário (CAMPOS et al., 2014).

SAIBA MAIS

Acesse os links e leia os artigos para saber mais sobre Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular:

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.201-220, 11 dez. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/30mvhkj>>

VIANA, M. M. O.; CAMPOS, G. W. S. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 8, p.1-12, 20 ago. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2xCccyf>>

GOIÁS. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. **NASF-AB matriciamento em projeto terapêutico singular (PTS):** Transformando as práticas de cuidado na Atenção Básica (AB). Disponível em: <<https://bit.ly/30n3sbt>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

2.3 Interprofissionalidade e acolhimento como tecnologias para o trabalho colaborativo na APS

Conforme estudamos na Unidade 1, a APS é considerada o principal mecanismo de reorganização do sistema de saúde, e no Brasil é representada em especial pela ESF, estratégia que detém o desafio de romper com a fragmentação da assistência à saúde para um cuidado baseado na família e sociedade, por meio de uma atenção interdisciplinar e atuação interprofissional. Mas o que exatamente significam esses termos? Como implementá-los no cotidiano da nossa prática profissional?

O debate acerca do trabalho interprofissional e da necessidade de se fazer uma distinção entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade é um crescente no contexto da saúde brasileira (NÓBREGA DE FARIAS et al., 2018).

A **interprofissionalidade** corresponde à prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a educação interprofissional (EIP) acontece quando estudantes ou profissionais de duas ou mais profissões ou, como nos sugere Campos et al. (2014), com diferentes núcleos de saber, aprendem com os demais e sobre os demais e entre si, a fim de melhorar a colaboração eficaz e os resultados na saúde. A EIP pode acontecer em processos de graduação, pós-graduação e educação permanente e, nesse sentido, pressupõe a integração ensino-serviço.

Já a **prática colaborativa** ocorre quando vários profissionais, com diferentes núcleos de saber, operam com usuários, famílias e cuidadores, a fim de prestar assistência de qualidade (WHO, 2010).



Na sua prática diária, você recebe estudantes e professores na UBS ou em outro setor no qual atua? Como é sua relação com eles? Há construção de conhecimento coletivo e essa colaboração tem contribuído para a mudança e qualificação do trabalho?

A reunião de equipe é um espaço educativo, de troca e atuação colaborativa? Há estudos de caso? Você desenvolve PTS ou consultas compartilhadas com a equipe?

A consequência possível dessa prática de “integrar”, baseada no respeito, na negociação e na construção coletiva, é a superação da fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde, o que tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção, pois amplia e melhora a comunicação entre os profissionais, provocando um entendimento das contribuições específicas de cada profissional (PEDUZZI et al., 2013).

No que se refere a atuação interdisciplinar nas equipes de saúde, pode se observar a necessidade da construção do conhecimento, com aquisição de competências, interação e articulação entre as diversas disciplinas, com dinamismo e diálogo para resolução dos problemas, com ações integrais e de fato resolutivas (NÓBREGA FARIAS et al., 2018).

A partir desses conceitos, destacamos que um dos primeiros passos no trabalho em equipe é acordar os objetivos em comum, e para isso é fundamental haver diálogo e a troca de informações, pois a comunicação facilita a cooperação necessária para a interprofissionalidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010) outros mecanismos são necessários para desenvolver interprofissionalidade nas equipes de saúde e dizem respeito à estratégias de comunicação, políticas para resolução de conflitos, processos para tomada de decisões compartilhada e que, em sua maioria, são disparadas pelos gestores desses serviços ou, no mínimo, incentivadas por este.

Você já percebeu que esse é um tema complexo, não é? Principalmente porque para o trabalho em equipe acontecer e ter sucesso, você precisa motivar os profissionais a participar, e isso, muitas vezes requer inúmeras tentativas, mudança de rotina e até mesmo, mudança no perfil do profissional para que o mesmo se torne proativo no processo.

Então, por onde começar?

Nossa primeira sugestão é também um desafio para você gestor: que tal iniciar pensando em um momento de encontro com os profissionais para propor espaço de troca de experiências e conhecimentos. Construa um roteiro para planejamento da equipe, no qual sejam estabelecidas ações, possíveis temas a serem abordados, periodicidade dos encontros. Após, você deve elaborar um diário de campo com suas percepções sobre os desdobramentos, bem como novas sugestões, à medida que a relação entre a equipe vai se construindo.

Quando falamos em mecanismos que direcionem nossas práticas no sentido da interprofissionalidade e interdisciplinariedade, não podemos deixar de mencionar as tecnologias que se fazem necessárias na produção de saúde, divididas em tecnologias duras (as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais), leve-duras (os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia) e as leves (que associa a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão) (MERHY, 2005). Sua utilização depende da situação, excetuando as tecnologias leves precisam estar sendo operadas em todos os momentos.

No contexto do cuidado, a valorização das tecnologias leves é um ponto fundamental no desenvolvimento do processo de trabalho pela equipe, sendo o diálogo uma necessidade prévia com vistas a estabelecer a confiança e o vínculo na relação equipe-paciente. É através desta conquista que o usuário e torna parceiro colaborador da equipe de saúde e da instituição, apoderando-se do seu processo terapêutico com possibilidades de recuperação mais rápida (RODRIGUES et al., 2018).

Nessa direção, a PNH traz como diretriz essencial a ser implementada nos serviços de saúde o acolhimento. O acolhimento, nada mais é, do que a prática de produção e promoção de saúde com responsabilização do trabalhador e equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída do serviço de saúde. Isso implica em ouvir suas queixas, mediante escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e a intervenção mais assertiva por meio do acionamento ou articulação das redes internas e externas dos serviços, para continuidade da assistência (BRASIL, 2015). O acolhimento propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários, de forma que se desloque o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional – e que se estabeleça a co-responsabilização pelo cuidado (RODRIGUES et al., 2018).

A prática do acolhimento tem sido estimulada com o propósito de racionalizar o processo de atendimento e melhorar a resolutividade, porém é uma mudança que requer a integração de todos os profissionais. Essa atividade deve ser conduzida por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, de modo a viabilizar um serviço de saúde organizado e com o compromisso de cuidado. Sua execução facilita a entrada no serviço, reduz as barreiras quanto ao tempo de espera e ao mau direcionamento de consultas e facilita a eleição de prioridades e o aumento do vínculo (NÓBREGA DE FARIAS et al., 2018).

O acolhimento é uma prática que deve ser executada em todos os pontos de atenção da rede, porém, de modo especial na APS, por esta ser considerada a porta de entrada prioritária para os serviços de saúde, tendo como objetivo aproximar o usuário através de uma atenção de qualidade, podendo ainda ser considerado por estes um indicador de qualidade do serviço (RODRIGUES et al., 2018). Trata-se, portanto, de outra tecnologia importante no âmbito da APS, tanto para favorecer o vínculo com os usuários, como para estimular práticas interprofissionais.

Finalmente, acreditamos e queremos estimular você a refletir que os níveis de envolvimento e comprometimento dos diferentes sujeitos que compõem a equipe de saúde, considerando o gestor como parte dessa equipe, são determinantes para o estabelecimento de relações fecundas, as quais irão contribuir, significativamente, para a resolutividade da APS!



SAIBA MAIS

Acesse a Cartilha “Acolhimento! Saiba mais” do Núcleo Telessaúde SC e conheça as possibilidades de organizar o acolhimento em sua unidade de saúde:
https://telessaude.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2017/01/Apostila_acolhimento.pdf

Considerações Finais

Considerando o que foi apresentado, pode-se considerar algumas atitudes e habilidades importantes para um gestor da APS:

1. Entender o processo de trabalho da UBS;
2. Conhecer as competências dos profissionais que trabalham na UBS;
3. Gerenciar, orientar e supervisionar os profissionais das equipes disponíveis;
4. Conhecer e utilizar com eficiência os instrumentos de trabalho, incluindo os assistenciais, os gerenciais e aqueles que articulam as duas dimensões do trabalho;
5. Planejar as atividades de maneira compartilhada com os profissionais, gestores municipais, usuários e seus familiares;
6. Conhecer e traçar objetivos de atuação no território;
7. Desenvolver uma gestão participativa e o trabalho interprofissional;
8. Incentivar e promover ações de EPS e integração ensino-serviço.

Nas Unidades de Aprendizagem foram apresentados conteúdos e conceitos importantes sobre instrumentos de trabalho, buscando-se aprofundar sobre aqueles que articulam a gestão e o cuidado em saúde. Discutiu-se possibilidades de aplicação e implementação destes instrumentos no cotidiano das equipes de saúde, favorecendo o desenvolvimento da gestão participativa e a interprofissionalidade, aspectos essenciais para uma gestão colaborativa, criativa, eficaz e efetiva!

Agora você pode iniciar um processo de análise do trabalho desenvolvido e rever os problemas enfrentados em sua UBS, para identificar as melhores maneiras de solucioná-las junto com sua equipe e com a população.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização** – PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 08 Fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 4279 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

CAMPOS, G. W. Sousa et al. A Aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 18, n. 1, p. 983-995, 2014.

CASTRO, C.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 5 Fevereiro 2019] , pp. 1625-1636

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 201-220, abr. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 fev. 2019.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 287-306, Mar. 2015.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de atenção**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2015. 13p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

NÓBREGA DE FARIAS, D. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2018, 16 (Jan-Apr). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757302008>. Acesso em: 22 fev. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas** [Internet]. Serie Renovación de La Atención Primaria de Salud en las Américas – Organización Panamericana de La Salud No .4. Washington: OPAS; 2010. p. 102. Disponível em: <https://bit.ly/2Lcrf9P>. Acesso em: 05 Fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, DC OPAS, 2015.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 02 fev. 2019.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

PONTE, H. M. S.; OLIVEIRA, L. C.; AVILA, M. M. M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 34-47, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100034&lng=en&nrm=iso>. accesson 11Feb. 2019.

RIGHI, L. B. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1145-1150, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501145&lng=en&nrm=iso>. accesson 05 Fev. 2019.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso>. accesson 05 Fev. 2019.

RODRIGUES, V. E. S. et al. Acolhimento como tecnologia leve na atenção primária: revisão integrativa. **Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde**, Teresina - Piauí, v. 01, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/connts/article/view/7950/4677>. Acesso em: 25 fev. 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. **Interface (Botucatu)**, Ribeirão Preto, v. 18, Supl 1, p. 895-908, 2014.

VIANA, M. M. O.; CAMPOS, G. W. S. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00123617, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805002&lng=pt&nr m=iso>. acessos em 05 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.