

TECNOLOGIAS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

**TECNOLOGIAS DE GESTÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Florianópolis - SC
UFSC
2019**

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA (UDESC)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Grupo de Estudos sobre Trabalho e Saúde (GESTRA)

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Tele-Educação: Josimari Telino de Lacerda

AUTORES

Letícia de Lima Trindade

Carise Fernanda Schneider

Carine Vendruscolo

Mônica Ludwig Weber

REVISORES

Luise Lüdke Dolny

© 2019 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Núcleo Telessaúde Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900, Bairro Trindade, Florianópolis – SC

Disponível em: telessaude.sc.gov.br

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina

U58t

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina.

Tecnologias de gestão na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Telessaúde Santa Catarina ; autores, Letícia de Lima Trindade...[et al.]. – Dados eletrônicos. – Florianópolis : CCS/UFSC, 2019.

56 p. : il.

Disponível em: www.telessaude.ufsc.br

E-book (PDF)

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-80460-33-5

1. Saúde pública – Brasil – Educação. 2. Cuidados primários de saúde. I. Título.

CDU: 614(81):37

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Jonathas Troglio – CRB 14/1093

EQUIPE DE PRODUÇÃO DO MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda

Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro

Design Gráfico: Luisa Talulah Ferreira Silva

Ilustrações: Luisa Talulah Ferreira Silva

Design de Capa: Luisa Talulah Ferreira Silva

CURRÍCULO DOS AUTORES

Letícia de Lima Trindade

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Líder do Grupo Gestra. E-mail: letrindade@hotmail.com.

Carise Fernanda Schneider

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento de Chapecó/SC. E-mail: carisefs@yahoo.com.br.

Carine Vendruscolo

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Líder do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS), da UDESC. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Mônica Ludwig Weber

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira do hospital de São Carlos/SC. E-mail: monyludwig@hotmail.com.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Atitudes requeridas aos gerentes de serviços na APS.	13
Quadro 2. Instrumento de trabalho gerenciais.....	18
Quadro 3. Instrumentos de trabalho assistenciais.	22
Quadro 4. Instrumentos de trabalho comuns à gestão e assistência.....	26
Figura 1. Três etapas básicas do gerenciamento do tempo.	29
Figura 2. Fluxo das principais atividades do gerenciamento da cadeia logística.....	31
Quadro 5. Causas para a falta de instrumentos de trabalho.	31
Figura 3. Mudança lógica na organização das RAS - lógica hierárquica e poliárquica.	44

SUMÁRIO

Unidade 1 - Instrumentos de trabalho na gestão em saúde 10

1.1 Aspectos teórico conceituais do processo de trabalho em saúde 11

1.2 Desafios na gestão da Atenção Primária em Saúde 14

1.3 Instrumentos de gestão para aprimoramento das práticas de gerenciamento dos serviços da APS 17

1.4 Gerenciamento de recursos materiais e de pessoas nos serviços da APS: outras reflexões importantes 30

Unidade 2 - Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em saúde..... 41

2.1 Cogestão ou gestão participativa: espaços e mecanismos de gestão coletiva 45

2.2 Método Paidéia: apoio institucional, apoio matricial, Clínica Ampliada e Compartilhada..... 47

2.3 Interprofissionalidade e acolhimento como tecnologias para o trabalho colaborativo na APS 50

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

Tecnologias de Gestão na Atenção Primária à Saúde!

Este curso¹ tem como objetivo provocar a reflexão e instrumentalizar profissionais de saúde que atuam como gerentes em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo enfermeiros, para a gestão e o cuidado em saúde. Além disso, assume-se o propósito de preparar pedagogicamente os profissionais que atuam nestes serviços, para receber e contribuir com a formação permanente dos estudantes e demais membros da equipe.

Esperamos contribuir com a qualificação da gestão dos serviços de saúde, especialmente os públicos. Partimos da premissa que esta atividade se configura como importante desafio, reunindo uma diversidade de responsabilidades que interferem e recebem influências de vários elementos e que implicam no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o minicurso vai ao encontro do entendimento de que são necessários muitos investimentos na qualificação dos gestores em saúde, na perspectiva de ações contínuas e permanentes, incluindo na formação destes trabalhadores o que, certamente, implicará na qualidade da saúde pública no país.

Consideramos necessária a construção de novas abordagens/metodologias que favoreçam o profissional inserido na gestão de serviços de saúde, a fim de favorecer a qualificação da prática para aprimorar as habilidades profissionais e fortalecer a assistência resolutiva e qualificada.

Nesse sentido, as estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) se configuram como caminho possível, especialmente, utilizando-se dos recursos de formação no serviço, como prevê o Núcleo Telessaúde SC.

Os conteúdos elaborados para atingir esses objetivos estão divididos em duas Unidades de Aprendizagem, conforme tabela abaixo:

UNIDADE 1	Instrumentos de trabalho na gestão em saúde
UNIDADE 2	Instrumentos que articulam a gestão e o cuidado em Saúde

¹ Este curso faz parte de uma pesquisa intitulada “Estratégias para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado à mulher e à criança na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger”, que propõe tecnologias de saúde e enfermagem para a qualificação do processo de trabalho dos enfermeiros e estratégias de Educação Continuada e Permanente em Saúde e enfermagem. A macropesquisa foi contemplada no Edital nº 27/2016 CAPES/COFEN.

Você deverá realizar todas as atividades de avaliação propostas pelo curso para que possa receber o seu certificado de conclusão. Lembre-se que todas as atividades de avaliação devem ser respondidas também no Ambiente Virtual Moodle Telessaúde para verificar se suas respostas estão corretas.

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema.



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos um bom curso!

Unidade 1

**Instrumentos de trabalho na
gestão em saúde**

Unidade 1 - Instrumentos de trabalho na gestão em saúde

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Promover a reflexão e instrumentalizar profissionais de saúde que atuam como gerentes em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para a gestão em saúde.

Busca-se fundamentar teoricamente os profissionais de saúde para atuarem frente à gestão dos serviços, promovendo a melhoria das condições de saúde da população. Para isso, essa Unidade está dividida em quatro subtítulos, sendo eles: Aspectos teóricos conceituais do trabalho em saúde; Desafios na gestão da APS; Instrumentos de gestão para aprimoramento das práticas de gerenciamento dos serviços da APS e Gerenciamento de recursos materiais e de pessoas nos serviços da APS: outras reflexões importantes.

1.1 Aspectos teórico conceituais do processo de trabalho em saúde.

As discussões sobre o processo de trabalho são importantes para o entendimento das organizações de saúde, pois auxiliam na compreensão da sua capacidade transformadora, já que existe uma capacidade laboral em todos os profissionais inseridos na assistência e o aproveitamento disso eleva potencialmente a capacidade resolutiva dos serviços. Para tanto, é necessário reestruturar os processos de trabalho em saúde, compreendendo que este é sempre um processo coletivo e não há nenhum perfil de trabalhador que, sozinho, dê conta de todas as necessidades de saúde das pessoas (MERHY; FRANCO, 2008a).

O processo de trabalho em saúde tem seu objeto constituído por processos sociais, psíquicos e biológicos, que ao serem alterados, impactam na saúde/doença das pessoas (FARIA, 2009). Além disso, possui uma finalidade social, pois ao ser orientado pelo saber científico, sempre se realiza no encontro entre trabalhador e o usuário (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Estas reflexões possibilitam compreender que conhecer o trabalho demanda reconhecer os sujeitos e o contexto laboral. É o trabalhador, lotado nas instituições de saúde, que desenvolve e sustenta um projeto de ação. Este preceito exige a compreensão das relações entre os sujeitos no processo de trabalho coletivo. As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo estão relacionadas à relação entre os sujeitos envolvidos, seu exercício no cenário do trabalho institucionalizado e à complexidade política e econômica envolvidos (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Para melhor compreender o trabalho de gestão em saúde, pode-se diferenciar (BRASIL, 2003):

Gerência	Gestão
Administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS.	Atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional). Envolve coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar os serviços.

Cabe contextualizar que se vive num momento de descentralização, o que tem determinado mudanças nas atividades dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois o trabalho gerencial nesses locais se concentra em atividades decisórias, caracterizadas pela resolução de problemas identificados diretamente na UBS, mais próximos dos usuários, o que aumenta as responsabilidades desses profissionais.

O gerente da UBS é o principal elo entre a instituição municipal de saúde, a equipe e a comunidade, seu trabalho está relacionado ao processo de tomada de decisões, planejamento, avaliação da qualidade do serviço, gerenciamento de recursos materiais, dimensionamento de pessoal, seleção e recrutamento de profissionais, educação continuada, supervisão das atividades e avaliação do desempenho (CIAMPONE; MELLEIRO, 2016). Tais responsabilidades exigem o aprendizado de novos conhecimentos, habilidades e atitudes e estão diretamente relacionadas à eficiência administrativa e capacidade de respostas ágeis e eficazes fornecidas pelos gerentes.

A tomada de decisão é uma das habilidades mais importante do gerente e é a função que caracteriza o desempenho da gerência (eficiência). Assim, para ser exitosa, deve ser fruto de um estudo do problema existente, a partir da obtenção de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão mais adequada, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos (SILVA, 2012).

Abordar o processo de trabalho em saúde e o uso das tecnologias nos provoca a pensar sobre a importância destas reflexões para a compreensão da organização da assistência à saúde, sobretudo, na maneira como a reestruturação dos processos de trabalho permite potencializar o trabalho (MERHY; FRANCO, 2008b).

O processo de gestão em saúde deve ser construído numa perspectiva de um projeto que atenda as necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade da assistência. Os gerentes são atores poderosos para fomento da transformação da prática em saúde, pois podem dimensionar os problemas de maneira global (AGUIAR, 2017).

Atualmente o Ministério da Saúde indica que os gerentes contribuam para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, em especial no fortalecimento da atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial (BRASIL, 2017). O quadro 1 apresenta-se algumas atitudes essenciais requeridas a um gerente de UBS (BRASIL, 2017):

Quadro 1. Atitudes requeridas aos gerentes de serviços na APS.

• Conhecer e divulgar, junto aos profissionais, as diretrizes da APS para orientar a organização do trabalho na UBS;
• Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde;
• Acompanhar, orientar e monitorar o trabalho das equipes sob sua gerência;
• Mediar conflitos e resolver problemas;
• Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação, divulgando e utilizando-os para análise e planejamento das ações;
• Estimular o vínculo entre os profissionais, favorecendo o trabalho em equipe;
• Potencializar e orientar a correta utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos;
• Zelar pelo bom uso dos recursos, evitando o desabastecimento;
• Representar o serviço sob sua gerência e articular com demais atores da gestão;
• Conhecer a Rede de Atenção à Saúde;
• Participar e incentivar a participação dos profissionais na organização dos fluxos na UBS;
• Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território;
• Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais e promover a Educação Permanente;
• Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social.

Nesse contexto, a incorporação de novas tecnologias surge no intuito de alterar o modo de produção do cuidado. O termo “tecnologia” é utilizado para definir o conhecimento científico instituído, usado na ciência aplicada, que permite fazer mediações entre o saber científico e a prática. A razão tecnológica refere que o trabalho e as práticas sejam regulados pelo saber acumulado previamente. Assim, o objeto da ação é algo que motiva a produção do serviço e o uso mais apropriado de determinada tecnologia indica para mediação entre saber e fazer (CAMPOS, 2011).

O uso de novas tecnologias podem impactar o modo de se realizar o trabalho em saúde, o que tem tenuous relação com a **Reestruturação Produtiva em Saúde**, a qual altera os processos produtivos, incorporações tecnológicas, organizações do trabalho e novas atitudes profissionais, produzindo mudança no modo de produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2008a; PIRES, 2000).

Reestruturação Produtiva: é o processo resultante de mudanças no modo de produzir o trabalho. Esta acontece a partir da introdução de novas tecnologias de cuidado, nas formas de organizar o processo de trabalho e até nas mudanças das atitudes dos profissionais no modo de cuidar do outro, ou seja, ocorre a partir de fatores que trazem uma reorganização no modo de se produzir o cuidado e inovações nos sistemas produtivos da saúde (MERHY; FRANCO, 2008a). O uso de novas tecnologias relaciona-se aos novos materiais projetados com alta tecnologia e que estão cada vez sendo mais empregados na assistência à saúde (PIRES, 2000).

A utilização de equipamentos de tecnologia de ponta não substitui o trabalho humano. O advento de equipamentos projetados pela bioengenharia e engenharia genética, não suprem a necessidade de investigação, avaliação, instituição do tratamento e nem tampouco o cuidado (PIRES, 2000). Há uma reflexão acerca do uso das tecnologias no processo de trabalho em saúde que as define como “tecnologias materiais”, as máquinas e instrumentos e “tecnologias não materiais”, o conhecimento técnico. Este último assume o papel de conexão entre os sujeitos (MENDES GONÇALVES, 1994).

A sociedade atual está fortemente dependente de tecnologias materiais, influenciada pela comunicação global e pelo capitalismo (PIRES, 2009), o que reflete na reorganização dos modelos assistenciais. Para que seja possível obter mudanças nos modelos assistenciais tradicionais é preciso considerar as especificidades do trabalho em saúde, no que diz respeito ao exercício profissional, as escolhas cotidianas dos sujeitos e as restrições pessoais e institucionais que ultrapassam o modelo tradicional de políticas. No cenário de trabalho coletivo, há a necessidade de se construir um processo de responsabilidade dividida entre os profissionais, usuários e gestores, na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

NA PRÁTICA

Refleta sobre o seu processo de trabalho diário na APS e quais tipos de tecnologia você utiliza no seu dia-a-dia? Na sequência, classifique-as em materiais e não materiais.

1.2 Desafios na gestão da Atenção Primária em Saúde

A gestão, no sentido ergológico, vai além da determinação de atividades e tarefas. Abrange as escolhas dos envolvidos, opiniões, hierarquização de atos e objetivos, ou seja, envolve valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

A gestão do SUS exige competências administrativas de um profissional que tenha a capacidade de receber as demandas, refletir sobre elas e transformá-las em projetos e ações práticas que atendam às necessidades da população. Com a descentralização das responsabilidades sobre a saúde aos municípios, o gestor do SUS precisa ter capacidades administrativas, que ultrapassem saberes técnicos tradicionalmente vistos na administração do SUS e que devem estar alinhados às necessidades públicas, principalmente no que tange a qualidade dos serviços em saúde. Fatores como estrutura física, capacidade resolutiva dos profissionais e planejamento (metas e formas de avaliação) são linhas de trabalho que buscam o aprimoramento da gestão e conseqüentemente da qualidade dos serviços oferecidos para a população (FISCHER et al., 2014).

Os gestores dos serviços de saúde têm a responsabilidade pelo bom funcionamento das organizações e para tanto, há o desafio de estabelecer a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os objetivos gerenciais. Consiste em uma prática administrativa com o objetivo de otimizar o funcionamento das instituições de saúde, para obter alto grau de eficiência, eficácia e efetividade (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A atividade gerencial na APS exige a necessidade de preparo e instrumentos adequados para auxiliar no processo de trabalho, uma vez que cenários com fragilidades na capacitação dos gestores tendem a aumentar as suas cargas de trabalho. A gestão das unidades de saúde compreende atividades que vão desde ações normativas de trabalho, envolvimento da equipe, até a mobilização da comunidade e da gestão municipal. Todas elas devem estar articuladas e direcionadas para uma gestão qualificada, com uma finalidade primordial, que é um serviço de qualidade.

A identidade do trabalho na APS e no Brasil, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo desse nível assistencial em nosso Sistema de Saúde, está relacionada à proximidade com a realidade que as pessoas vivem e para tanto, deve contar com profissionais qualificados e entusiasmados para o exercício da função. Assim, para que o trabalho em equipe ocorra, é necessária a colaboração entre os membros da equipe, com a possibilidade de troca entre diferentes saberes e a complementaridade nas atividades (PERUZZO et al., 2018).

Neste sentido, a ação de administrar possibilita a organização dos serviços de saúde, ao passo que realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção, controle (JUNQUEIRA, 1990) e avaliação dos indicadores.

Apesar disso, tem-se a perspectiva de que na prática a presença de profissionais qualificados e comprometidos à frente do trabalho em saúde promove modificações na realidade do processo de trabalho em equipe e, conseqüentemente na qualidade da assistência de saúde prestada à população.

Nos últimos anos, os gestores vêm introduzindo novas formas de planejar e monitorar os serviços oferecidos, o que tem possibilitado determinar indicadores comparativos (FISCHER et al., 2014). Com vistas à qualidade dos serviços, uma reorientação do sistema de saúde ainda é um desafio, pois é preciso melhorar os fatores que são responsáveis pelo baixo desempenho da assistência à saúde.

Assim, compreende-se que para atingir uma autonomia administrativa em suas atividades laborais, o gerente deve reunir competências técnicas e científicas, conhecimentos sobre as políticas, normativas e sobre a legislação do SUS, fluxos institucionais, habilidades no gerenciamento de pessoas/equipes, capacidade de tomada de decisões, além de resiliência para encarar as diversas situações do cotidiano do trabalho em saúde.

Frente a esse cenário, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se destaca como a principal proposição para a incorporação dos princípios da problematização, da contextualização da realidade, das pedagogias inovadoras e do pensamento reflexivo. Além disso, esta centra-se nos problemas que emergem do cotidiano laboral das equipes de saúde, e vem proporcionando mudanças na realidade das instituições (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Trata-se de uma proposição teórica e prática que converge com a necessidade dos gestores de constantemente desenvolverem habilidades, tais como: habilidade técnica específica, abordagem do paciente, trabalho em equipe, iniciativa, organização pessoal e do ambiente de trabalho, decisões fundamentadas e uso das tecnologias (SALUM; PRADO, 2014). Além disso, é necessário observar que o processo de formação perpassa por mudanças na dinâmica do trabalho e na velocidade da produção do conhecimento, o que demanda uma formação crítica e o desenvolvimento de profissionais autônomos e preocupados com o cuidado integral, de acordo com as diretrizes e demandas que operam no SUS (VENDRUSCOLO et al., 2018). Assim, todos esses fatores são relevantes na formação de habilidades profissionais adequadas para a atuação resolutiva no sistema de saúde.

Nessa lógica, a EPS pode abranger em seu curso várias ações de capacitação, mas o inverso não ocorre. Até podem ter início e final e serem dirigidas a grupos de trabalhadores definidos, desde que esteja vinculada a objetivos de mudança institucional (BRASIL, 2009). Apesar de a maioria das ações de EPS configurarem-se como “cursos”, que também se mostram importantes, somente essa modalidade não contempla o que prevê a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pois a EPS não pressupõe um somatório de cursos. Assim, é necessário a implementação das ações de EPS voltadas às realidades, necessidades e aos processos locais, com vistas à qualificação da atenção, gestão, educação e participação em saúde. Pressupõe processos de educação nos quais os sujeitos da ação sejam também sujeitos da problematização e transformação de suas práticas (PINTO, 2016).

Em síntese, o desenvolvimento de habilidades gerenciais é um desafio aos gestores, pois há a necessidade de reunir aspectos técnicos, administrativos e atitudes pessoais, como ética, afetividade, prospecção e diálogo. Espera-se que o gestor intencione suas ações numa ótica coletiva e que seus objetivos sejam alcançados pelo esforço do conjunto e não pela reunião de esforços individuais (AGUIAR, 2017).

O gestor é um profissional diferenciado e sua formação original e permanente deve contribuir para ordenar o funcionamento do serviço. Isto o coloca numa posição de transformador da realidade, uma vez que suas deliberações atingem sua equipe e a população que está sob sua responsabilidade. Para isso, a proposição que temos é que o gestor reflita e utilize a gama de instrumentos e possibilidades disponíveis para qualificar a gestão do SUS, inove na organização do trabalho, reduza a fragmentação entre a oferta de serviços e necessidades reais da população, promova a interligação efetiva das práticas e dos profissionais da Redes de Atenção à Saúde (RAS), incentive o trabalho em equipe e a participação dos sujeitos como protagonistas das ações em saúde (AGUIAR, 2017).



Convidamos a refletir sobre a maior dificuldade que você tem encontrado no desempenho do seu papel enquanto gerente e/ou profissional da APS. Após isto, faça o seguinte exercício (MARQUIS, HUSTON, 2015):

1. Identifique o problema;
2. Reúna dados para a análise das causas e das consequências do problema;
3. Investigue soluções alternativas;
4. Avalie as alternativas;
5. Selecione a solução apropriada;
6. Implemente a solução;
7. Avalie os resultados.

1.3 Instrumentos de gestão para aprimoramento das práticas de gerenciamento dos serviços da APS.

A gestão das unidades de saúde compreende atividades complexas, que vão desde ações normativas de trabalho, envolvimento da equipe, até a mobilização da comunidade e da gestão municipal. Contudo, o gerenciamento não se resume apenas à tomada de decisões assertivas diante das situações do dia-dia, pois vive-se em um mundo dinâmico e exigente, em que o reconhecimento das atividades de cunho gerencial causa impactos na integralidade da assistência, ao repercutirem na intervenção e transformação da realidade. Por isto, a utilização dos instrumentos de trabalho gerenciais emerge num contexto em que o objetivo é a tomada de decisões. A literatura mostra que as melhores decisões são tomadas quando se tem conhecimento acerca dos processos organizativos (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

Autores lembram que na atividade gerencial se deve considerar o objeto de trabalho, os instrumentos disponíveis e do perfil da força de trabalho (SORATTO et al., 2015). Alguns instrumentos de trabalho contribuem para a autonomia administrativa e qualificação da organização do serviço, tais como: o planejamento, avaliação da qualidade, gerenciamento de recursos materiais, dimensionamento, seleção e recrutamento de pessoal, educação continuada/permanente, supervisão e desempenho (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

Algumas realidades evidenciam o acúmulo de funções delegadas ao gerente, como por exemplo o acúmulo da função de gerente de UBS e de um membro da equipe de ESF. Isso contrapõe o indicado pela nova PNAB, que orienta que o gerente não deve ser membro integrante das equipes vinculadas à UBS (BRASIL, 2017). Neste sentido, ações como o planejamento em saúde, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações são facilitadas com o processo compartilhado e interativo entre os membros da equipe.

As atividades do gerente em saúde não devem estar unicamente concentradas no atendimento e nas necessidades do usuário. Ele deve assumir a coordenação, administração e gerenciamento do processo de trabalho dos profissionais e de materiais, educação permanente em saúde, orientação de equipe sobre a organização e objetivos da sua equipe enquanto promotora de saúde.

O trabalho na APS exige a participação dos envolvidos com a saúde da população e isso pressupõe que os profissionais, gestores e os próprios usuários estejam imersos neste movimento. Nesse sentido, a atuação de todos no processo de discussão e formulação das práticas possibilita o entendimento dos objetivos e contribui para a corresponsabilização dos envolvidos (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

Nesse âmbito, em uma dissertação (SCHNEIDER; 2019) que teve como objetivo identificar e propor instrumentos de trabalho para a qualificação das atividades gerenciais e assistenciais dos enfermeiros gerentes de equipes de ESF em um município do oeste catarinense², mapeou-se os principais instrumentos de gestão utilizados pelos gerentes de UBS.

² Resultados de estudo que compõe a macropesquisa contemplada no Edital nº 27/2016 CAPES/COFEN

No estudo, foi possível inferir que estes profissionais recorrem a vários recursos para suas atividades. Os instrumentos de trabalho foram classificados como instrumentos utilizados na dimensão assistência, na dimensão gerenciamento e instrumentos para ambas as dimensões do trabalho em saúde (PIRES, 2009; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

O quadro 2 apresenta estes instrumentos, conforme dados da pesquisa acima citada.

Quadro 2. Instrumento de trabalho gerenciais.

INSTRUMENTOS DE TRABALHO GERENCIAIS		
Aqueles empregados para a tomada de decisões, organização do trabalho interno e resolução dos problemas do serviço e/ou da Rede de Atenção à Saúde (RAS).		
INSTRUMENTO	REFERENCIAL TÉCNICO/TEÓRICO	NOTAS DA PESQUISA AÇÃO COM GERENTES (SCHNEIDER, 2019) *
Diretrizes de formação das equipes	<p>Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização do SUS. É composta no mínimo por médico, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.</p> <p>Para saber mais: acesse a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização do SUS. Disponível em: <https://bit.ly/2DdWcaE></p>	<p>Importante para estabelecimento dos papéis dos membros da equipe.</p>
Escalas de trabalho	<p>Tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais necessários para suprir as necessidades de assistência. É um exercício que requer tempo e conhecimentos relativos à legislação trabalhista, necessidade da demanda, dinâmica do atendimento, características da equipe. Escalas de férias, de trabalho mensal, semanal e diária são maneiras de organizar o serviço.</p> <p>Para saber mais: MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. Necessidades de alocação de pessoal e políticas de organização e horários. In: MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. Administração e Liderança Em Enfermagem: Teoria e Prática. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 1-10.</p>	<p>Estratégia para a garantia do funcionamento da UBS. Sua elaboração requer conhecimentos relativos a necessidades da população, dinâmica da unidade, quantidade suficiente de funcionários e tempo para confecção.</p>

<p>Indicadores</p>	<p>Indicador é um valor, uma informação que explica uma relação entre variáveis numa determinada realidade. Através dos indicadores poderemos realizar comparações com os parâmetros estabelecidos. No Brasil, são prioritários indicadores relacionados à saúde da mulher, gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, saúde bucal, entre outros.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2xDqONW></p> <p>Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde. REDE, Brasília, 2. ed, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/2aT89IO></p>	<p>Os indicadores se apresentaram como fontes de informações para subsidiar as ações na UBS.</p>
<p>Conselho de Saúde</p>	<p>O Conselho Nacional de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS. Ele a inclusão da população no controle e na elaboração de em saúde. A representação dos usuários é paritária, ou seja, os usuários têm direito à metade do número de representantes.</p>	<p>Fundamental no processo de organização da atenção à saúde da população atendida na UBS, já que os assuntos discutidos nas reuniões de Conselho expressam as demandas e expectativas da população.</p>
<p>Planejamento anual</p>	<p>A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Nas UBS, a Programação Anual de Saúde contém as ações que contribuem para o alcance dos objetivos, as metas e os indicadores a serem trabalhados.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. Principais instrumentos, estruturas básicas e ferramentas de apoio para o planejamento no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Cap. 6. p. 101-124. Disponível em: <https://bit.ly/2o3LfS7></p>	<p>Requer a participação de toda a equipe que atua na UBS e direciona acordos e metas coletivas.</p>

<p>Ouvidoria</p>	<p>Criada em 2003, tem objetivo de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS. Busca integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Componentes da Política Nacional de Gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Cap. 3. p. 15-28. Disponível em: <https://bit.ly/2ev71WK></p>	<p>Possibilita a manifestação do usuário, representa a satisfação e as expectativas da população e estimam o nível de qualidade do serviço. Entretanto, a população deve ser esclarecida sobre objetivos e finalidades da ouvidoria.</p>
<p>Reuniões de equipe</p>	<p>Momento de reunião dos membros da equipe os membros da ESF e das equipes de apoio utilizado para planejar, organizar e avaliar os processos de trabalho desenvolvidos. Configura-se como um espaço de diálogo, exposição de opiniões, elaboração de planos de atendimentos individuais e coletivos. Pode ser um espaço de troca de conhecimento interdisciplinar e redução das fragilidades nas relações interpessoais do trabalho em equipe.</p> <p>Para saber mais: PERUZZO, H.E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.22, n 4, e20170372, 2018. Disponível em <https://bit.ly/2Xj5L2x>.</p>	<p>Instrumento capaz de subsidiar a tomada de decisão, com valorização trabalho colaborativo, no qual as decisões são tomadas por consenso da equipe.</p>
<p>Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)</p>	<p>A AMAQ é o ponto de partida da melhoria da qualidade dos serviços. Trata-se de processo autoavaliativo das equipes, que deve ser contínuo e permanente.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. AMAQ: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica Disponível em: <http://amaq.lais.huol.ufrn.br/>. Acesso em: 08 jul. 2019.</p>	<p>O seu uso auxilia na gestão e no planejamento das ações para atingir os objetivos da equipe.</p>

<p>Relatórios de sistemas informatizados</p>	<p>O bom uso e a correta alimentação de dados nos sistemas informatizados, de maneira correta e atualizada, permite a geração de relatórios consistentes, que possibilitam que o gerente possua uma correta visualização da situação de saúde da população e do atendimento da UBS, facilitando atividades de monitoramento e planejamento.</p> <p>Para saber mais: SANTOS, T. O.; PEREIRA, L. P.; SILVEIRA, D. T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [s.l.], v. 11, n. 3, p.1-11, 29 set. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2ZLkzDI></p>	<p>Permitem analisar os atendimentos dos profissionais da UBS, cadastros de usuários, fluxos, análise de agravos da situação epidemiológica, subsidiando o planejamento das atividades dos gerentes.</p>
<p>SISREG (Sistema Nacional de Regulação)</p>	<p>É um sistema de gerenciamento e de regulação, que inclui a rede básica até a internação hospitalar. Foi criada com o objetivo de humanizar a oferta de serviços, ter-se maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 227p. Disponível em: <https://bit.ly/2FZLiF0></p>	<p>Instrumento importante na relação com os demais serviços da RAS. Como tecnologia recentemente implantada, inicialmente pode gerar sobrecarga de trabalho</p>

* A pesquisa seguiu todas as orientações dos padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 510 do CNS, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada (parecer nº 2.630.923/CAAE: 79513617.6.0000.0118).

Os instrumentos gerenciais são vistos como artifícios utilizados para o direcionamento do trabalho e é ponto chave, estratégico, e pode ser utilizado como um modelo para direcionar os indivíduos na execução, adequação e avaliação do cuidado, no intuito de elevar o nível de qualidade e resolutividade do serviço (OLIVEIRA, et al., 2017). Neste rol de possibilidades, o gerente possui uma gama de instrumentos que podem ser utilizados para aumentar o potencial de qualidade do processo de trabalho (SCHNEIDER, 2019).

Assumir o papel dos Conselhos de Saúde, ouvidorias e reuniões de equipe como instrumentos que possibilitem a reorganização do trabalho, vislumbra uma perspectiva que converge com a cogestão em saúde. Este modelo coloca-se como um dispositivo de redistribuição do poder nas relações e permite a participação política como estratégia de democratização das instituições (PONTE; OLIVEIRA; ÁVILA, 2016). Já os instrumentos assistenciais, identificados no processo de gestão da assistência à saúde, pressupõem a gestão do cuidado para a garantia do desenvolvimento satisfatório do processo de gerenciamento (SCHNEIDER; 2019). Eles são responsáveis pelo bom andamento do trabalho com vistas à formulação de estratégias, ao permitir a padronização da assistência e a garantia de um padrão de qualidade (quadro 3).

Quadro 3. Instrumentos de trabalho assistenciais.

INSTRUMENTOS DE TRABALHO ASSISTENCIAIS		
AAqueles utilizados para viabilizar a assistência na UBS e as ações do cotidiano no atendimento aos usuários, grupos/coletividades.		
INSTRUMENTO	REFERENCIAL TÉCNICO/TEÓRICO	NOTAS DA PESQUISA AÇÃO COM GERENTES (SCHNEIDER, 2019) *
e-SUS (estratégia e-SUS)	<p>Software que instrumentaliza o processo de trabalho nas UBS e integra as informações de todos os sistemas utilizados. É uma Estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Preocupa-se em qualificar a informação, por esta ser fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. Faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do sistema com coleta de dados simplificada – CDS (versão 1.3). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 122 p.</p> <p>Disponível em: <https://bit.ly/2YkHdTc></p>	<p>Importante na geração de informações para assistência prestada pelos membros da equipe. Depende da qualidade dos registros e direciona solicitações do gerente para demais atividades aos profissionais.</p>
Protocolos	<p>Descrição de uma situação específica de assistência, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões e uniformizando a assistência.</p> <p>Para saber mais: PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015. 50 p.</p> <p>Disponível em: <https://bit.ly/2Lnuriv></p> <p>ARAÚJO, J. M. Construção, composição e implantação de protocolos clínicos nas ações de atenção primária. 2011. 37 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gérias, Corinto, 2011.</p> <p>Disponível em:<https://bit.ly/2JaULdy></p>	<p>Expressam o planejamento do trabalho e permitem a padronização da assistência. Há referências aos protocolos municipais e do Ministério da Saúde. Foram apresentados como aliados na normatização, sistematização e otimização do trabalho.</p>

<p>Matriciamento</p>	<p>Troca de conhecimento entre profissionais e diversas áreas especializadas de uma equipe interdisciplinar com o objetivo de ampliar o campo de atuação e qualificar as ações dos profissionais e equipe. É um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.</p> <p>Para saber mais: SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. Saúde em Debate, [s.l.], v. 41, n. 114, p.694-706, set. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2JbaCZx></p> <p>CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 23, n. 2, p.399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2Liq1tM></p>	<p>Compreendido como uma ferramenta para a gestão do trabalho, já que contribui na melhoria da resolutividade e amplia as possibilidades de diálogo entre diversas áreas de conhecimento na atenção prestada ao usuário.</p>
<p>Programa Saúde na Escola</p>	<p>Visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde. Objetiva melhorar a qualidade de vida da população, contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.</p> <p>Para saber mais: FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. São Paulo: UNA-SUS, 2016. 12 p. Disponível em: <https://bit.ly/2yp2jG3></p> <p>BRASIL. Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2zahxuS> Acesso em: 08 jul. 2019.</p>	<p>Mecanismo utilizado pelas equipes para garantir a saúde do escolar. As equipes planejam todas as ações e os responsáveis pelas atividades propostas. Frequentemente a escola se mostra parceira nas atividades e permite assistência a crianças e adolescente no cenário escolar.</p>
<p>Consulta compartilhada</p>	<p>Instrumento de trabalho que se caracteriza pela comunicação transversal entre equipes. São espaços de contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento.</p> <p>Para saber mais: SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. Saúde em Debate, [s.l.], v. 41, n. 114, p.694-706, set. 2017. Disponível em <https://bit.ly/2Klfk42></p>	<p>Revela-se um instrumento que qualifica a assistência, como abordagem interdisciplinar dos usuários. Exige tempo e planejamento para a sua realização, especialmente no contexto de elevada demanda assistencial.</p>

<p>Telessaúde / Telemedicina</p>	<p>Sistemas de integração de ensino e serviço que objetivam melhorar a qualidade do atendimento e da APS, por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover resultados positivos na resolubilidade da APS. Possibilitam o acesso a informação por meio de ações de educação permanente e continuada em saúde aos profissionais, otimização dos recursos dentro do sistema, redução de custos e do tempo de deslocamentos; realização de exames por usuários em áreas de difícil acesso, entre outros.</p> <p>Para saber mais: MALDONADO, J. M. S. V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 32, Supl. 2, p.S1-S12, 2016.</p> <p>Disponível em: <https://bit.ly/2KKqPqV></p> <p>OLIVEIRA, T. C.; SALES, M. L. H. A implantação do programa Telessaúde na Atenção Básica. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 11, n. 6, p.2380-2388, jul. 2017.</p> <p>Disponível em: <https://bit.ly/2XdzYjr></p>	<p>Instrumento utilizado como via para educação permanente das equipes. Há dificuldades relacionadas ao acesso (equipamentos insuficientes, às dificuldades com a rede informativa de mídias e à falta de tempo</p>
<p>Projeto Terapêutico Singular</p>	<p>Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo. Resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial. Trata-se de um movimento de gestão do cuidado entre os envolvidos. É um instrumento voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco.</p> <p>Para saber mais: SILVA, A. I. et al. Projeto Terapêutico Singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 21, n. 3, p.1-8, jul./set. 2016.</p> <p>Disponível em: <https://bit.ly/2YdwvOg></p>	<p>Timidamente emergiu como um instrumento de atendimento a um caso específico, mas que carece de incentivo e qualificação para o manejo.</p>
<p>Matrizes de intervenção</p>	<p>Instrumento utilizado pelas eSF para o levantamento de problemas, análise das causas, objetivo geral, metas, objetivo específico, ação, indicadores de acompanhamento, procedimentos, responsável e prazo. É muito útil quando o objetivo é traçar um plano de ação a ser desenvolvido na equipe.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 164 p.</p> <p>Disponível em: <https://bit.ly/2H9GbAz></p>	<p>Instrumento norteador muito utilizado pelas equipes. Quase sempre confeccionado em decorrência da avaliação externa do PMAQ.</p>

<p>Discussão de casos</p>	<p>Conversa em equipe sobre casos clínicos, principalmente os mais complexos. É um espaço de conversa entre os profissionais para construção da clínica. É privilegiada pelo apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF. Pode ser um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações. Pode ser beneficiado com a ajuda de roteiros que orientam a conversa entre a equipe.</p> <p>Para saber mais: NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA. Como estruturar um roteiro de discussão de casos e trabalho integrado entre o NASF e as eSF? 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2vENb4B> Acesso em: 08 jul. 2019.</p>	<p>Normalmente realizados em reuniões de equipe ou entre os profissionais envolvidos no cuidado, considerado um recurso importante, pois viabiliza uma maior resolutividade do problema, pelo compartilhamento de informações rapidamente e construção coletivo de plano de cuidados.</p>
<p>Processo de Enfermagem</p>	<p>Ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática, organizada em fases, com o objetivo de orientar o cuidado profissional de enfermagem, de promover a qualidade no cuidado prestado. Contribui para o fortalecimento da profissão enquanto ciência.</p> <p>Para saber mais: PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015. 50 p. Disponível em: <https://bit.ly/31W8lVg></p> <p>Curso Telessaúde sobre Consulta de Enfermagem: Confira a agenda de oferta deste curso acompanhando as notícias no Portal Telessaúde SC: Disponível em: <https://telessaude.ufsc.br/></p>	<p>Instrumento importante de sistematização da assistência de enfermagem, entretanto não realizado na sua integralidade, marcadamente pelo excesso de trabalho.</p>

* A pesquisa seguiu todas as orientações dos padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 510 do CNS, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada (parecer nº 2.630.923/CAAE: 79513617.6.0000.0118).

Estas maneiras de produzir saúde sugerem um novo modelo organizativo da assistência, como alternativa ao modo tradicional, pois pressupõem a ampliação da clínica e o compartilhamento dos saberes dos profissionais envolvidos na produção da saúde, na direção da cogestão e da interprofissionalidade, conceitos que serão melhor abordados nas Unidades seguintes deste Curso (quadro 4).

Quadro 4. Instrumentos de trabalho comuns à gestão e assistência.

INSTRUMENTOS DE TRABALHO COMUNS À GESTÃO E ASSISTÊNCIA		
São instrumentos utilizados tanto nas atividades assistências quanto gerenciais.		
INSTRUMENTO	REFERENCIAL TÉCNICO/TEÓRICO	NOTAS DA PESQUISA AÇÃO COM GERENTES (SCHNEIDER, 2019) *
Planejamento em saúde	<p>Planejar é reduzir incertezas. Possui natureza estratégica e é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. A tarefa de planejar exige conhecimento, envolve a definição de metas, estabelecimento de objetivos e planejamento ou programação de ações (BRASIL, 2016). Carlos Matus desenvolveu o Planejamento Estratégico Situacional a partir da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar.</p> <p>Para saber mais: FIGUEIREDO FILHO, W. B.; MÜLLER, G. Planejamento estratégico segundo Matus: proposta e crítica. In: GERARDI, L. H.O; MENDES, I. A. Do Natural, do Social e de suas Interações: visões geográficas. São Paulo: UNESP, 2002. p. 121-132. Disponível em: <https://bit.ly/2S0LxTP></p>	<p>Orienta a assistência e as atividades gerenciais (foi o instrumento mais mencionado pelos participantes da pesquisa). Consideraram que as ações planejadas são mais eficientes.</p>
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)	<p>O PMAQ - AB tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas UBS. Após avaliação, é possível o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.</p> <p>Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: <https://bit.ly/2XzMOrw></p>	<p>Surgiu como fomentador da uniformização das condutas no serviço de saúde, além de ser um importante instrumento prático no que se refere à orientação quanto aos objetivos das ações pelas equipes.</p>

<p>Dados da vigilância epidemiológica</p>	<p>São gerados por meio da alimentação, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Devem ser permanentemente atualizados e reconhecidamente são capazes de melhorar os níveis de saúde da população quando servem de subsídios para que a equipe trace suas ações prioritárias.</p> <p>Para saber mais: RASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.</p> <p>Disponível em: <https://bit.ly/2KHGzMq></p>	<p>Permitem que os gerentes conheçam e avaliem a ocorrência de doenças na sua área de abrangência, para a partir disso traçarem metas de controle e prevenção dos agravos. Importante na condução do gerenciamento do trabalho das equipes, sinalizando metas para a atuação dos profissionais.</p>
--	--	---

* A pesquisa seguiu todas as orientações dos padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 510 do CNS, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada (parecer nº 2.630.923/CAAE: 79513617.6.0000.0118).

Para fortalecer os serviços e melhorar o desempenho do sistema de saúde há a necessidade de que os gerentes adquiram a capacidade de coordenar em um ambiente complexo e transformador, o que pressupõe desenvolver habilidades como planejamento, coordenação, monitoramento e habilidades sociais, permitindo, portanto, uma gestão colaborativa e compartilhada (NXUMALO et al., 2018). O planejamento em saúde pode ser considerado como o principal delineador das ações em saúde e se mostra propício para a mudança no modelo assistencial e para processos de gerência contemporâneos (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Embora sejam programas recentes, o PMAQ-AB/AMAQ contribuem para o planejamento e para a avaliação em saúde, desde que as equipes os utilizem, pois eles contemplam as principais atribuições do trabalho na APS e permitem avaliações e construções coletivas (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

Além disso, os processos decisórios, avaliação e melhoria da qualidade, gerenciamento de recursos materiais, seleção e recrutamento de pessoal, educação continuada, supervisão e o desempenho (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016) são instrumentos de trabalho que devem fazer parte da rotina do gerente da ESF, pois são capazes de fomentar a análise e resolução de inúmeros problemas das equipes.

Ainda, a EPS é um instrumento de trabalho importante no dia-a-dia das equipes de saúde, diante da demonstração da necessidade e importância destas atividades frente à prática diária. Estudos demonstraram que as ações de EPS surgem a partir da identificação da problematização do processo de trabalho, além de ser uma estratégia de gestão no SUS e se configura como um instrumento de trabalho diário e fator motivador das práticas profissionais (ROSSETTI et al., 2019). Desenvolver ações de EPS pressupõe a transformação do cotidiano do trabalho.

Há a necessidade de prever a indissociabilidade entre a educação em saúde e o trabalho em saúde, sendo que a produção de um depende do outro. As visões gerenciais quase que totalitárias, de que a competência dos profissionais pode ser corrigida por cursos e capacitações, justifica a baixa eficácia e baixa adesão que

as ações em educação em saúde possuem. Nesta lógica, os gestores programam cursos cansativos que não promovem efeitos positivos e mudanças efetivas nas práticas dos profissionais (MERHY, 2005).

Corroborando, um estudo realizado com coordenadores de Centros de Saúde, apontou nos discursos dos profissionais, que existe uma falta de interesse e motivação em adquirir novos conhecimentos, percebendo que a permanência dentro das unidades de saúde é cômoda a eles. Por isso, as iniciativas de EPS devem atender às novas dimensões do fazer em saúde, desvirtuando as ações centradas apenas do processo de adoecer (VENDRUSCOLO et al., 2015).

Diante do eminente protagonismo dos envolvidos no processo de trabalho em saúde e de EPS, emergem as considerações de Campos (2013) acerca da reorganização do trabalho. A sua proposição da cogestão como instrumento de trabalho vislumbra um caminho para a democratização e para a progressiva desalienação dos trabalhadores, uma vez que a cogestão se configura em um método para alterar o modo de gestão das instituições, em que a disponibilidade do tempo de trabalho na discussão coletiva e democrática sobre a instituição é compreendida como muito produtiva para a organização (CAMPOS, 2013) e central para a organização das atividades.

Por meio da coparticipação de sujeitos com interesses e inserções sociais distintos, a cogestão incentiva a participação de todos na gestão da organização e dos processos de trabalho, ou seja, pressupõe uma articulação de saberes e práticas de diversas áreas (CAMPOS, et al., 2014). Nesta lógica, nos próximos tópicos, abordaremos a cogestão ou gestão participativa, como espaços e mecanismos de gestão coletiva e o Método Paidéia (apoio institucional, apoio matricial, clínica ampliada e compartilhada).

Ainda, mudanças recentes sinalizam novas formas de se produzir saúde. Propõe-se possibilidades de práticas mais colaborativas, capazes de produzir impacto positivo no resultado assistencial, tais como a criação do SUS, os amplos investimentos na APS, formação de equipes com atuação interdisciplinar e estímulos às mudanças na formação. Estas estratégias se mostram reestruturantes do modelo assistencial e as experiências evidenciam diluição de um modelo assistencial tradicional e a valorização das práticas dos diversos profissionais de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

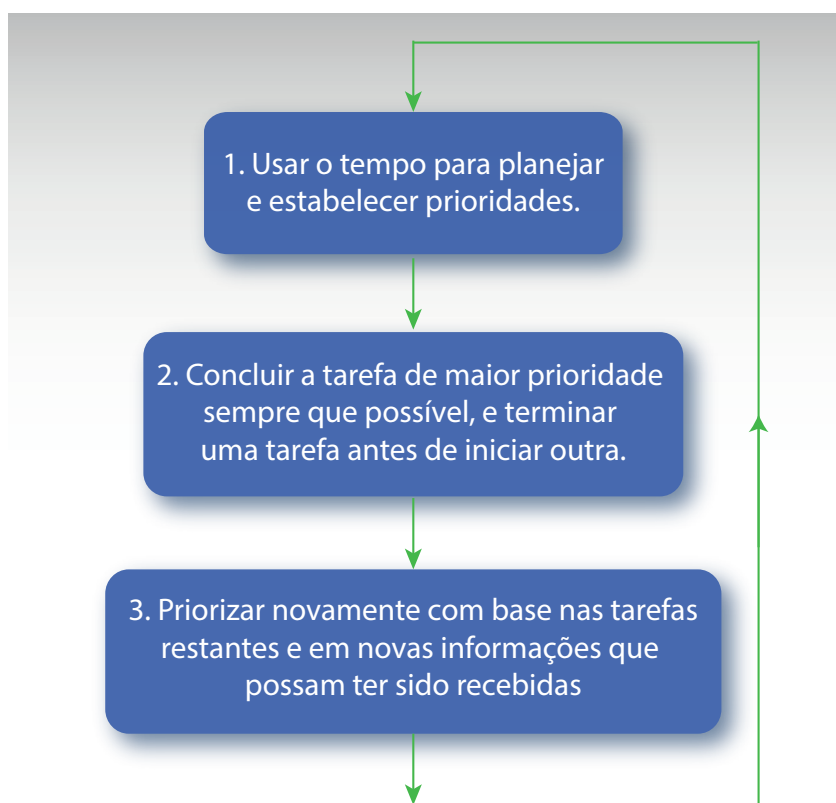
Nesse aspecto, a aprendizagem significativa pressupõe um modelo de aprendizagem no qual o indivíduo amplia seu conhecimento por meio da assimilação de novos conceitos com os pré-existentes. A aprendizagem se dá por meio de ancoragem, no qual a informação anterior se ancora às novas informações e assim, expande sua estrutura cognitiva (CARVALHO et al., 2015).

Exigências técnicas e teóricas nos processos de gerenciamento são habilidades requisitadas aos gerentes das UBS, que estão à frente da resolução da ampla variedade de necessidades apresentadas pela população. Estes profissionais frequentemente são vistos pela comunidade e gestores municipais como representantes da área de abrangência onde atuam e como figuras de referência aos assuntos relacionados à saúde (FISCHER et al., 2014). Assim, o gerente está intimamente vinculado aos conceitos de processo de trabalho e de planejamento, sendo atravessadas pelas concepções de cuidado com os usuários, famílias e comunidade (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2013).

Neste cenário, o planejamento do tempo é essencial para uma administração eficiente, com redução de erros e mau gerenciamento. Planejar é a primeira atividade no processo de gestão, porque a capacidade de se organizar decorre de um bom planejamento. O gerente deve guardar tempo para pensar sobre como os planos serão traduzidos em atos (MARQUIS, HUSTON, 2015).

A figura 1 demonstra as três etapas básicas no gerenciamento do tempo. A delas primeira objetiva prever tempo para o planejamento e estabelecimento de prioridades. A segunda envolve a realização da tarefa com maior prioridade, concluindo-se uma tarefa antes de iniciar a outra, sempre que possível. A terceira sugere a priorização das atividades que serão realizadas com base nas novas informações recebidas. As etapas devem ser realizadas na seqüência apresentada, pois é um processo cíclico (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Figura 1. Três etapas básicas do gerenciamento do tempo.



Fonte: Adaptado de: MARQUIS, HUSTON (2015).

Assim, para atingir o objetivo da saúde para todos, a maioria dos sistemas de saúde terão que passar por mudanças profundas, que deverão ser alcançadas no contexto de cuidados primários. Essas transformações deverão levar em conta suas próprias características e possibilidades (DAVINI, 1995). No entanto, existem medidas de alcance universal que viabilizam estas transformações, como por exemplo, o desenvolvimento e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Neste contexto, surge a necessidade de desenvolver ações de EPS, no intuito de melhorar os serviços e promover o desenvolvimento do pessoal de saúde (DAVINI, 1995).

SAIBA MAIS

Saiba mais sobre gestão do trabalho em unidades básicas de saúde:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11914/14403>



- Quais instrumentos de trabalho você utiliza no seu cotidiano?
- Quais instrumentos listados aqui poderiam contribuir com seu trabalho como gerente?
- Que contribuições a cogestão pode trazer para o seu trabalho e da sua equipe?

NA PRÁTICA

Neste link (em inglês) você poderá avaliar como anda a sua capacidade de decisão:
<https://bit.ly/1Ym0dtv>. Ao final, clique para calcular seu escore e interpretá-lo.

1.4 Gerenciamento de recursos materiais e de pessoas nos serviços da APS: outras reflexões importantes

Segundo Franco e Merhy (2007) o grande desafio para a compreensão dos modos de produção do cuidado é analisar os processos produtivos dos serviços de saúde, as relações de trabalho dos profissionais com os usuários, consigo mesmo e com os processos organizativos institucionais. O trabalho não é uma categoria isolada no contexto produtivo e relacional, ele se constrói na realidade, a partir da ação dinâmica dos sujeitos no processo de produção do cuidado.

O gerenciamento é um campo de conhecimento e práticas, que se aprimoram continuamente, diante de situações peculiares, típicas do atendimento à demanda dos diferentes níveis assistenciais. Neste âmbito, o gerenciamento de recursos materiais tem sido um desafio para os gestores em saúde considerando a gama de avanços tecnológicos que tem que impulsionado o aumento da constante complexidade assistencial. Isto impõe aos gestores a necessidade de aprimorar os sistemas de gerenciamento destes recursos, no intuito de garantir os recursos em qualidade e quantidade, assegurando uma assistência contínua, sem riscos para profissionais e usuários, a um menor custo possível (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016).

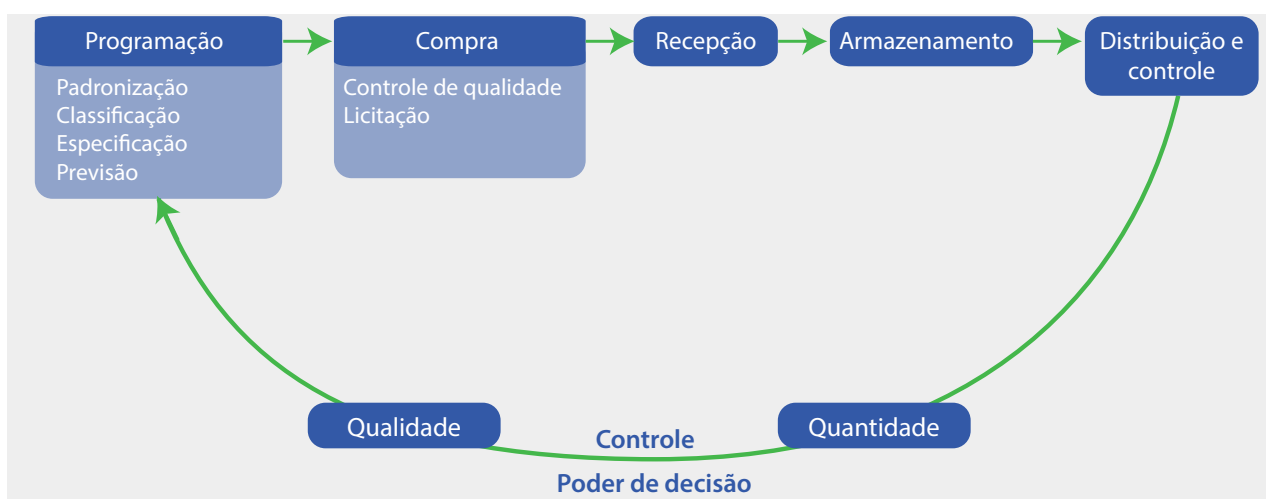
A gestão dos serviços de saúde tem a responsabilidade pelo bom funcionamento das organizações e para tanto há o desafio de estabelecer a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os objetivos gerenciais. Consiste em uma prática administrativa com o objetivo de otimizar o funcionamento das instituições de saúde, para obter alto grau de **eficiência, eficácia e efetividade** (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Eficiência: Capacidade de obter a maior melhoria da saúde ao menor custo (DONABEDIAN, 1990).
Eficácia: Capacidade de cuidar, no seu melhor, nas condições mais favoráveis (DONABEDIAN, 1990).
Efetividade: Grau em que as melhorias de saúde atingíveis são realizadas, nas condições usuais do cotidiano (DONABEDIAN, 1990).

Os desafios do gerenciamento de recursos incluem questões relacionadas às regras competitivas de mercado, orçamentos restritos, controle de consumo e de custos, grande diversidade e quantidade de materiais. Exigem do gestor o conhecimento de uma vasta gama de materiais disponíveis para o trabalho. O gasto com estes recursos tem representado uma parcela importante do orçamento das organizações, tanto para a compra, quanto para o custeio de recursos humanos para este trabalho (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016).

A administração de recursos materiais envolve a “totalidade dos fluxos de materiais da empresa, desde a programação de materiais, compras, recepção, armazenamento no almoxarifado, movimentação de materiais, transporte interno e armazenamento no depósito de produtos acabados” (CHIAVENATO, 1991, p.35).

Figura 2. Fluxo das principais atividades do gerenciamento da cadeia logística



Fonte: Adaptado de: Castilho; Mira; Lima, 2016.

A figura 2 representa o fluxo dos materiais, desde a sua programação, até a distribuição, o que chamamos de logística. Esta etapa consiste na determinação de produtos específicos para procedimentos específicos e o objetivo é diminuir a diversidade desnecessária e normatizar o uso de itens similares. Na etapa da classificação, os materiais são destinados por finalidade (medicamentos, materiais médico-hospitalares, escritório, informática, higiene, entre outros). A padronização dos materiais é essencial (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016).

Enquanto profissionais de APS, pergunta-se: então, por que motivo ainda faltam instrumentos para o trabalho? A literatura sinaliza algumas causas, elas são apresentadas no quadro 5:

Quadro 5. Causas para a falta de instrumentos de trabalho.

Causas estruturais	Causas organizacionais	Causas individuais
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de prioridade política: baixos investimentos, baixos salários, corrupção, serviços de baixa qualidade, etc. - Cargos políticos: diretores incompetentes, fixação de prioridades - Pouca participação social, favorecimentos, etc. - Entraves burocráticos. - Centralização excessiva. - Compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços. 	<ul style="list-style-type: none"> Decorrem, em geral, das descritas anteriormente. - Falta de objetivos: quando os objetivos não estão claros. Cada unidade cria seu próprio sistema de referência. - Falta de capacitação e de atualização do pessoal. - Falta de recursos financeiros. - Falta de controles. - Corrupção. - Falta de planejamento. - Rotinas e normas não estabelecidas adequadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Em parte, também derivam das anteriores. - Diretores improvisados: inseguros ou incapazes de inovar, sem condições de manter um diálogo adequado com a área fim. - Funcionários desmotivados e/ou despreparado: sem compromisso com a instituição.

Fonte: Neto; Filho, 1998.

O assessoramento de profissionais da área da saúde, como enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, dentre outras, é fundamental no processo de gerenciamento de recursos materiais, visto a complexidade e diversidade de materiais usados na área (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016). Normalmente, o que se identifica nas organizações é que a responsabilidade pela compra cabe à gerência dos serviços e que o setor responsável pela compra não envolve profissionais técnicos no processo.

No cenário atual, os gerentes precisam adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades não somente no gerenciamento dos recursos materiais, bem como no gerenciamento das pessoas frente aos processos de trabalho. Este perfil é resultado da mudança dos modelos de gestão, buscados por gerentes que almejam qualidade no serviço a um menor custo possível, no intuito de desenvolver o bom andamento das atividades de assistência à população (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016; YAMAUCHI, 2009).

Isto tem levado os gerentes a modificar suas formas de administrar, e transformar as formas, por vezes burocratizadas e hierarquizadas, em maneiras mais flexíveis de coordenar o processo de trabalho. As realidades organizacionais enfrentam o desafio do aumento da expectativa para atender às necessidades dos diversos indivíduos, transformando a maneira de se gerenciar recursos e sobretudo as pessoas (SOUZA, et al., 2010).

A ideia de que o sucesso de uma instituição depende de seus líderes está consolidada. Os líderes são capazes de alavancar projetos, melhorar os processos de trabalho, estimular e influenciar as pessoas por meio da sua atuação (ALVES, 2009). Na APSa gestão de pessoas é a essência da capacidade produtiva, representando a maior densidade tecnológica disponibilizada no atendimento das necessidades da população (MAEDA, et al., 2011). Neste sentido, perfis de gerenciamento caracterizados por flexibilidade e adaptabilidade são sempre desejáveis, em virtude das mudanças frequentes por que passam as organizações.

A ESF possui um modelo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, no qual os profissionais se configuram como potenciais transformadores do trabalho do ambiente de saúde em que estão inseridos. Operam em uma perspectiva de que, para serem organizações bem-sucedidas, devem ser capazes de efetuar mudanças para se adaptar às dificuldades, com características como agilidade, oferta suficiente de serviços, processos de trabalho simples e inovadores, sobretudo, necessitam concentrar esforços em possuir uma força de trabalho flexível, com capacidade rápida de adaptação às necessidades que surgem no dia-a-dia (SOUZA, et al., 2010).

Não é suficiente dispor do melhor espaço físico, dos melhores equipamentos, dos modelos de gestão mais contemporâneos, se estes não forem sustentados por uma gestão de pessoas capacitadas e comprometidas com o trabalho (ALVES, 2009). Há um consenso entre os gestores sobre as fragilidades do setor saúde: o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, demora na incorporação de tecnologias de informação, de processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, existem as barreiras relacionadas à legislação que atrapalham a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores em função de questões política, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI, et al., 2014).

A gestão das pessoas deve concentrar esforços no sentido de que todos os envolvidos nas atividades de saúde sejam estimulados a assumir papel de agentes de mudanças e estejam verdadeiramente comprometidos e engajados nas ações de saúde propostas pela equipe. Desta forma, apesar de ser importante a compreensão dos papéis que cada um desempenha na equipe, convém salientar que isto não deve ser rígido.

No dia-a-dia, o gestor deve estar preparado para lidar com as diferenças entre os profissionais e sobretudo ter habilidade e flexibilidade em alinhar as escolhas de cada membro da equipe com as políticas e necessidades organizacionais. A aceitação das diferenças entre as pessoas é uma das principais barreiras para os gerentes de equipes, pois pode impedir formas saudáveis de interação entre as pessoas (SOUZA et al, 2010).

Para ajudar na motivação dos profissionais é oportuno que a gerência desenvolva ações formativas contínuas, estratégias de desenvolvimento de competências, controle e avaliação das atividades e criação de fluxos que tragam conforto aos profissionais e que não engessem os processos de trabalho.

Para ajudar a enfrentar os desafios na gestão de pessoas, o gerente pode utilizar estratégias, entre elas: melhorar a forma de seleção das pessoas, ajudar os trabalhadores a aprimorar seu desempenho e diminuir a rotatividade dos profissionais. Contudo, cada situação é delineada de maneira singular, de acordo com o perfil do gestor, missão e os objetivos da instituição. Entretanto, quando o gestor tem o objetivo de melhorar o desempenho da força de trabalho de saúde, ele inicialmente precisa se concentrar no pessoal que já faz parte do serviço (OMS, 2006).

Além disso, o aprendizado contínuo deve ser inculcado no local de trabalho, o que pode incluir capacitações curtas, que instrumentalizem os profissionais a criar soluções simples e eficazes para aumentar o desempenho, e estratégias permanente.

Assim, a criação de ambientes de trabalho que propiciem o desenvolvimento dos profissionais é uma competência gerencial crucial para a efetividade organizacional. Nesta linha, sabe-se que gratidão e lealdade produzem aumento da produtividade da equipe. Entretanto, produzem efeitos melhores se forem sentimentos expressados sem vínculos com os resultados e sim, apenas como reconhecimento por simplesmente fazerem parte da equipe e cumprirem seu trabalho (SOUZA et al, 2010).

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre avaliação do processo de trabalho na Atenção Básica, sugerimos os artigos abaixo:

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 114, p.741-752, set. 2017.

Clique aqui: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/741-752/pt/>

:FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 110, p.64-80, set. 2016.

Clique aqui: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>

Trabalhando juntos pela saúde (Relatório Mundial de Saúde 2006).

Clique aqui: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_capa.pdf

“Basicamente, a Gestão significa influenciar a ação. Gestão é sobre ajudar as organizações e as unidades fazerem o que tem que ser feito, o que significa ação”.
(Henry Mintzberg)

Referências Bibliográficas

AGUIAR, R. S. Gestão da prática e liderança da enfermagem na Atenção Primária em Saúde. In: CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. (Org.). **Guia de trabalho para o enfermeiro na Atenção Primária em Saúde**. Curitiba: CRV, 2017. Cap. 4.

ALVES, V. L. de S. Competências essenciais para a liderança na enfermagem no enfoque da gestão de pessoas. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (Org.). **Gestão do serviço de Enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. Cap. 6.

BERTONCINI, J. H.; PIRES D. E. P.; RAMOS F. R. S. Dimensões do trabalho da enfermagem em múltiplos cenários institucionais. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva, Brasília**, v. 5, n. 1, p. 124- 133, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/922/932>>. Acesso em: 02 mar 2019.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ in the view of workers who participated in the program in Region of Health of Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em 20 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, dez. 1990. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 25 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 64 p. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRITO, G. E. G. de; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. dos. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 975-995, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300975&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00164>.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; ANDRADE, S. R. de. Gestão do Sistema Municipal de Saúde. In: **Gestão e avaliação na atenção básica** [Recurso eletrônico]. 3 ed. Florianópolis: UFSC, 2013. Un. II. Disponível em: <<https://unarus.ufsc.br/atencaoobasica/files/2017/10/Gest%C3%A3o-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p.3033-3040, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2019

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de. SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2018.

CARVALHO, D. P. S. P. et al. Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência dos estudantes. **Rev. Enf. UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13210>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CASTILHO, V.; MIRA, V. L.; LIMA, A. F. C. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, Paulina (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Cap 4.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à administração dos materiais**. São Paulo: Makron, 1991.

CIAMPONE, M. H. T.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. In: KURCGANT, P. (org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Cap. 4.

DAVINI, M. C. **La Formación Docente en Questión: política e pedagogía**. Buenos Aires: Paidós SAICF, 1995.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov. 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

FARIA, H. et al., **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2018.

FARIAS, D. N. de et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757302008>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

FISCHER, S. D. et al. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde. **Tecnologias de Administração e Contabilidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.117-131, jul/dez. 2014. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1558.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2008.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, set. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2019.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MAEDA, S. T. et al. Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1651-1655, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2019.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. Tomada de decisão, solução de problemas, raciocínio crítico e raciocínio clínico: requisitos para uma liderança e administração de sucesso. In: MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. (Org). **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap 1.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

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

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2009. Cap. 2.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. S.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA J. C. F (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

MIRA, V.; MIRA, V. L.; LIMA, A. F. C. L. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, Pi (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Cap. 12.

NETO, G. V.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Vol. 12. 1998. Disponível em: <andromeda.ensp.fiocruz.br/visa/files/Volume12.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2019.

NXUMALO, N. et al. Performance management in times of change: experiences of implementing a performance assessment system in a district in South Africa. **International Journal for Equity in Health**, Londres, v. 17, p. 141, nov. 2018. Available from: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0857-2#Bib1>>. 23 jan 2019. Acesso em: 12 jan. 2019.

OLIVEIRA, S. A. de et al. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 69, out-dez. 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-4.8/index.php/ras/article/view/64/88>. Acesso em: 06 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. **Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 10 dez. 2018.

PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (orgs). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p.251-263, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p.739-744, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

PONTE, H. N. S. P.; OLIVEIRA, L. C. O.; ÁVILA, 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ROSSETTI, L.T. et al. Permanent education and health management: a conception of nurses. **J. res.: fundam. care**, Rio de Janeiro, v 11. n. 1, p. 129-134, jan. 2019. Disponível em <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6513/pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2018.

SCHNEIDER, C. F. **O enfermeiro na estratégia saúde da família**: identificação e proposição de instrumentos de gestão. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2019.

SILVA, F. H. C. S. A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/5>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p.584-592, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SOUZA, V. L.; et al. Ambiente organizacional: um cenário em permanente mutação. In: **Gestão de pessoas em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010. Cap. 1.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2019.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2019.

VENDRUSCOLO, C. et al. Concepção de coordenadores da atenção básica sobre educação permanente em saúde: aproximações e distanciamentos com pressupostos freireanos. **Inova Saúde**, v. 4, p. 47-69, 2015. Disponível em: <periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1930>. Acesso em: 05 jan. 2019.

VENDRUSCOLO, C.; et al. Repensando o modelo de Atenção em Saúde mediante a reorientação da formação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1580-1588, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001580&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0055>.

YAMAUCHI, N. I. Qualidade gerencial do enfermeiro. In: MALAGUTTI, W. (org.) **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2009.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. de. O conceito "Intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n.1, p.191-203, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000100191&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 abr. 2019.

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.

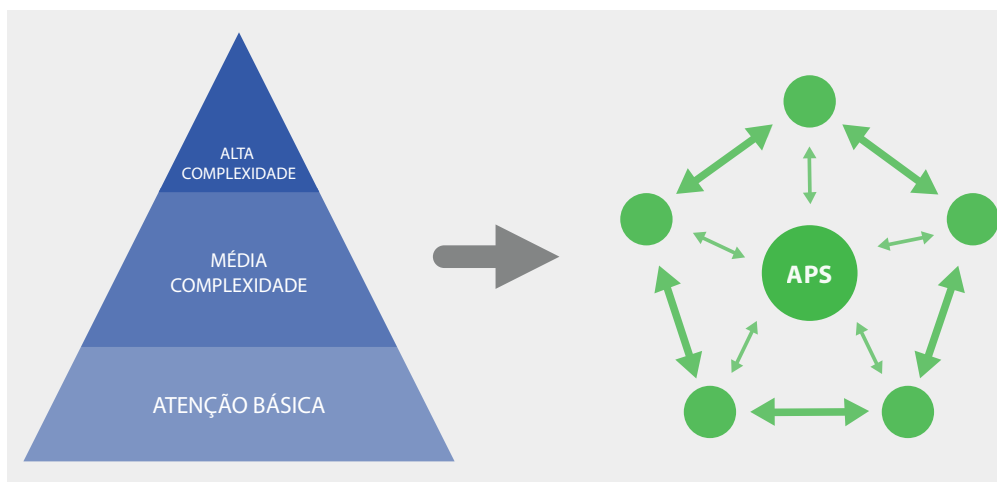
SAIBA MAIS

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 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.