



Mestrado Profissional em Saúde Pública com Área de Concentração em
Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE APOIO INSTITUCIONAL
COM FOCO NA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA ATENÇÃO
BÁSICA NO ESTADO DA BAHIA**

Mestranda: Renata Maria de Oliveira Costa
Orientadora: Dr^a Maria Inês Carsalade Martins
Segunda Orientadora: Ms. Márcia Teixeira

Rio de Janeiro, dezembro de 2009



Mestrado Profissional em Saúde Pública com Área de Concentração em
Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE APOIO INSTITUCIONAL
COM FOCO NA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA ATENÇÃO
BÁSICA NO ESTADO DA BAHIA**

Trabalho de dissertação apresentado por Renata Maria de Oliveira Costa, como requisito para aquisição do título de mestre em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, defendido em dezembro/2009.

Dedico este trabalho aos grandes “mestres”: Cainan e Tainá, meus filhos, com quem aprendo cotidianamente, cuja compreensão e apoio amoroso às minhas escolhas e projetos tornaram possível mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Ministério da Saúde, em particular à SGTES, pelo investimento no desenvolvimento dos trabalhadores, pela oportunidade em participar desse processo de qualificação, o mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde;

À coordenação do Curso na ENSP/FIOCRUZ, professores Antenor Amâncio e Sérgio Pacheco pelo empenho e dedicação à gestão desse projeto;

À Luzimar sempre solícita e gentil com quem foi prazeroso conviver e contar com o compromisso e competência no trabalho;

À Prof^a Maria Inês por acolher-me como orientanda, especialmente à Prof^a Márcia Teixeira pela paciência no processo de orientação e compreensão ao ritmo que me foi possível imprimir à construção desse trabalho;

À Prof^a Dr^a Maria Caputo, pela confiança profissional e estímulo ao meu desenvolvimento intelectual, e aos demais colegas da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – DGTES/SESAB, que foram grandes inspiradores nessa produção: Arlene, Bruno, Tiago, Rosângela, Larissa;

Aos colegas/trabalhadores da Diretoria da Atenção Básica – DAB/SESAB, com quem muito aprendi e cuja colaboração efetivou a realização desse estudo, em particular, à Jamile pela importante cooperação e às residentes, Denise e Sabrina, pela colaboração na oficina com os apoiadores;

Aos meus pais, irmãs, cunhado e afilhada: Rafael, Pedrina, Rafaela, Roberta, Robéria, Júnior e Larinha, pela torcida e apoio de sempre;

Às (os) amigas (os) com quem sempre partilho as minhas alegrias e vitórias, especialmente à Eurídice, pelo carinho e incentivo; e

Às companheiras de mestrado, Laíse e Jamile, pela convivência, cuidado, afeto, enfim pela oportunidade de compartilhar essa gratificante experiência.

“Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos... devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã. Ou o fazemos diferente, ou não o será.”

Emerson Elias Merhy

RESUMO

O Apoio Institucional constitui um dos eixos da Política Estadual de Atenção Básica na Bahia. Esse arranjo organizacional tem seu processo de trabalho fundamentado no apoio Paidéia, que entende a gestão como função gerencial, política, pedagógica e terapêutica. O trabalho da equipe multiprofissional busca apoiar o desenvolvimento da Atenção Básica a partir de um processo dialógico e pactuado, numa relação horizontal e democrática, ou seja, de co-gestão.

Trata-se de um estudo de caso descritivo, cujo objetivo foi analisar o processo de trabalho da equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB com foco na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seus objetivos específicos foram conhecer o perfil dos apoiadores institucionais; sistematizar as características do processo de trabalho e de educação permanente na agenda da equipe com foco na gestão do trabalho e da educação.

Metodologicamente, além de estudo de documentos legais e oficiais, foram analisadas informações coletadas através de um questionário semi-estruturado, auto-aplicado e da realização de uma oficina, que se configurou como um espaço pedagógico, no qual foram apresentados e discutidos resultados preliminares da pesquisa, suscitando um debate sobre a gestão do trabalho e da educação permanente de/com essa equipe, seu perfil e processo de trabalho.

O perfil encontrado foi uma equipe jovem, feminina, com tempo de atuação institucional/na função recente. Profissionais de saúde qualificados e com relativa experiência anterior na Atenção Básica. Observou-se precariedade dos vínculos empregatícios, diferentes remunerações para o exercício da mesma função/carga-horária. O estudo sinaliza intensa carga de trabalho e importante investimento na construção de espaços de educação permanente, de um processo de trabalho democrático, com forte motivação político-ideológica.

Palavras – chave: Processo de trabalho; gestão da atenção básica; apoio institucional; gestão do trabalho e da educação.

ABSTRACT

The Institutional Support is one of the pillars of the State Policy for Primary Care in Bahia. This organizational arrangement has its work process support based on the Paideia, which means the management and function management, political, educational and therapeutic. The multidisciplinary team aims to support the development of primary care from a dialogic process and agreed upon, in a horizontal relationship and democratic, that is, co-management.

This is a descriptive case study, which analyzed the process of team work of Institutional Support of DAB / SESAB focusing on the Management of Labor and Health Education at Its specific objectives were to know the profile of the institutional stakeholders; systematic characteristics of the work process and continuing education on the agenda of the team focusing on management of labor and education.

Methodologically, in addition to study legal and official documents, analyzed data collected through a semi-structured self-administered and the holding of a workshop, which appeared as a pedagogical space in which they were presented and discussed preliminary results research, prompting a debate on the management of work and continuing education for / with this team, his profile and work process.

The profile found was a young team, women, who had worked at the institutional / function version. Health professionals and on previous experience in Primary Care. There was insecurity of employment relationships, different pay for the exercise of that function / load-clockwise. The study indicates intense workload and major investment in the construction of spaces for permanent education of a democratic process work, with strong political and ideological motivation.

Keywords: Work process, management of primary care, institutional support, management of work and education.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1. APRESENTANDO O CONTEXTO.....	24
1.1. GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	24
1.2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: O PAPEL DA GESTÃO ESTADUAL.....	29
1.3. GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA: A SAÚDE DA FAMÍLIA DE TODOS NÓS	37
CAPÍTULO 2. APOIO INSTITUCIONAL: UMA PROPOSTA INOVADORA NO PROCESSO DE SUPERVISÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	50
CAPÍTULO 3. ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE APOIO INSTITUCIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA	67
3.1. PERFIL DOS APOIADORES INSTITUCIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	67
3.2. O PROCESSO DE TRABALHO DO APOIO INSTITUCIONAL NA RODA.....	77
CAPÍTULO 4. APOIO INSTITUCIONAL E A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: REFLEXÕES E RECOMENDAÇÕES.....	87
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE.....	106
ANEXOS.....	110

FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

FIGURAS:

Figura 1 – Organograma da DAB/SESAB antes de 200739

Figura 2 – Organograma Atual da DAB/SESAB40

Figura 3 – Funcionograma da DAB/SESAB41

QUADROS

Quadro 1 – Comparativo entre Modelos de Gestão DAB/SESAB.....42

Quadro 2 – Objeto de atuação e composição das Unidades de Produção da DAB/SESAB.....43

Quadro 3 – Mini-equipes de Apoiadores Institucionais da DAB/SESAB.....58

GRÁFICOS:

Gráfico 1 - Cobertura ESF Bahia/ 2002 - 2009.....47

Gráfico 2 - Cobertura EACS Bahia/ 2002 - 2009.....48

Gráfico 3 - Razão entre ESF/ESB Bahia/ 2002 - 2009.....49

Gráfico 4 - Avaliação do Processo de Apoio Institucional DAB/SESAB-2007.....63

Gráfico 5 - Avaliação da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB.-2007.....64

Gráfico 6 – Perfil da Equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB por Sexo, outubro – 2009.....	68
Gráfico 7 – Perfil da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB segundo a Faixa Etária, outubro - 2009.....	69
Gráfico 8 – Tempo de Atuação da Equipe de Apoio Institucional (em anos) na instituição SESAB e na função de Apoio Institucional, outubro – 2009.....	69
Gráfico 9 – Distribuição dos profissionais de saúde que compõem a Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB.....	71
Gráfico 10 – Tempo de Formação (anos) e Tipo de Instituição de Ensino Superior – IES de graduação da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB, outubro-2009.....	72
Gráfico 11 – Experiência Profissional da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB na Atenção Básica, outubro – 2009.....	73
Gráfico 12 – Tipo de Vínculo Empregatício da Equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB, outubro – 2009.....	74
Gráfico 13 – Faixa Salarial por Tipo de Vínculo da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB, outubro – 2009.....	75
Gráfico 14 – Participação da Equipe de Apoio Institucional por Grupo de Trabalho – GT da DAB/SESAB, outubro – 2009.....	79
Gráfico 15 – Participação da Equipe de Apoio Institucional na composição dos Grupos de Trabalho – GT, DAB/SESAB, outubro – 2009.....	79
Gráfico 16 – Avaliação quantitativa da composição das mini-equipes de Apoiadores Institucionais da DAB/SESAB, outubro -2009.....	80

Gráfico 17 – Tipos de Vínculos de Trabalho identificados pelos apoiadores, empregados na Atenção Básica nas Macrorregiões onde atua a Equipe de Apoio Institucional, outubro - 2009.....	82
Gráfico 18 – Instrumentos utilizados pela Equipe de Apoio Institucional para acompanhar processos referentes à gestão do trabalho e da educação, outubro – 2009.....	83
Gráfico 19 – Processos de Educação Permanente que ocorrem nas macrorregiões de referência, identificados pela Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB, outubro – 2009.....	84
Gráfico 20 - Projetos da PEAB identificados pela Equipe de Apoio Institucional como relacionados à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, outubro – 2009.....	85

SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CES – Conselho Estadual de Saúde

CGMR – Colegiado de Gestão Microrregional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNRH – Conferência Nacional de Recursos Humanos

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

DAB - Diretoria de Atenção Básica

DIREs – Diretorias Regionais de Saúde

DGTES – Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

EACS – Equipes de Agentes Comunitários de Saúde

EFTS – Escola de Formação Técnica em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica de Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB-RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PCCV – Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PEAB - Política Estadual da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNEP – Política Nacional de Educação Permanente

RETSUS – Rede de Escola Técnica do SUS

SAIS – Superintendências de Atenção Integral à Saúde

SAFTEC – Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SES – Secretarias Estaduais de Saúde

SM – Salário Mínimo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUPERH - Superintendência de Recursos Humanos

SUREGS – Superintendência de Gestão de Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde

SUVISA – Superintendência de Proteção e Vigilância à Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UFBA – Universidade Federal da Bahia

INTRODUÇÃO

Esse estudo pretende analisar o processo de trabalho da equipe de Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – DAB/SAIS/SESAB. O processo de trabalho destas equipes, que é desenvolvido no âmbito da gestão estadual, será analisado com foco na gestão do trabalho e da educação na saúde.

A aproximação com o objeto desse estudo deve-se à minha trajetória profissional que, predominantemente, desenvolveu-se em espaços de gestão da Atenção Básica, tanto municipais como estadual, na Bahia. A busca de desenvolvimento de habilidades e competências para atuar em espaços de gestão teve como marco importante a participação na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família (ISC-UFBA-SESAB, 2000).

Após a formação como sanitarista, das experiências vivenciadas na gestão, o desenvolvimento das atividades como supervisora de 14 (quatorze) Equipes de Saúde da Família, do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, em Salvador, suscitou inúmeros questionamentos acerca da necessidade de a gestão desenvolver tecnologias visando qualificar seus processos de trabalho. No acompanhamento às equipes, ainda que de forma pouco fundamentada, relacionava o baixo investimento no desenvolvimento dos trabalhadores e na organização dos seus processos de trabalho com as limitações da política de gestão do trabalho e da educação no SUS.

Essas inquietações persistiram quando atuei na gestão estadual da Atenção Básica, na DAB/SESAB, embora o processo de acompanhamento, nesse outro contexto, dava-se não mais entre os supervisores e as equipes de saúde da família, mas entre gestores dos diferentes níveis: regional e municipal, além da mediação com o nível federal. A política normativa que orientou a organização da Atenção Básica, na década de noventa e no início deste século - NOBs e NOAS – e objetivou induzir a mudança do modelo de atenção (priorizando a Atenção Básica), apesar dos avanços, não foi suficiente para atender às singularidades e à complexidade inerente à produção de saúde, na realidade das equipes de atenção básica/saúde da família.

Essa normatização tampouco foi eficiente, no sentido de estabelecer diretrizes a fim de orientar a gestão estadual - tendo em vista o foco na expansão/consolidação do processo de municipalização – a redefinir suas competências, na construção de uma rede de saúde solidária. Mesmo porque, para dar conta da complexidade e singularidade da produção de saúde é preciso incorporar tecnologias que as normas não conseguem abarcar. Considera-se tecnologias no sentido atribuído por Merhy, como um conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos – tecnologias duras; saberes e práticas estruturadas – tecnologias leves duras; e as tecnologias leves: trabalho vivo/ produção de serviços/ abordagem assistencial – modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização⁵.

A publicação da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB⁶ (Portaria GM nº 648/2006), além de outras definições, dispôs sobre responsabilidades de cada esfera de governo, incluindo as competências das secretarias estaduais de saúde. Como integrava a equipe da DAB/SESAB, nesse período, participei da elaboração da Resolução CIB-BA nº 167/2006 que complementava as diretrizes da política nacional às especificidades regionais da Atenção Básica no estado.

Em 2007, no início de uma nova gestão administrativa no estado da Bahia, atuei na Coordenação da Gestão da Educação na Saúde e, posteriormente, na Coordenação da Gestão do Trabalho, da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - DGETS, na Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH. Nessa oportunidade, participei do levantamento das demandas/necessidades de formação e qualificação de trabalhadores da saúde, nas cinco superintendências da SESAB; da realização de um censo para diagnóstico quantitativo e qualitativo do perfil da força de trabalho da SESAB; da revisão do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV dos servidores estaduais de saúde; da instalação da Mesa Estadual de Negociação Permanente, enfim da construção da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde⁷.

Essa experiência, além de possibilitar meu ingresso no mestrado profissional em Saúde Pública na área de Gestão do Trabalho e da Educação, ampliou meu olhar acerca dos processos de trabalho na Atenção Básica, sobre a implicação do desenvolvimento dos

trabalhadores na organização destes e vice-versa. Ao retornar à DAB/SAIS/SESAB, para a Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial, identifiquei o objeto desse estudo como uma possibilidade de refletir sobre uma micropolítica de desenvolvimento dos trabalhadores num espaço da gestão, a partir da análise do trabalho das equipes de apoiadores institucionais.

Essa análise permitirá também refletir sobre o trabalho prescrito, isto é o que está proposto pelas políticas normativas vigentes e as práticas concretas, ou seja, sobre o que e como está sendo efetivamente co-produzido, qual o investimento nessa/dessa equipe para a efetivação da Política de Atenção Básica e implementação dos princípios do SUS.

A reflexão sobre o processo de trabalho dos apoiadores institucionais da DAB/SESAB está baseada num conceito ampliado de trabalho, que não o restringe a um processo produtivo.

“Repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. O trabalho significando não somente um meio para assegurar o sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades.” (p.14)¹

A concepção de trabalho empregada nessa análise coaduna com o conceito proposto por Campos, uma atividade produtora de valores de uso, isto é, que tem haver com o sentido e significado do que é produzido e não apenas com o atendimento às necessidades sociais; e que se apóia na conformação de postos de trabalho que considerem a atividade laborativa como um caminho para a constituição de sujeitos e de coletivos, ou seja, da sociedade¹.

Para Campos o “valor de uso dos saberes e práticas em saúde está na defesa da vida das pessoas” (p.15)². A partir de contribuições de diversas ciências como a filosofia, a política, a psicologia e a pedagogia o autor propôs o Método da Roda, Método Paidéia, fazendo uma crítica ao Taylorismo e à racionalidade gerencial hegemônica. Este método que pretende integrar a produção de valores de uso à produção ou co-produção de

sujeitos e coletivos organizados (equipes), aplicado à gestão (ou co-gestão) implica no cumprimento de funções de caráter administrativo, político, pedagógico e terapêutico¹.

Segundo Campos o trabalho em saúde apresenta características peculiares, se comparado a outros modos de produção. Ele considera esse processo como um “encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder” (p.15)³.

Esse autor concebe o processo de trabalho em saúde como uma interação intersubjetiva, mensurada pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais, baseando-se na concepção de co-produção. Embora reconheça o desequilíbrio inerente às relações de poder em um espaço clínico ou sanitário, cuja desigualdade pode ser atenuada, mas nunca eliminada; sugere que todo “encontro” clínico ou sanitário é um “espaço coletivo” de produção de saúde³.

A produção de saúde é complexa, sendo igualmente complexo o seu objeto: o sujeito individual e coletivo, que dentro de uma visão mais ampliada - pois a biomedicina o reduz à doença e ao doente - incorpora à noção do processo de adoecer, o conceito de problemas de saúde (risco e vulnerabilidade), que agrega fatores biológicos, subjetivos e sociais. Essa produção desenvolve-se, no SUS, em dois âmbitos: na atenção e na gestão.

No trabalho em saúde, o emprego dado ao termo “gestão” possui diferentes significados. A organização do sistema, de forma hierarquizada, contempla três níveis de gestão: federal, estadual e municipal, cujos processos de trabalho se desenvolvem no âmbito das respectivas secretarias de saúde e unidades gestoras regionalizadas. Pode-se, entretanto, atribuir outro significado à “gestão” como uma dimensão da produção de saúde, que distingue as ações de planejamento e coordenação das políticas daquelas relativas à atenção ou assistência direta à saúde.

Campos faz uma crítica à centralização do poder existente nos métodos de gestão tradicionais e afirma que a gerência nos moldes das escolas administrativas assentam-se sobre a alienação dos trabalhadores o que permite a sobrevivência e desenvolvimento das organizações públicas e privadas. Para esse autor, a gestão pública, orientada pelo pensamento administrativo, aplica técnicas que produzem dominação e consenso,

reduzindo desejos e interesses dos trabalhadores à objetividade de projetos e eficiência na produção¹.

Continua explicando que a eliminação da subjetividade e a crença em haver uma melhor maneira de se realizar uma determinada atividade limitam a autonomia dos sujeitos/trabalhadores, assim como institui uma cultura institucional burocrática (não democrática/autoritária). Segundo Campos, a racionalidade gerencial hegemônica cobra disciplina, produtividade e dedicação. O controle sobre a autonomia dos trabalhadores gera a condição destes tornarem-se recursos manipuláveis, de acordo aos interesses dos gerentes, diretores, instituições e organizações¹.

Merhy ao analisar a micropolítica do *trabalho vivo* na saúde acrescenta que o paradigma de produção capitalista tem subordinado os trabalhadores a partir de um conjunto de tecnologias de gestão de processos de trabalho que permite capturar a autonomia do trabalhador no exercício do seu trabalho vivo, mas atenta para a necessidade de pensar o agir no âmbito das organizações de saúde como um lugar de transição tecnológica para um novo patamar produtivo⁴.

Ainda segundo Merhy, a caixa de ferramentas dos gestores de saúde “deve conter tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho”, uma vez que as organizações de saúde são espaços de “intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia com as normas e regras instituídas para o controle organizacional.” (p. 157;165)⁴

Portanto, esse estudo intenta analisar o processo de trabalho da equipe de Apoio Institucional, da Diretoria da Atenção Básica – DAB, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, sob a lente da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com objetivo de apresentar recomendações e contribuições à organização desse coletivo/equipe de gestores.

Os objetivos específicos são: conhecer o perfil dos apoiadores institucionais da Diretoria de Atenção Básica do Estado da Bahia; sistematizar as características do seu

processo de trabalho e dos espaços de educação permanente na agenda da equipe de Apoio Institucional e analisá-las à luz da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Alguns questionamentos nortearam a condução deste estudo/pesquisa: quais as características do processo de trabalho e de educação permanente dos apoiadores institucionais da DAB/SESAB? Como a gestão do trabalho e da educação na saúde vem sendo inserida nesse processo, na agenda desses apoiadores? Para respondê-los, e considerando o tempo disponível, optou-se metodologicamente por um estudo de caso.

Esse é um estudo de caso descritivo sobre o processo de trabalho de 17 trabalhadores, profissionais de saúde, que atuam na implementação do *apoio institucional*; eixo da política estadual de Atenção Básica e da organização dos processos de trabalho da diretoria. Este quantitativo representa 65% da equipe de apoiadores institucionais, que no momento do estudo contava com 26 (vinte e seis) trabalhadores.

No momento da pesquisa essa equipe de trabalhadores desenvolvia projetos/ações que incluíam a implantação/implementação: das linhas-guia/linhas de cuidado; dos Núcleos Microrregionais de Educação Permanente; da Fundação Estatal de Saúde da Família; do Projeto Saúde na Escola – PSE; dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; da avaliação e monitoramento dos projetos estratégicos; da seleção, formação e regularização dos vínculos dos ACS; além do incentivo à expansão da ESF através de apoio à construção de USF e implantação de novas equipes.

Para analisar o processo(s) de trabalho dos apoiadores institucionais da DAB/SESAB, optou-se, inicialmente, por caracterizar o perfil dessa força de trabalho da gestão estadual da Atenção Básica, identificar questões de gênero, idade, escolaridade, experiência profissional, bem como, vínculos empregatícios, estabilidade no emprego, jornada de trabalho e rendimento.

Para alcançar os objetivos desse trabalho foram utilizados os seguintes métodos: análise de questionários auto-aplicáveis e uma oficina pedagógica. Constituíram fontes para esse estudo: portarias, resoluções, relatórios, apresentações, bem como alguns planos de ação e planilhas eletrônicas utilizadas pelos apoiadores para o registro e

acompanhamento de processos e projetos, alguns destes instrumentos, desenvolvidos pela própria equipe.

Embora esta tenha sido uma importante etapa desse estudo, igualmente o foi uma maior aproximação com o referencial teórico que fundamentava o seu trabalho, sempre esteve presente no discurso dessa equipe os conceitos de Campos e, principalmente de Merhy, que atuou como consultor da diretoria durante a implantação de um novo modelo de gestão como veremos adiante.

Para coletar as informações sobre o perfil, o processo de trabalho e de educação permanente, escolheu-se a auto-aplicação de um questionário semi-estruturado à equipe de apoiadores (Anexo 1). O instrumento contém 36 (trinta e seis) questões distribuídas da seguinte forma: identificação pessoal (1 a 6); perfil profissional (7 a 15), caracterização do vínculo (16 a 18) e avaliação do trabalho (19 a 35). A questão 36 constitui um espaço para complementação de alguma resposta, caso necessário.

A escolha pela auto-aplicação do questionário deveu-se pela própria dinâmica do trabalho da equipe, que contempla muitas viagens para os municípios do estado, bem como, maior comodidade ao dispensar a realização de entrevista presencial. Durante sua aplicação foram esclarecidas algumas dúvidas, por e-mail e ou reuniões. Alguns apoiadores responderam em cópia eletrônica e devolveram o instrumento via e-mail, a maioria respondeu manualmente. Os 17 (dezessete) questionários foram sistematizados numa planilha do Excel.doc.

No sentido de complementar os dados coletados através desse instrumento, foi realizada uma oficina, sendo que esta contou com a participação de apenas 06 apoiadores institucionais. Essa oficina foi realizada no dia 09 de novembro de 2009, no Auditório da Escola de Formação Técnica Prof. Jorge Novis – EFTS, e teve como principal objetivo: discutir os resultados preliminares dos questionários respondidos, experimentando o método da roda.

A oficina teve um caráter pedagógico, além de constituir um espaço de pré-divulgação dos resultados. A realização dessa “roda” estimulou uma reflexão coletiva dos

apoiadores sobre seus processos de trabalho, permitiu observar diretamente a aplicação do método e introduzir conceitos de gestão do trabalho e de educação para a equipe.

O processo de trabalho dos apoiadores institucionais da DAB/SESAB foi analisado segundo as categorias: perfil da equipe (pessoal e profissional: formação e ocupacional: vínculo, condições de trabalho) e processo de trabalho e educação permanente (instrumentos/ferramentas utilizadas e não utilizadas, processos educativos formais e informais).

No que se refere aos aspectos legais, o projeto desse estudo foi submetido ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ; todos os participantes envolvidos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2), conforme resolução CNS 196/96, autorizando sua participação. O resultado dessa análise será apresentado para toda a equipe da diretoria, em sessão temática, visando contribuir com o planejamento das ações da mesma, no que diz respeito ao processo de apoio institucional, e principalmente com propostas às demandas para o desenvolvimento desses trabalhadores.

No primeiro capítulo, será discutida a gestão da Atenção Básica e a PNAB que instituiu as competências da gestão estadual; sua implementação, seus limites e potencialidades diante de responsabilidades que devem ser compartilhadas e complementadas pelas diversas instâncias que compõem a rede de saúde e a necessidade de propor um novo modelo de gestão que responda a essa realidade.

Ainda no primeiro capítulo será apresentado o modelo a partir do qual a gestão estadual da saúde se estruturou e se organizou para gerir essa política, a implantação e implementação de uma Política Estadual de Atenção Básica – PEAB⁸, que se propôs a considerar especificidades regionais; tendo o Apoio Institucional como um dos eixos principais desta política, o qual pretende re-orientar a organização e o modelo de gestão da DAB/SESAB.

No segundo capítulo será abordada a implantação do Apoio Institucional como uma inovação tecnológica, tomando o conceito adotado pelo campo da ciência e tecnologia,

apresentado pelo professor José Maldonado, inovação como a utilização prática de uma nova idéia que se distingue de invenção, cujo significado é a criação de uma nova idéia⁹. A inovação pode ser representada por um produto, um processo ou uma organização. As inovações podem ser classificadas como radicais, quando há uma ruptura da forma anterior, ou incrementais, quando são feitas modificações contínuas para adequação, aperfeiçoamento e qualificação⁹. O Apoio Institucional da Atenção Básica na Bahia pretende ser um exemplo de inovação organizacional incremental do processo de trabalho na gestão.

Serão analisados, no terceiro capítulo, alguns pressupostos conceituais do apoio, a ressignificação do processo de supervisão, anteriormente desenvolvido pela gestão. Será caracterizado o perfil da equipe de Apoio Institucional: pessoal e profissional, de formação e atuação; as formas através das quais estão vinculados ao trabalho; a dinâmica do trabalho, o diálogo com a gestão municipal, como são identificadas as demandas para o apoio, como estas têm sido processadas: percebidas, interpretadas, compreendidas e respondidas; como o apoio efetivamente tem-se desenvolvido; suas ferramentas, seus instrumentos, particularmente no que diz respeito à gestão do trabalho e da educação.

Nesse capítulo será abordada a dimensão do trabalho em equipe do Apoio Institucional, as rodas de educação permanente, um espaço de aprendizagem, onde circulam informações, mas também afetos, ideologias, vínculos; onde são elaborados contratos e projetos de intervenção; onde processos de trabalho, inclusive de educação (formação, qualificação) são refletidos, planejados e avaliados; enfim, onde se produz, constituindo-se, e ao mesmo tempo, se constitui, enquanto sujeitos-objetos, produzindo.

No quarto e último capítulo, faz-se uma análise do processo de trabalho da equipe de Apoio Institucional, à luz da gestão do trabalho e da educação, estabelecendo um diálogo entre as informações sobre a realidade dessas equipes e os conceitos, princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS¹⁰.

Com isso, pretende-se contribuir com a *reforma da reforma*¹, processo que propõe reformulação da forma de organizar a atenção à saúde na área pública, bem como dos métodos de planejamento de gestão e da prática dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO 1. APRESENTANDO O CONTEXTO

1.1. GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Autores clássicos da administração definem “gestão” como o processo de gerir – ou administrar – que significa dirigir, conduzir, coordenar, organizar. Souza cita Garcia e apresenta um conceito de gestão pública da saúde classificando-a em: macro-gestão, referindo-se às ações de formulação e implantação de políticas; meso-gestão, relacionando às atividades de condução de uma organização (instituição, secretaria, etc) e micro-gestão, relativa às tarefas de coordenação dos processos de trabalho desenvolvidos em uma organização¹¹.

Para Souza, essa classificação pode ser aplicada aos diferentes níveis de gestão ou esferas de governo. Ele as considera atividades-fins do processo de gestão e as categorizam em quatro grupos, relacionando-as ao que ele considera os objetivos gerais da gestão: sustentação social do projeto político; viabilização institucional do projeto político; fortalecimento da condução técnica da organização e coordenação dos processos administrativos. (p.2-3)¹¹

A presente análise, que pretende focar na gestão do trabalho e da educação, não está restrita à dimensão administrativa, pois o processo de trabalho do Apoio Institucional na DAB/SAIS/SESAB envolve todas as dimensões citadas.

Ainda recorrendo à Souza, compreende-se a gestão não apenas como um espaço de disputa política na sociedade, mas de investimento na condução de organizações e na coordenação de diversos processos de trabalho¹¹. Gestão, portanto, constitui um aspecto inerente a toda e qualquer atividade do trabalho em saúde. Todo trabalho, seja ele individual ou coletivo, envolve a gestão de processos.

Para Barros e Benevides, pensar a gestão em saúde é pensar modos de produção comprometidos com a vida. Segundo essas autoras, a gestão em saúde passa, necessariamente, em lidar com sujeitos, processos de trabalho, poder e políticas públicas. Gestão, portanto não seria apenas organização do processo de trabalho, mas como esses elementos se intercedem. (p.62-63)¹²

Barros e Benevides acreditam não ser possível pensar/propor a gestão em saúde - seja a gestão do sistema, seja a dos serviços, seja a gestão da atividade - sem levar em conta como as políticas se constroem e o que nelas se reafirma como público (p.65)¹². “Se a gestão é função de gerir, melhor seria então dizer co-gerir, pois se trata de co-engendramento do processo de trabalhar (nesse caso produzir saúde) e de subjetivar (produzir trabalhadores)”. (p. 81)¹³

Segundo Onocko, a gestão pode ser entendida como um processo – modo de operar, um modo de produzir, no qual se trabalha para abrir possibilidades de existência ao acontecimento. Para essa autora, pode-se pensar a gestão como permanente produtora de processos de institucionalização, trabalhando sempre entre a ordem que sustenta a operatória de processos produtivos e a desordem dos processos criativos e de mudança. (p.146-147)¹⁴

No mesmo sentido, Campos propõe um conceito de gestão como função gerencial, política, pedagógica e terapêutica (p. 187)¹. Campos, assim como Onocko, trata a gestão da saúde numa perspectiva ampliada, integrando seus diferentes significados, seja nos aspectos gerenciais (de secretarias, instituições, unidades e serviços de saúde), seja no âmbito dos processos de trabalho em saúde, a partir do trabalho em equipe, da relação gestor-gestor, gestor-trabalhador, trabalhador-trabalhador, trabalhador-usuário, gestor-usuário, enfim aspectos intrínsecos aos mais diversificados processos de produção de saúde.

A atenção representa um conceito mais ampliado, no qual estaria inserida a atividade de assistência ou atendimento. Utilizaremos atenção e assistência como sinônimos, apenas distinguindo “atenção”, enquanto categoria do cuidado, de “Atenção” referindo-se ao nível de Atenção no SUS.

A Atenção Primária à Saúde – APS foi apontada na Declaração de Alma Ata (1978) como a principal estratégia para o alcance de promoção e assistência à saúde de todos os indivíduos e pode ser interpretada como: atenção primária seletiva; nível primário do sistema de serviços de saúde e estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

Gil confirma essas três formas de interpretar a APS e observa que a terminologia atenção primária, no Brasil, foi contaminada pelo ideário neoliberal racionalizador (baixo custo, pacote básico), tendo-se adotado atenção básica por guardar maior consonância com “os rumos da política de saúde, do próprio SUS, da concepção de política setorial que se quis imprimir no país.”(p. 1.179)¹⁵

Vasconcelos apud Carvalho considera que a diferença entre os termos atenção primária e atenção básica, não é apenas uma questão de semântica, mas de ideologia; sendo o termo “atenção básica” utilizado na perspectiva de pacote básico de prestação de serviços, enquanto “atenção primária” viria a definir o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. (p. 24)¹⁶

Apesar das diferentes interpretações e concepções que envolvem os termos Atenção Primária à Saúde - APS, reconhecido internacionalmente, e Atenção Básica à Saúde - ABS, expressão mais utilizada no Brasil, utilizaremos essa última por ser a que consta no documento da Política Nacional, que caracteriza a Atenção Básica como:

“...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (p. 2)⁶

Não é incomum a utilização dos termos APS e ABS como sinônimos, na perspectiva de unidades locais e nível de atenção. Seus conceitos, quando abordados enquanto modelos de atenção à saúde e de organização do trabalho em saúde, apontam três modelos distintos: vigilância à saúde, ações programáticas e em defesa da vida.

O Modelo da Vigilância à Saúde fundamenta-se na organização das ações a partir do território e problemas de saúde. O Modelo das Ações Programáticas busca equilíbrio entre a demanda espontânea e a oferta organizada e usa a epidemiologia para priorização das ações de saúde. E o Modelo em Defesa da Vida tem seu foco voltado aos processos de trabalho em saúde, investe em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo¹⁵.

Para Gil, esses referenciais privilegiam reflexões desde os microprocessos do trabalho em saúde (em defesa da vida), passando pelos macroprocessos de organização dos serviços (ações programáticas), até as macropolíticas de organização do sistema (vigilância à saúde)¹⁵.

Em estudo realizado a partir da revisão dos principais documentos normativos: NOBs, NOAS, Leis Orgânicas, Relatórios Finais da 7ª à 12ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde - CNRH e da Norma Operacional de Recursos Humanos - NOB/RH/SUS, Gil identifica a Estratégia de Saúde da Família - ESF como eixo reorientador das práticas e reorganizador do modelo assistencial¹⁵.

Ainda segundo Gil, a Saúde da Família se apóia no modelo da vigilância à saúde, o que pode ser compreendido pelos princípios gerais atribuídos à estratégia. Entretanto, na prática, observa-se no trabalho das equipes de saúde da família, os três modelos ou estratégias coexistindo¹⁵.

As propostas do modelo em Defesa da Vida estão sendo incorporadas à ESF para produzir mudanças no interior do sistema e transformação das pessoas e de suas práticas a partir do acolhimento, do vínculo, do contrato e da autonomia dos sujeitos na organização progressiva do cuidado, e este convive com o modelo da Vigilância da Saúde e das Ações Programáticas que o complementam.

Campos afirma que “no Brasil, há dificuldade com a ABS, tanto na gestão, nas práticas clínicas quanto no mais amplo da política do SUS”. A ESF, enquanto estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica atravessa muitos desafios: a dificuldade em consolidar-se nos grandes centros urbanos, práticas profissionais com visão reducionista do processo saúde-doença, contribuindo para fragmentação do

cuidado e dificuldade na formação de vínculo, no desenvolvimento de uma abordagem familiar e do trabalho em equipe¹⁷.

A baixa efetividade da Atenção Básica, antes atribuída, principalmente à falta de estrutura das/nas unidades e serviços, hoje tem como causa mais relevante a política de pessoal, que reflete desde o sistema precário de contratação predominante, até a baixa oferta e oportunidade para formação especializada, assim como déficit de oferta de processos de educação permanente formal e informal.

“A maioria dos médicos, enfermeiros e dentistas não têm formação especializada em saúde da família, ou em saúde coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam tampouco com apoio técnico institucional.”(p.147)¹⁷

Na gestão, podem-se identificar igualmente, diversos desafios no que se refere ao predomínio de uma lógica quantitativa da produção de saúde, excessiva normatização, grande dependência dos serviços secundários e baixa capacidade de avaliação e de inovação gerencial¹⁷.

Para vencer os desafios postos, a gestão da Atenção Básica à Saúde, além de um importante investimento em estrutura, oferta de condições adequadas de trabalho, deve investir numa política de recursos humanos, ou melhor, de gestão do trabalho e de educação que promova a desprecarização de vínculos, evitando assim a descontinuidade da atenção, a baixa vinculação, decorrente da alta rotatividade de trabalhadores e gestores, principalmente médicos, bem como a efetivação de estratégias de educação permanente para o desenvolvimento de trabalhadores com perfil adequado.

1.2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: O PAPEL DA GESTÃO ESTADUAL

As Normas Operacionais Básicas (NOBs 91, 93 e 96) foram instrumentos que regularam o processo de descentralização e trataram eminentemente da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e transferência de recursos federais para estados e municípios¹⁸.

Com caráter essencialmente municipalista, se por um lado as NOBs geraram avanços na implementação do SUS nos anos 90, no que diz respeito à descentralização e relação entre gestores como “a transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e; principalmente, municípios e o estabelecimento das comissões intergestores (CIB - Comissão Intergestores Bipartite e CIT - Comissão Intergestores Tripartite) como instâncias efetivas de negociação e decisão”; por outro lado são reconhecidas como dificuldades nesse processo, a “imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema e os conflitos acentuados e a competitividade entre gestores nos diversos níveis.” (p.271)¹⁸

Com a criação das CIBs, a coordenação do processo de descentralização nos estados não se constituiu uma atribuição exclusiva da instância estadual, pois estas comissões garantem a participação da representação municipal, submetendo à negociação, decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto de serviços de saúde. Portanto, para os estados, as NOBs tiveram um impacto diferente daquele observado para os municípios.

“... é preciso considerar que a NOB SUS 01/93 apesar de redimensionar o poder de transferência dos estados na condução da política de saúde, não apontou para soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, nem definiu e garantiu os recursos e instrumentos necessários à sua implementação.” (p. 278)¹⁸

A NOB SUS 01/96 adotou como estratégia principal de promoção e reorganização do modelo de atenção à saúde a ampliação de cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS (2001/2002) tratam também, além de questões que já vinham sendo abordados nas NOBs, de outros aspectos da organização do sistema de saúde, como por exemplo, a regionalização.

Apesar das dificuldades de implementação de muitos dispositivos das NOBs, anteriormente editadas, pôde-se observar avanços no modelo de descentralização adotados pela política de saúde em direção à municipalização da gestão e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal¹⁸.

Paralelamente, consolidaram-se os espaços de negociação intergestores (CIB e CIT) como fóruns de operacionalização de políticas, programas e projetos nacionais, onde se criam regras e os instrumentos necessários aos relacionamentos entre as esferas de governo para organização e funcionamento do sistema de saúde¹⁸.

A Portaria GM nº 648⁶, de 28 de março de 2006, que pode ser considerada uma revisão normativa, visto que a organização da Atenção Básica foi também orientada pelas NOBs e NOAS; regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, reafirmando a ESF como modelo de atenção básica e como ordenadora das redes de atenção à saúde.

O PSF avançou de *programa* para *estratégia* devido, em parte, ao acúmulo decorrente do debate e experiências em torno desses referenciais. Campos relaciona a mudança estabelecida da expressão *programa* de saúde da família para *estratégia* de saúde da família, no entendimento de que todo programa se torna uma política, um programa denota um status provisório, ao passo que política denotaria algo estável e sustentável do ponto de vista da organicidade institucional.(p.145)¹⁷

Recentemente, foi publicada a Portaria GM Nº 2.048, de 03 de setembro de 2009, que aprovou o Regulamento do SUS. Esse documento elaborado pela Comissão Permanente de Consolidação de Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde de 1989 à 2007, revogaria dentre outras portarias, a Portaria 648/2006, dispondo no Capítulo II – Da Atenção à Saúde, da Seção II – Da Assistência à Saúde, na Subseção I – Da Política Nacional de Atenção Básica – art. 169 e 170 do referido regulamento:

“Art. 169. A Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação, da implantação e da operacionalização vigentes, está aprovada nos termos constantes do Anexo XXIV a este Regulamento.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas da Política Nacional de Atenção Básica¹⁹.”

Contudo, essa portaria entrará em vigor apenas em 04 de setembro de 2010, um ano após sua publicação, como disposto na Portaria GM Nº 2.230²⁰, de 23 de setembro de 2009, que estabelece o prazo de seis meses para as unidades do Ministério da Saúde manifestarem-se sobre eventuais omissões ou exclusão dos dispositivos que considerarem revogados.

Retornando à discussão da PNAB, a partir do que está em vigor; nesta, define-se como princípios gerais: a hegemonia da ESF na ABS, a abordagem familiar e comunitária da ESF, planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de saúde de forma pactuada com a comunidade e com vistas a promover cidadania. Define também as responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF, considerando o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão⁶.

Dentre as responsabilidades de cada esfera de governo, das vinte e duas competências atribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde – SES, sistematizadas no documento da política, para finalidade dessa análise, destacam-se cinco delas:

“VI – prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família, com orientações dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VIII – desenvolver mecanismos técnicos e estratégicos organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XIX – disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX – articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de Saúde da Família;

XXI – promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica. “(p. 4-5)⁶

Das competências atribuídas à esfera estadual estão: assegurar o cumprimento dos princípios gerais, acompanhando, avaliando e monitorando a referida política, por meio de assessoria técnica, intermediando o município e o MS.

A PNAB propõe a criação de metas e mecanismos de acompanhamento das ESF, de infra-estrutura das UBS, dos recursos humanos, do cadastramento das unidades, do processo de trabalho das equipes, das atribuições dos seus membros e do processo de educação permanente.

Foram sistematizadas seis competências das SES, especificamente relacionadas à Saúde da Família, na PNAB, Capítulo II, dá-se ênfase a:

“IX – prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da Saúde da Família;

X – articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado, estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs;” (p. 9)⁶

Em relação à educação permanente, através de publicação específica (Portaria GM N° 2.527, 19/10/2006)²⁸ foram estabelecidas as condições e os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para os profissionais da Saúde da Família: Atenção Básica no contexto das políticas de saúde e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial; o processo de trabalho das equipes; e atuação interdisciplinar e participação popular. (p. 1)²¹

O Ministério da Saúde, objetivando regulamentar de forma integrada a gestão das políticas públicas de saúde, incluindo a Política de Atenção Básica, lançou o Pacto pela Saúde (Portaria GM nº 699/2006)²² formado por três componentes: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida (Pacto Unificado de Indicadores da Atenção Básica e Vigilância) e o Pacto de Gestão, através do qual modifica as formas de habilitação da gestão definidas nas normas operacionais básicas e normas de assistência à saúde, orientando um processo de pactuação de responsabilidades sanitárias intergestores.

No Pacto de Gestão, as responsabilidades sanitárias foram organizadas em sete eixos: **Gerais da Gestão do SUS**; Regionalização; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; **Gestão do Trabalho**; **Gestão da Educação** e Controle Social. Os entes federados do SUS assumem tais responsabilidades sanitárias através de um termo de compromisso. No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, no eixo das responsabilidades gerais da gestão, entre outras está:

“1.6. Apoiar, técnica, política e financeiramente a gestão da Atenção Básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.

1.11. Realizar o acompanhamento e a avaliação da Atenção Básica no âmbito do território Estadual²².”

Os eixos Gestão do Trabalho e Gestão da Educação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual trazem, respectivamente, como responsabilidades sanitárias:

“5.6. Propor e pactuar diretrizes para política de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a Atenção Básica.

6.3. Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS²².”

Compreende-se desenvolvimento dos trabalhadores de acordo com o conceito apresentado pela NOB-RH/SUS:

“... atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população com acolhimento, qualidade e resolutividade à população usuária do SUS... terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania.” (p.31)¹⁰

A implementação de novas políticas no SUS tem exigido uma maior capacidade institucional das secretarias estaduais de saúde para o exercício de suas funções. O momento atual coloca novas demandas que exigem novas tecnologias e metodologias de gestão. Campos alerta que a capacidade da rede básica (ABS) em resolver os problemas de saúde depende da adoção de um modelo organizacional que permita o cumprimento das diretrizes da PNAB¹⁷.

O modelo organizacional proposto por Campos ordena-se com base no trabalho em equipe interdisciplinar; responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuário; abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, a busca da ampliação do cuidado na atenção básica e reformulação do saber e da prática tradicional em saúde¹⁷.

Uma importante conquista a ser lembrada no âmbito da gestão do trabalho e da educação na Atenção Básica foi a regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde – ACS (Lei 11.350, 05/10/2006)²³ que dispôs sobre a condição de vinculação direta da categoria com o poder público e estabeleceu como requisito para o seu exercício uma formação específica. A publicação dessa lei desencadeou um processo de desprecarização (proteção social) do vínculo empregatício desses trabalhadores, bem como de qualificação para o desenvolvimento de suas atribuições²³.

Há problemas estruturais da ESF, no que diz respeito aos trabalhadores que compõe as equipes. Como analisaram Rodrigues e Araújo, “a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada; quando assumida de forma integral, ela exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos”²⁴.

Embora a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB tenha atendido a algumas expectativas, definindo as competências das secretarias estaduais de saúde, que representam responsabilidades a serem assumidas; na Bahia, elaborou-se ainda em 2006, a Resolução CIB-BA nº 167/2006 que complementava as diretrizes da política nacional às especificidades regionais do estado, sendo substituída, posteriormente pela Resolução CIB-BA nº 91/2008²⁵.

Essa resolução complementa as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica no que diz respeito às especificidades do estado, e recomenda às coordenações municipais da Atenção Básica:

“[...] que essa Coordenação integre às práticas de gestão também as ações de educação permanente e de **apoio institucional** às equipes de trabalhadores da Atenção Básica, realizando assim uma gestão mais próxima das dificuldades e do cotidiano dos trabalhadores, interessada na mudança do processo de trabalho necessária à efetiva transformação do modelo de atenção e, na perspectiva de uma gestão integral, sendo a área da gestão do município responsável por abordar em conjunto os problemas e desafios de organização e qualificação da atenção básica, bem como de articular de modo integrado as ações necessárias para superá-los²⁵.”

Além de ratificar as atribuições da gestão estadual na PNAB, algumas apresentadas anteriormente, essa resolução traz outras responsabilidades, dentre as quais:

“4 - DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA:

X. Planejamento e avaliação local, organização da oferta de serviços, agenda de ações de saúde e consultas compartilhadas por toda a equipe, processos variados de identificação das necessidades de saúde em diálogo com a comunidade e outros setores, **educação permanente**, ações de integração entre a atenção individual e coletiva, regulação local dos encaminhamentos e solicitações, gestão do cuidado e acolhimento como disposições e ferramentas do processo de trabalho;

XI. Supervisão, acompanhamento e **educação permanente** dos ACS realizada de modo integrado por toda a equipe e, mais especificamente, preferencialmente pelo Enfermeiro podendo, porém, ser desenvolvida por qualquer um dos profissionais de nível superior da equipe.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

IV. Recomenda-se que o Curso Introdutório das ESF seja o acolhimento inicial do profissional num processo mais amplo de educação permanente necessariamente articulado às ações de implantação, transformação e desenvolvimento do processo de trabalho do conjunto das equipes e da organização das ações e serviços da atenção básica no município²⁵.”

A DAB/SAIS/SESAB para responder a essas competências, responsabilidades e atribuições, organizou um processo de trabalho que será discutido a seguir.

1.3. GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA: A SAÚDE DA FAMÍLIA DE TODOS NÓS

O Apoio Institucional, como um dos principais eixos da PEAB, é responsável pela implementação dessa política, através de pactuações que considerem às especificidades locorregionais; ampliação da interlocução do estado com o conjunto dos atores que implementam o SUS; democratização e publicização dos processos decisórios; disseminação da educação permanente como ferramenta de gestão e para a gestão e fortalecimento e construção de autonomia nas gestões municipais e regionais.

A análise do processo de trabalho da equipe de Apoio Institucional com foco na gestão do trabalho e da educação a partir dessa proposta de co-gestão da Atenção Básica poderá contribuir com a implementação das atribuições institucionais que competem à secretaria estadual, dentre as quais promover a produção de conhecimentos, a transformação de processos de trabalho a partir da mobilização de sujeitos para a reflexão e qualificação de suas práticas.

A Bahia é um estado com uma extensa área territorial de 571.337 Km² onde estão distribuídos 417 (quatrocentos e dezessete) municípios, ou seja, possui 417 Secretarias Municipais de Saúde – SMS; regionalizadas em 09 (nove) macrorregiões, 28 (vinte e oito) microrregiões, com 31 (trinta e uma) Diretorias Regionais de Saúde – DORES, onde vivem e trabalham cerca de 14 milhões de pessoas²⁶. No atual Plano Diretor de Regionalização Estadual - PDR, não houve sobreposição dos territórios que correspondem aos municípios da área de gestão das DORES (territorialização baseada numa antiga divisão político-administrativa do Estado) aos das microrregiões; portanto, em dois casos, duas DORES compõem uma mesma microrregião, sendo que um dos municípios onde estão localizadas essas diretorias sedia a microrregião de saúde. (Apêndice 1)

A partir de 2007, a SESAB organizou-se em cinco superintendências: Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde - SUREGS, Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde - SUVISA, Superintendência de Assistência Farmacêutica Ciência e Tecnologia em Saúde – SAFTEC, Superintendência de Recursos Humanos em Saúde - SUPERH, além da Superintendência de Atenção

Integral à Saúde – SAIS, à qual está vinculada a Diretoria de Atenção Básica - DAB. (Apêndice 2).

A equipe gestora da DAB, por sua vez, iniciou também em 2007, um processo de reestruturação e reorganização da diretoria, a fim de responder aos problemas da Atenção Básica, diagnosticados e reconhecidos naquele momento: “baixa cobertura de acesso e inclusão; exclusão de determinadas populações e de certas necessidades de saúde - casos tidos como “não PSF”; serviços desacolhedores, processos de trabalho inadequados; hegemonia do modelo tradicional; baixa qualidade da atenção e insatisfação dos usuários; baixa resolutividade da Atenção Básica; não superação de problemas de saúde prevalentes, simples, vulneráveis; e baixa capacidade de gestão e de mudança locorregional”²⁷.

Para superar esses desafios a diretoria investiu na formação de espaços coletivos (Método da Roda) que compreende a construção de lugares e de tempos por meios dos quais as Equipes, de fato, possam interferir nos sistemas produtivos.

Os objetivos básicos do Método da Roda são o fortalecimento dos sujeitos e a construção de democracia institucional. Democracia como possibilidade de exercício do poder: acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. Democratizar as relações implica na capacidade dos coletivos de produzir necessidades para si mesmo e para os outros¹.

Assim, com o intuito de organizar o coletivo da DAB/SESAB, partindo da própria equipe e contando, posteriormente com o apoio de uma consultoria, foram realizadas diversas oficinas na medida em que se foi implantando um novo modelo de gestão, que implicou na reorganização de processos de trabalho a partir de espaços de reflexões e decisões que foram sendo construídos.

Partiu-se do resgate da história de vida de cada técnico da diretoria na construção do SUS na Bahia, englobando relações interpessoais e propostas para a constituição do ambiente de trabalho, sendo assim reconstruída a missão da diretoria:

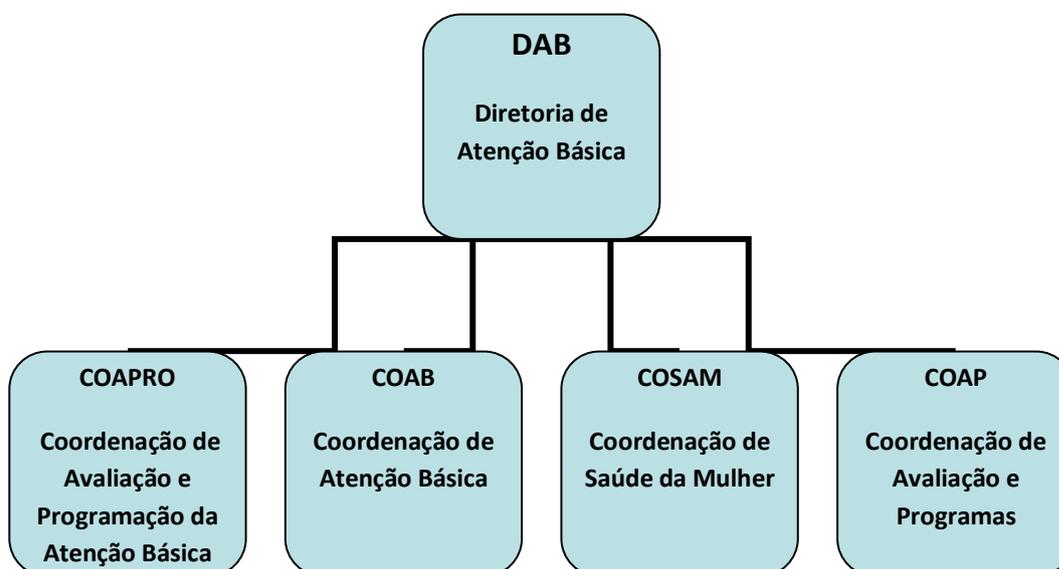
“Acompanhar, monitorar e avaliar os municípios, apoiando-os na organização da Atenção Básica, através da cooperação técnica e financeira, contribuindo para a reorientação do modelo assistencial à saúde, norteado pelos princípios do SUS

(universalidade, integralidade, controle social e equidade), a fim de promover saúde à população do estado da Bahia.”⁵

A missão indica a finalidade principal, ou seja, o que explica e dá significado ao espaço organizacional, justificando o conjunto de práticas (meios) realizadas (p. 136)¹. O coletivo organizado da DAB, empenhou-se em reinventar a diretoria, implementando um novo desenho organizacional, inventando novos modos de interagir e trabalhar⁵.

Após a identificação dos principais problemas e desafios, reflexões sobre os processos de trabalho e como estes eram geridos, desencadeou-se a implementação de um novo modelo de gestão, que partiu da revisão do organograma da diretoria.

Figura 1 – Organograma da Diretoria de Atenção Básica da SESAB antes de 2007



Fonte: DAB/SESAB, 2007.

A DAB era uma das diretorias da Superintendência de Planejamento – SUPLAN; com a criação da Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS, as Coordenações de Saúde da Mulher e de Avaliação e Programas saíram dessa diretoria e passaram a compor a Diretoria de Gestão do Cuidado - DGC. Na Diretoria de Atenção Básica surge a Coordenação de Gestão de Projetos – COGEP.

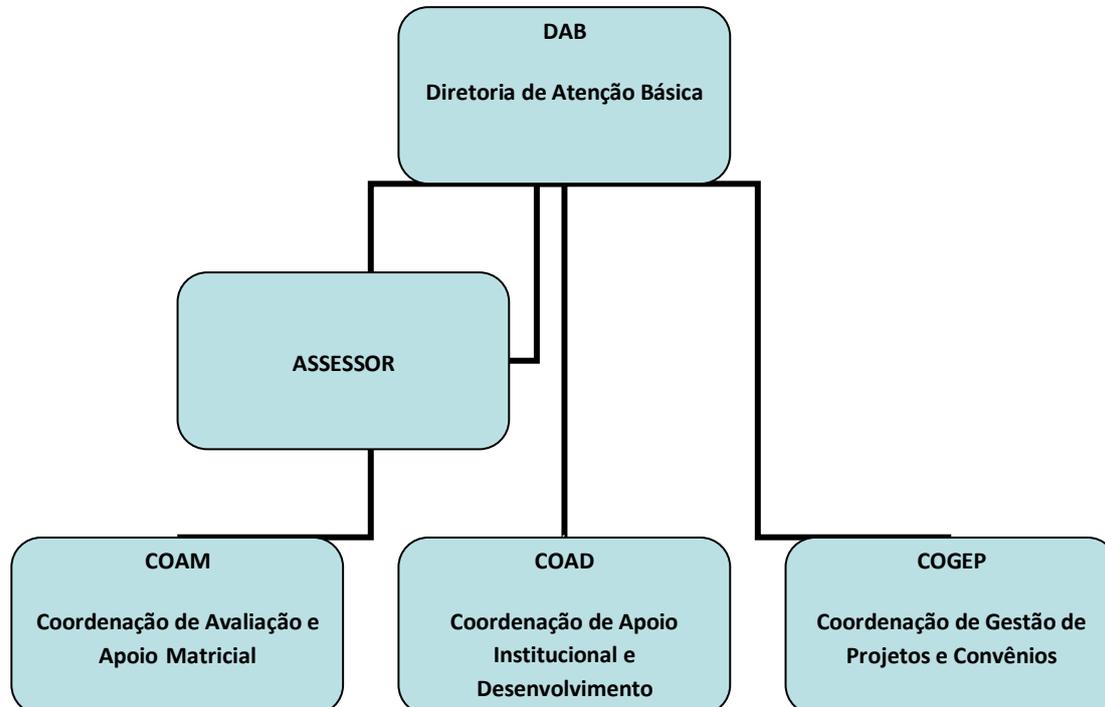
À Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial - COAM, além de coordenar e desenvolver o processo de apoio matricial à Coordenação de Apoio e Desenvolvimento

da Atenção Básica – COAD, compete identificar as necessidades de educação permanente, capacitação e formação da equipe técnica da DAB e de gestores, trabalhadores e usuários da Atenção Básica, formulando políticas e propondo ações, de modo articulado à Superintendência de Recursos Humanos e desenvolver pesquisas e estudos técnicos e científicos com parcerias intra e interinstitucionais com a finalidade de produzir, armazenar e difundir conhecimento especializado na Atenção Básica, entre outras²⁸.

À COAD cabe adotar medidas para que os municípios assumam efetivamente suas responsabilidades na Atenção Básica. Das suas responsabilidades e atribuições pode-se destacar a de desenvolver apoio institucional e matricial aos gestores das DIRES e municípios, considerando como um dos eixos dessa relação, uma prática de educação permanente comprometida com a ampliação da autonomia desses gestores²⁸.

Então propôs-se um novo desenho organizacional baseando-se nas discussões e na nova missão construída.

Figura 2 – Organograma Atual da Diretoria de Atenção Básica da SESAB



Fonte: DAB/SESAB, 2007.

A proposta do novo modelo de gestão, ou melhor, de co-gestão da DAB - co- gestão aqui entendida como gestão da organização que se dá pela ação gestora efetiva de cada unidade de produção em si e de todas ao mesmo tempo⁴ – contempla algumas unidades de produção (UP). Cada UP possui um objeto de atenção e uma composição, de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 1 - Objeto de atuação e composição das Unidades de Produção da DAB/SESAB

Unidade produtiva	Objeto de atuação	Composição
CoLex	Colegiado deliberativo da diretoria. Articula, decide e delega sobre as principais pautas da DAB.	Representantes de cada coordenação, da comunicação social e da UGE
UGE	Unidade de gestão estratégica de acompanhamento dos GT's e das articulações externas da DAB	Coordenador e técnicos da DAB
GT's	Grupo de trabalho que acompanha, articula e delibera sobre projetos estratégicos da DAB (GT -Expansão com inclusão social, GT- ACS, GT – SUS é uma escola, etc)	Técnicos da DAB
COAM	Responsável pela Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	Coordenador, Técnicos e apoio administrativo
COAD	Responsável pelo desenvolvimento da Atenção Básica	Coordenador, Técnicos e apoio administrativo
AI	Responsável pelo desenvolvimento da Atenção Básica através do apoio institucional. Está dividida por macro regiões da Bahia	Técnicos da COAD
DIRES	Responsável pelo desenvolvimento da Atenção Básica através do apoio institucional	Técnicos das DIRES

Fonte: DAB/SESAB, 2008.

A formação de Grupos de Trabalho – GT tem como objetivo a discussão, elaboração e produção de conhecimentos acerca de temáticas estratégicas para a Política Estadual de Atenção Básica. Os GTs contam com a participação de apoiadores institucionais, além de outros sujeitos que formam o coletivo da diretoria, podemos citar: GT Agentes Comunitários de Saúde; GT Fundação Estatal da Saúde da Família; GT Saúde da

Família pra Valer; GT SUS é uma Escola; GT Linhas Guia; GT Linhas de Cuidado; GT Expansão e Consolidação com Inclusão.

A organização das UPs é tão dinâmica, que atualmente, não mais funciona a UGE e foi organizada uma nova UP, o Colegiado Ampliado – COLAM. Da mesma forma, o GT Fundação Estatal Saúde da Família – FESF (em torno dos quais discute-se a transitoriedade e a permanência em relação à temática), tinha como objetivo elaborar a proposta da fundação, enquanto novo modelo jurídico na gestão pública; entretanto, com a instituição da mesma em 04 de maio de 2009, e posterior instalação da sede, que repercutiu na transferência de parte do quadro da DAB para o quadro de pessoal da FESF, fez com que esse GT revisse sua finalidade. Ao mesmo tempo e do mesmo modo, foi conformado um GT Intersetoriais – sobre projetos intersetoriais que envolvem a diretoria – cuja gestão, anteriormente era objeto da UGE.

Na I Rodada de Encontros Regionais da Atenção Básica, ainda em 2007, a DAB/SESAB apresentou aos municípios da Bahia, uma crítica ao modelo de gestão anterior e uma nova proposta a ser implementada, através do quadro comparativo.

Quadro 2 – Comparativo entre os Modelos de Atenção da DAB/SESAB

Antes (de 2007)	Proposta atual
Ação Compartimentada	Gestão Integrada
Relação estado-município	Descentralização Solidária e Pacto;
Relação mais Cartorial e Pontual	Relação Longitudinal de Apoio Institucional
Tomada de Decisões pouco claras e concentradas	Transparência e Democratização Institucional
Baixo investimento, participação e ação criativa do conjunto de trabalhadores	Investimento nos Trabalhadores e novo Modelo de Gestão

Fonte: DAB/SESAB, 2007.

Ao revisar e re-elaborar o regimento da SESAB o coletivo da diretoria definiu as seguintes competências:

“A Diretoria da Atenção Básica tem por finalidade a formulação da política da atenção básica no Estado da Bahia; o apoio político, técnico e financeiro aos municípios na implantação da atenção básica; a avaliação, monitoramento, acompanhamento e cooperação técnica, em parceria com as DIRES, aos municípios para a organização da atenção básica; a cooperação na implantação de processos de educação permanente para gestores, profissionais de saúde e usuários; e a divulgação das informações de saúde referentes à atenção básica²⁸.”

Sendo a Atenção Básica uma prioridade, pelo seu potencial de desenvolvimento de ações promocionais, integrais e intersetoriais, a atual diretoria propôs a “Saúde da Família de Todos Nós”, como foi denominada a “nova” Política de Atenção Básica no estado, da qual o Apoio Institucional é um dos eixos principais.

A “Saúde da Família de Todos Nós” possui 07 (sete) projetos estratégicos: Expansão com Inclusão Social; Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos ACS e Trabalhadores de Saúde da Família; Carreira Saúde da Família; Saúde da Família pra Valer; O SUS é uma Escola; Fortalecimento da Gestão Locorregional e Fortalecimento do Controle Social que se apóiam nos 04 (quatro) eixos da PEAB: Educação Permanente; Coordenação da Atenção Básica; Apoio Financeiro e Apoio Institucional.

O eixo Educação Permanente representa uma aposta no “potencial de aprendizado da experimentação de permanente possibilidade de aprofundamento do diálogo e ampliação de autonomia dos sujeitos sociais que constroem o SUS-BA”. O eixo Coordenação da Atenção Básica agrega funções normatizadas e de regulação, além de desenvolver uma política de informação, monitoramento e avaliação. O Apoio Financeiro perpassa os demais eixos da PEAB e, objetivamente está relacionada ao incentivo estadual às ESF que é repassado mensalmente do fundo estadual de saúde para os fundos municipais de saúde, co-financiamento na construção de unidades e desenvolvimento das ações de educação permanente, especialmente para implantação das linhas de cuidado²⁸.

O Projeto Expansão com Inclusão Social busca a ampliação do acesso e cobertura da ESF no estado, com inclusão que remete ao princípio da equidade e propõe uma intercessão com a Política de Atenção à Saúde das Populações Especiais (quilombolas, assentados, acampados, indígenas e outros).

A Carreira de Saúde da Família para os profissionais de nível universitário: médico, enfermeiro e dentista, está vinculada à proposta da Fundação Estatal de Saúde da Família – FESF. A FESF foi co-instituída por 69 (sessenta e nove) municípios, sendo que mais de 100 (cem) municípios já aderiram à proposta.

A polêmica discussão sobre esse novo ente jurídico híbrido - fundação pública de direito privado - não é alvo de nosso trabalho, está sendo citado apenas por representar uma das propostas da DAB/SESAB para desprecarização do trabalho dos profissionais de nível superior da Saúde da Família no estado.

O Projeto Saúde da Família pra Valer - SFPV engloba uma série de ações/estratégias: a implantação dos Núcleos Microrregionais de Implantação das Linhas de Cuidado de Educação Permanente para a Atenção Básica; o desenvolvimento de uma política para institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica visando o acompanhamento dos projetos estratégicos, do Pacto pela Saúde, dos Planos de Ação firmados entre municípios e equipe de Apoio Institucional e da qualidade da AB, a partir de indicadores por linha de cuidado.

A implantação do Geoportal, um espaço virtual, livre, de geoprocessamento de dados, para divulgação de informações, que se propõe a gerar transparência e induzir responsabilidade social, promovendo trocas de experiências. A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, também relacionados ao SFPV, atualmente, conta com 55 (cinquenta e cinco) NASF implantados em 33 (trinta e três) municípios do estado²⁸.

O SUS é uma Escola constitui um projeto inspirado na proposta de educação permanente sob o qual foram e serão desenvolvidos: Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica para 159 (cento e cinquenta e nove) gestores da AB de 81 (oitenta e um) municípios em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública - EESP e a Universidade Federal da Bahia – UFBA (2007); Curso de Formação Técnica dos ACS e Técnicos de Higiene Dental – THD, hoje, Técnicos de Saúde Bucal – TSB em parceria com a Escola de Formação Técnica Professor Jorge Novis – EFTS-BA/RETSUS²⁸.

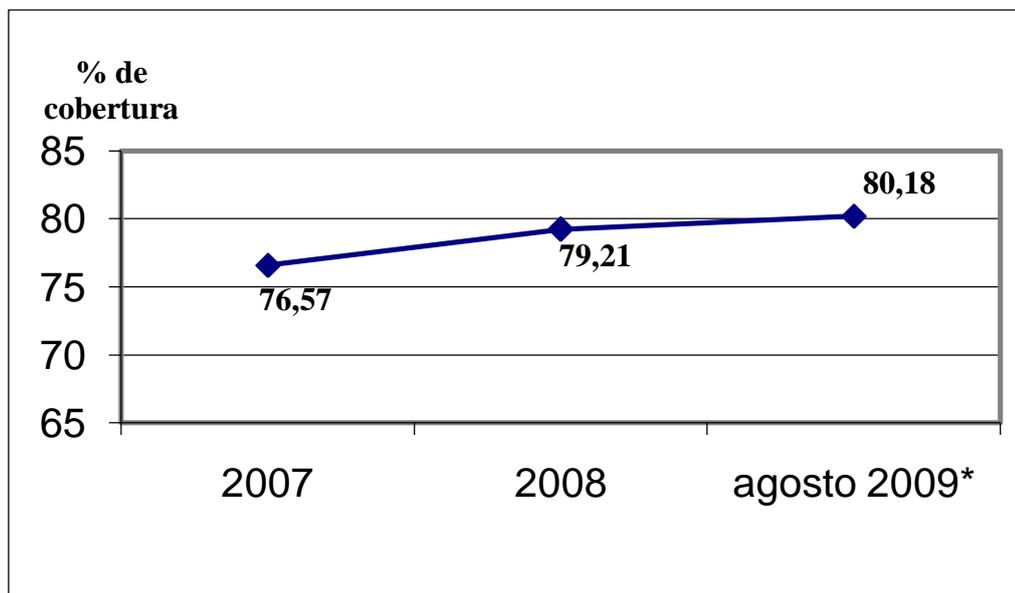
Outras ações do SUS é uma Escola compreende a formação de docentes em Educação de Nível Técnico na Área de Saúde em parceria com a ENSP/FIOCRUZ/MS; o Curso semi-presencial de Especialização na Atenção Básica com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado, com disponibilização de módulos de EAD para cada linha de cuidado e o Curso Introdutório (Acolhimento Pedagógico), previsto pela portaria nº 2.527/2006²¹ e que será desenvolvido através dos Núcleos Microrregionais de Implantação das Linhas de Cuidado e Educação Permanente da Atenção Básica.

O fortalecimento da gestão locorregional envolve a atuação das DIRES na perspectiva do Apoio Institucional e da Educação Permanente; no investimento em espaços e mecanismos de pactuação (CGMRs), seminários, oficinas regionais (Rodadas de Encontros Regionais da Atenção Básica) nos quais é debatida, re-construída e re-pactuada a PEAB a cada ano; e estratégias para construção de sistemas regionais de saúde, principalmente, entre outros objetivos, para organizar linhas de cuidado na rede de serviços das regiões²⁸.

Tem-se trabalhado o fortalecimento do controle social através da participação de sindicatos, movimentos sociais, organizações do controle social, Ministério Público e outros na formulação e acompanhamento das políticas; publicização no sítio virtual da DAB/SESAB, no geoportal, de todas as ações desenvolvidas; atuação conjunta e debate permanente com o Conselho Estadual de Saúde – CES; além disso, participação nas Conferências Municipais de Saúde e estímulo permanente a um maior protagonismo dos usuários na organização dos serviços, dentre outros²⁸.

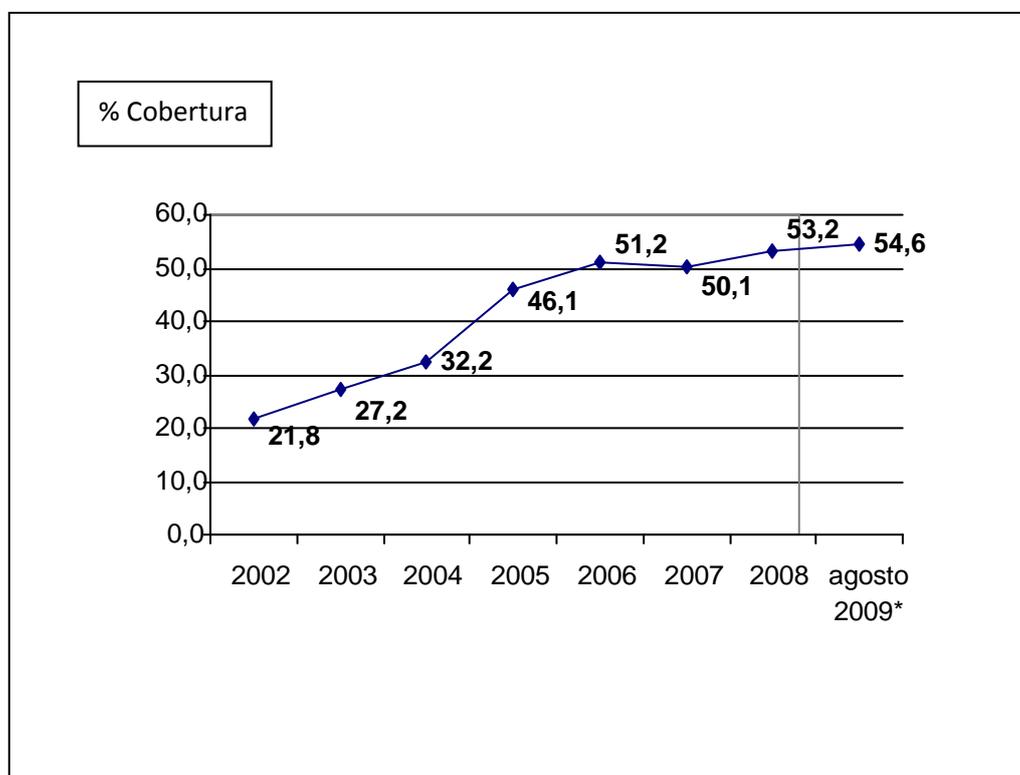
Segundo dados recentes, de julho de 2009, os 417 (100%) municípios da Bahia têm no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sistema de informação utilizado para o monitoramento e financiamento (PAB Variável) da Atenção Básica um total de 495 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – EACS cadastradas, o que representa uma cobertura populacional estimada em 80,66%, formadas por 24.831 ACS - Agentes Comunitários de Saúde.

Gráfico 1 – Cobertura Estimada dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, Bahia, 2007-2009 (agosto)



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

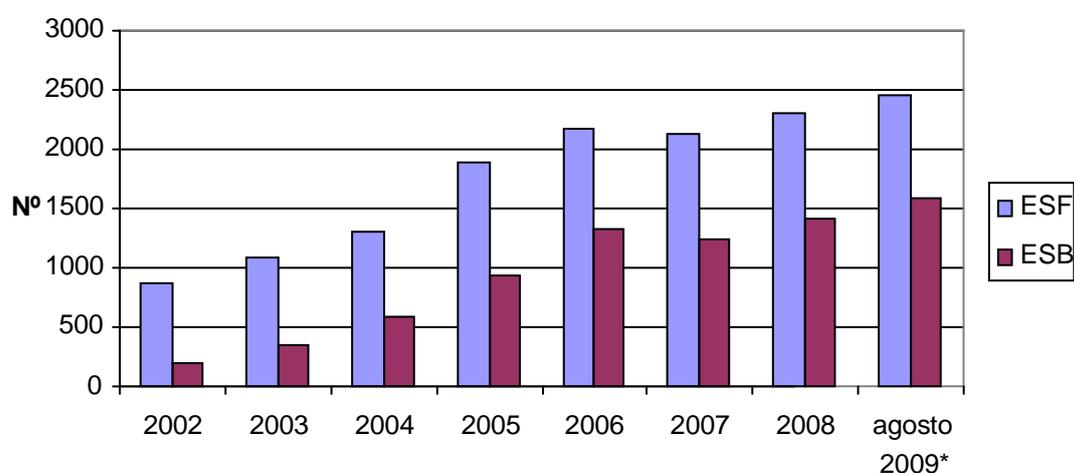
Gráfico 2 – Cobertura Estimada da Estratégia de Saúde da Família, Bahia, 2002 - 2009 (agosto)



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

A proporção de cobertura populacional da ESF é de 54,16%, 409 municípios já aderiram à estratégia no estado. A Bahia conta com 2.526 ESF cadastradas. Há 1.728 Equipes de Saúde Bucal - ESB cadastradas em 385 municípios, gerando uma Razão de 0,64 entre o número de ESF e ESB³³.

Gráfico 3 – Número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal Implantadas, Bahia, 2002-2009 (agosto)



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Embora se observe, nas séries históricas, uma ampliação de cobertura da ESF, a Bahia representa o segundo estado do Nordeste com menor cobertura. Paralelamente às estratégias de ampliação de cobertura da ESF, a gestão estadual não pode perder de vista a busca pela qualificação do cuidado ofertado, articulado com a construção de uma rede que possa garantir uma atenção integral.

CAPÍTULO 2. APOIO INSTITUCIONAL: UMA PROPOSTA INOVADORA NO PROCESSO DE SUPERVISÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A redefinição do papel do estado no SUS, de assessoria e suporte aos municípios e de mediador entre estes e o Ministério da Saúde, implica na incorporação de novos modelos/tecnologias de gestão para a organização dos processos de trabalho.

“As análises sobre as transições tecnológicas em saúde e as possibilidades de operar reestruturações produtivas devem, analiticamente, procurar entender de modo articulado, o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupam e seu modo de operar os processos produtivos, bem como os tipos de disputas que os modelos em competição impõem neste território, e a composição das caixas de ferramentas utilizadas pelos seus protagonistas, para dar sentido às suas ações de manutenção ou de superação de um certo processo produtivo hegemônico.”(p. 65)⁴

Assim, o lugar que o Apoio Institucional ocupa na DAB/SESAB é de co-gestionar a Política de Atenção Básica implementando mudanças na organização dos seus processos de trabalho a partir do “novo” modelo de gestão proposto. Cabe explorar, todavia, algumas concepções/experiências que durante a implementação do SUS orientaram e vem orientando as práticas na gestão: a supervisão, a convivência/co-visão e o apoio institucional, que expressam fazeres e saber-fazeres em um sistema de saúde que se pretende hierarquizado, universal, equânime, integrado e participativo.

O estado foi um grande executor de políticas elaboradas pela instância federal, no entanto, vem revendo e reorientando seu papel no sistema de saúde. Paulatinamente foi assumindo uma função de formulação, regulação (espera-se que de forma colegiada) e acompanhamento das políticas regionais.

No processo de transição entre executar ações sanitárias a partir de normas ministeriais o estado foi, progressivamente, assumindo um papel de assessoria, cooperação com os municípios para consolidação da municipalização; elaboração e regulação de políticas públicas de saúde, respeitando as especificidades regionais; e participação e mediação em processos de negociação entre as demais esferas de gestão do SUS. A supervisão

foi sendo incorporada como uma ferramenta para o desenvolvimento dessas novas competências.

A DAB/SESAB vinha desenvolvendo um processo de supervisão da Atenção Básica, o qual fundamentava-se, principalmente, no monitoramento do cumprimento das normas, durante a década de noventa. O processo de trabalho da equipe visava; além de consolidar o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PSF, depois ESF, como estratégias prioritárias para reorganização da Atenção Básica, cumprir com as competências atribuídas às secretarias estaduais de saúde, melhor definidas, mais recentemente, na PNAB.

Desse modo, a supervisão foi sendo reconhecida como uma das principais atividades da gestão, e na gestão estadual, assumida como eixo para organização dos seus processos de trabalho. O termo supervisão se origina das palavras latinas "super" que significa "sobre" e "video" que equivale a "eu vejo".

Segundo Reis et al, na visão tradicional, supervisão significa "visão sobre" o objeto do trabalho realizado por outro; define, comanda, impõe, inspeciona, fiscaliza; estabelece uma relação assimétrica entre o supervisor e o supervisionado, é impositiva e autoritária; faz parte de um modelo de gestão vertical²⁹. Campos concorda com essa visão, definindo a supervisão como “olhar de fora” em uma posição de autoridade superior, supostamente capaz de identificar e corrigir equívocos¹.

Outro conceito, trazido por Campos, que pode esclarecer o fenômeno de uma ação gestora verticalizada, é o controle. O autor considera controle como ato ou poder de controlar atividades das pessoas, órgãos, departamentos, ou produtos; para que, tais atividades ou produtos, não se desviem das normas preestabelecidas. Completa afirmando que o controle é exercido através de castração da produção de subjetividade, mediante desqualificação dos desejos e interesses da maioria¹.

Portanto, supervisionar significa dirigir; inspecionar, concepção na qual se baseiam as ações de controle e fiscalização, por um lado, e de subordinação e apatia, por outro lado, que permearam e ainda permeiam as relações entre a gestão estadual, regional e

municipal, dificultando a construção de uma rede regionalizada e solidária, pautada numa relação horizontal e democrática.

Numa visão mais moderna de supervisão, associando controle e educação, propõe-se uma relação entre parceiros, identificando práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto de trabalho, denominada de "convisão", que significa gestão "co-laborativa" ou construção conjunta²⁹.

Num estudo de Reis e Hortale foram pontuados como componentes prioritários da supervisão: **apoio**, orientação, acompanhamento e instrumento de aprendizagem. A supervisão, para essas autoras deve ser entendida como um processo amplo, complexo, educativo e contínuo, que inclui exame, avaliação, assessoria, informação e intercâmbio dinâmico de conhecimentos e experiências; tarefa que envolve a intersubjetividade e, portanto, múltiplas formas de perceber, sentir, reagir e interpretar situações²⁹.

Reis e Hortale tomam o conceito de supervisão, que tem suas raízes históricas ancoradas numa relação vertical de poder e autoridade, a qual tem sido considerada insuficiente para subsidiar as respostas às necessidades que emergem da/para a produção de saúde na Atenção Básica, principalmente na Estratégia de Saúde da Família. Essas autoras apontam que a supervisão deverá dar lugar a um processo compartilhado, consciente, de convivência - a "convisão" - que é o veículo da participação²⁹.

Nesta perspectiva, "convisores" e "convisionados" juntos, constroem o conhecimento, partilham dúvidas e buscam a resolução dos problemas. Dentro da concepção da "convisão", o perfil do supervisor (convisor) deve ser o de agente da produção de conhecimento, aquele que não só induz às dúvidas, mas que junto ao grupo tenta encontrar soluções²⁹.

Contudo, Reis e Hortale alertam sobre os limites da supervisão, na perspectiva da "convisão", que apesar de trazer possibilidades de crescimento profissional, desenvolvimento da liberdade e autonomia, de reflexão das práticas e questionamento dos modelos de atenção, carrega a inevitável ação fiscalizadora, e a possibilidade de estabelecimento de dependência dos supervisionados pela supervisão²⁹.

Matumoto et al, consideram a supervisão como um trabalho de equipes em que uma equipe tem a função de facilitar o processo de auto-análise e auto-gestão da outra equipe para uma reflexão sobre suas práticas, intervenção institucional e resultados esperados. Auto-análise refere-se à capacidade coletiva de protagonismo na compreensão e expressão de suas necessidades e potencialidades e auto-gestão é a capacidade de auto-organização de um coletivo para alcançar seus objetivos³⁰.

Para essa autora, a concepção de supervisão no sentido administrativo-gerencial fundamentada no planejamento, organização e avaliação de serviços com objetivo de controle de processos e resultados, segundo normas e padrões pré-estabelecidos, já não atende às demandas atuais do trabalho em saúde/equipe³⁰.

Ainda citando Matumoto, a supervisão não deve mais ser considerada uma “supervisão”, mas uma “co-visão”, “um olhar atento que assinala os caminhos trilhados pelo grupo supervisionado de maneira que este perceba seu modo de sentir, pensar e agir”.(p.10)³⁰

Campos, ao apontar para o desafio organizacional da implantação de um modelo de gestão mais democrático e interdisciplinar, através de arranjos organizacionais que facilitem a construção de vínculo, a relação horizontal e a definição de responsabilidades, propõe o Apoio Institucional como uma tentativa de implementar a co-gestão, que exige tanto desenvolvimento institucional, como dos sujeitos envolvidos no processo².

O Apoio parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder. (p.85)²

O Apoio Institucional pretende se constituir como um arranjo organizacional que não se fundamenta apenas na noção de controle social, ou de administração heterogênea dos trabalhadores, mas que combine autonomia com o compromisso de produzir necessidades sociais, prevendo os meios para produzi-las¹.

O método do “apóio” centra-se na reflexão do fazer, de elaborar compromissos, contratos e viver em redes. É pensado como recurso para ampliar a autonomia dos sujeitos, entendida não como auto-suficiência, mas como um fazer reflexivo, como uma prática que se analisa:

“O Apoio Paidéia é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta supressiva de outras ações gerenciais, mas de um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe.”
(p. 85)²

O trabalho da equipe do Apoio Institucional na gestão estadual da Atenção Básica na Bahia fundamenta-se na concepção da teoria Paidéia. A teoria Paidéia enfatiza a necessidade de uma maior capacidade reflexiva e de interferir sobre os fatores externos (cultura, organização e família) e internos do sujeito (constituição da personalidade e caráter) através da adoção de alguma metodologia de apoio.

O método Paidéia de apoio objetiva, portanto, constituir sujeitos reflexivos, podendo até constituir sujeitos epistêmicos. O professor Mário Testa (1997) elaborou o conceito de sujeito epistêmico para indicar a possibilidade das pessoas integrarem teoria e prática, isto é, de lidar com um conjunto de conceitos que lhes permitam uma visão crítica dos espaços e estruturas onde atuam¹.

Campos aponta alguns recursos metodológicos úteis à função de apoio: construir rodas; submeter o apoiador e o processo de apoio a avaliação e analisar os processos segundo três objetivos/critérios básicos: qualificar a ação institucional para o cumprimento de sua missão, produzir valores de uso para outros e para o desenvolvimento e a realização profissional do grupo apoiado; trabalhar com metodologia dialética entre ofertas externas e as demandas do grupo; apoiar o grupo para construir objetos de intervenção e compor compromissos e contratos com outros; pensar e fazer junto com as pessoas e não no lugar delas, ampliar os espaços de aplicar o “método”; autorizar o grupo a exercer uma crítica generosa e desejar mudanças; autorizar-se a ser agente direto e saber que só consegue apoiar aquele que se autoriza a ser apoiado pelo grupo. (p. 95-102)²

Defender o papel regulador que compete ao estado é compreender a relatividade de uma autonomia fundamentada em processos auto-gestores. Autonomia deve ser entendida como uma construção gradativa, como possibilidade de aperfeiçoamento sempre relativa a uma situação anterior.

A co-gestão sob a qual se alicerça o trabalho dos apoiadores objetiva produzir espaços singulares de relações horizontais. Os espaços de educação permanente do Apoio Institucional são, essencialmente, “rodas” que viabilizam a reflexão coletiva de objetos e objetivos, ao passo que há exposição e negociação de interesses e desejos dos indivíduos participantes dessa roda. Para esse método não cabe oposição antagônica entre indivíduo e coletivo.

Como exposto anteriormente os processos de trabalho do modelo de gestão da DAB/SESAB estão fundamentados na idéia Paidéia que se concretiza a partir do Método da Roda. O citado “método” se propõe a contribuir com a reconstrução do trabalho, tratando-se de uma recomposição conceitual e prática do mesmo.

“Roda é um espaço coletivo: um arranjo onde exista oportunidade de discussão e de tomada de decisão. Pode ser formal..., ou informal... A Roda é um lugar onde circulam afetos e vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. É o espaço para elaboração do contrato e de um projeto de intervenção¹.”

Segundo Merhy o método sugere a reconstrução do trabalho em três linhas de intervenção: construção de um novo conceito de trabalho; recomposição operacional dos postos de trabalho e produção (ou trabalho produzido) a partir de uma reflexão crítica³¹.

Para Merhy o conceito de trabalho deve transcender o de postos de emprego oferecidos pelo mercado, deve significar espaços de trabalho que considerem o desejo e o interesse do agente produtor, quanto necessidades sociais. Tudo isso sustentado por políticas públicas, que objetivem o bem estar do público e a expansão das possibilidades de trabalho³¹.

O trabalho do Apoio Institucional vem sendo implementado na DAB/SESAB, por uma equipe multiprofissional e conta com uma diversidade de categorias, entre as quais:

enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, assistência social, farmácia, medicina e psicologia. Essa equipe, dividida em seis mini-equipes (A, B, C, D, E e F), “apóiam” territorialmente as gestões regionais e municipais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização - PDR do estado.

Optou-se pela denominação mini-equipe para distinguir as equipes de apoio de referência macrorregional (A, B, C, D, E e F) do coletivo de apoiadores institucionais, ou Equipe de Apoio Institucional. A escolha por empregar o prefixo “mini” ao invés de “sub” (subequipe) deve-se à possibilidade de ser atribuído o significado administrativo de subordinação dessas equipes ao coletivo. O termo “mini-equipe” ou equipe de referência macrorregional guarda maior coerência com o sentido de apoio que se quer aplicar com horizontalidade e autonomia.

Para a divisão das seis mini-equipes foram considerados critérios desde desejos e interesses, assim como acesso, dados demográficos, entre outros. Cada mini-equipe de Apoio Institucional conta com uma média de 04 apoiadores que atuam macrorregionalmente, o que pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 3 – Mini-equipes de Apoio Institucional da DAB/SESAB

MINI EQUIPE	MACRO	Nº MICRO	Nº DIRES	Nº MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	Nº APOIADORES
A	Nordeste e Leste	06	06	81	5.258.640	05
B	Centro-Norte e Centro-Leste	06	07	111	2.868.042	05
C	Norte	03	03	27	995.726	04
D	Oeste	03	03	37	847.500	04
E	Sul e Extremo-Sul	06	06	88	2.386.933	04
F	Sudoeste	04	06	73	1.697.533	04
TOTAL	09	28	31	417	14.054.374	26

Fonte: DAB/SESAB- outubro/2009.

A dinâmica do processo de trabalho dos apoiadores institucionais compreende encontros presenciais, programados com as regionais e/ou municípios, os quais objetivam: análise da situação de saúde; negociação de prioridades; identificação de centros práticos de ação (nós críticos); construção de planos de ação e carta de compromissos; desenvolvimento do apoio; e avaliação e acompanhamento do processo.

O Apoio Matricial outro conceito trabalhado por Campos, consiste em um arranjo de gestão inscrito na lógica das unidades de produção, enquanto “coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho”, é citado por Oliveira, que o considera uma tecnologia de gestão e de articulação em rede³².

A proposta do Apoio Institucional da DAB/SESAB intenta responder às demandas de apoio às Diretorias Regionais de Saúde – DIRES e aos municípios, através da organização de um processo de trabalho dialógico e de educação permanente.

Os planos de ação, instrumento de trabalho que objetiva nortear o acompanhamento pela equipe de apoiadores aos municípios, possibilitando respeitar as singularidades de cada região/município tem sido pouco utilizado, na percepção de alguns apoiadores. Além do apoio aos municípios esses trabalhadores compõem os grupos de trabalho responsáveis pela elaboração de projetos consoantes à implementação da Política Estadual de Atenção Básica.

O trabalho de Apoio Institucional é um trabalho de/em equipe, e como tal será abordado segundo o pressuposto de que este caracteriza-se não apenas pela atuação, no mesmo espaço, de diferentes categorias, ou sobre o mesmo objeto/alvo de intervenção; mas pressupõe um saber-fazer comum, um fazer comum³³.

O trabalho em equipe é importante ao defender a transdisciplinaridade como forma de promover o intercâmbio, a aproximação, a mistura de distintos campos do saber, o que exige escutar o outro no processo de trabalho; como os trabalhadores de uma equipe multiprofissional se relacionam e do grau de envolvimento do membro da equipe com o trabalho, e o reconhecimento de sua responsabilidade sobre o resultado produzido. (p.10-11)³³

O processo de trabalho dos apoiadores institucionais, que se baseia na co-gestão, ou gestão compartilhada, prescinde do lidar com a singularidade, a subjetividade e a complexidade, inerentes ao trabalho em saúde, e tem como desafio, além de articular diferentes saberes e práticas, operar como coletivos.

Especificamente na gestão, há uma tendência a homogeneização das funções, sendo ainda mais desafiador o trabalho interdisciplinar, trabalho este potencializado pelas diferentes formações e funções profissionais, através de processos de trabalho que ofereçam espaços de diálogo e mecanismos de integração.

“A responsabilidade coletiva, sempre política, está condicionada ao pertencimento ao grupo (coletivo) que afirma um compartilhar, um saber-fazer comum, no qual erros e acertos são processos acionados nos coletivos...” (p. 63)³³

Para o trabalho compartilhado importa o sentimento de pertencimento. Aliado ao comprometimento com o outro – usuário - o processo ou o produto do trabalho, co-responsabilizando todos os componentes da equipe. Consequentemente, cada trabalhador é responsável por todas as ações da equipe.

Em consonância com a abordagem ergológica, Louzada et al afirmam que “o trabalho atualiza fazeres e saberes, para além das decisões e/ou responsabilidades individuais. As instâncias pessoais não podem ser negadas ou apagadas, pois trabalhar também é fazer uso de si por si, mas isso não se opõe – ou ainda, trabalhar remete sempre ao plano do coletivo. (p.52)³³

Numa gestão coletiva, o trabalho em equipe exige cooperação e confiança. Essa construção demanda não apenas uma “qualidade” da relação, mas a rotatividade dos trabalhadores é um elemento importante a ser considerado, pois afeta a construção de vínculos.

“O vínculo é confiança e desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim; mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas.” (p. 29)²

Apesar de não ser o objetivo desse trabalho, para uma análise mais subjetiva do processo de trabalho do Apoio Institucional seria preciso explorar o vínculo político, ideológico e afetivo desses trabalhadores.

Peduzzi cunhou duas modalidades de trabalho em saúde: equipe integração, na qual os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa, e a equipe agrupamento, na qual ocorre justaposição das ações e agrupamento de profissionais³³.

Segundo essa autora, há uma dupla dimensão do processo de trabalho: ação produtiva (caráter técnico e tecnológico) e interação social (prática comunicativa). Peduzzi afirma que a ênfase no trabalho em equipe de saúde também está relacionada aos novos

modelos de gestão que criticam a rígida divisão do trabalho; fragmentação de tarefas e a despersonalização do trabalho³³.

Para Peduzzi, o que caracteriza uma equipe é a comunicação entre seus componentes, faz-se necessário desenvolver uma linguagem coletiva, sem a qual fica comprometido o sentido do trabalho e sua potência formativa³³. O projeto comum da equipe deve estar articulado com o projeto institucional. A cultura institucional, que compartilha um conjunto de valores, crenças, tradições e pré-interpretações de situações, tem papel importante na configuração da dinâmica do serviço. O trabalho em equipe busca fortalecer a integração, democratização e horizontalização das relações de trabalho.

Diante desses pressupostos questiona-se: como a equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB tem explorado as potencialidades do trabalho em equipe? Os apoiadores institucionais constituem uma equipe integração ou uma equipe agrupamento? Como essa equipe enfrenta suas dificuldades e limitações para integrar, democratizar e horizontalizar suas relações de trabalho na gestão da Atenção Básica?

A análise desses pontos possibilitará desenvolver ferramentas e/ou implementar mecanismos de gestão de modo a fortalecer o Apoio Institucional, qualificando-o para uma atuação competente, criativa e co-gestora.

Há tarefas para intervir sobre o contexto e outras sobre o próprio grupo. Ações sobre o território, sobre a organização, sobre os agrupamentos ou pessoas. (p.34)²

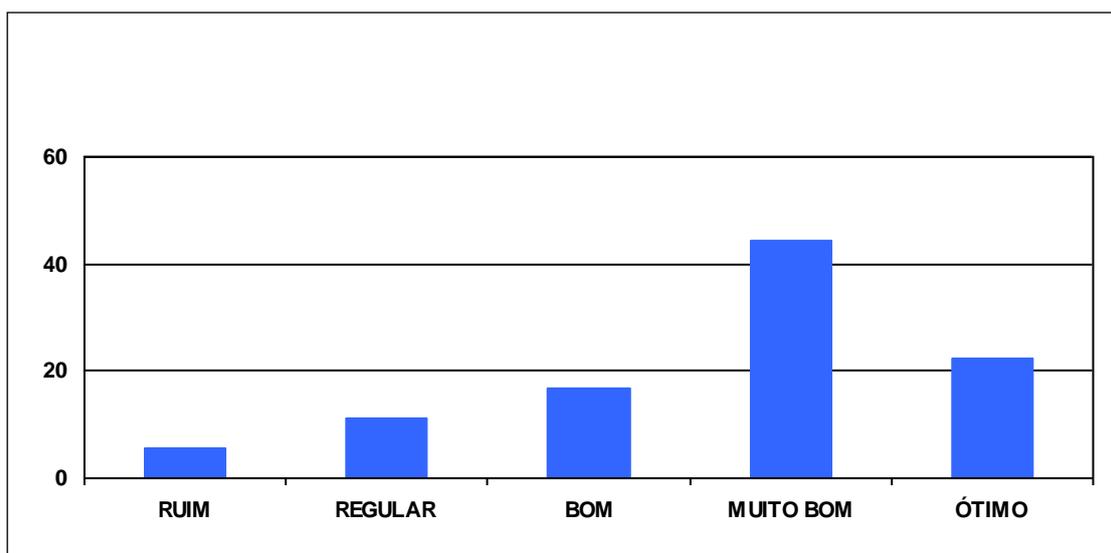
Para o planejamento das intervenções, é necessário que a equipe faça tanto uma auto-reflexão ou auto-avaliação, quanto que seja avaliada por outros sujeitos, com outros olhares, que possibilite uma crítica sobre o trabalho que vem sendo implementado pela diretoria.

Sobre isso, Campos aborda que os apoiadores e o processo de apoio deve-se permitir sofrer o “efeito Paidéia”, ou seja, subordinar-se à avaliação e correção de rumo, isso significa por em análise as relações de poder, de conhecimento e de afeto envolvidos, que deve ser colocado na roda².

A DAB/SESAB, no final de 2007, realizou uma avaliação do Apoio Institucional que contou com a participação de 51 (cinquenta e um) municípios do estado (12%). Nessa avaliação buscou-se coletar informações acerca da aceitação e avaliação dos projetos e do apoio desenvolvido.

Motivada pelo interesse em conhecer a opinião das secretarias municipais de saúde, para essa avaliação foi utilizado um questionário semi-estruturado. Os resultados foram sistematizados em pontos positivos, pontos negativos e sugestões. Entre os pontos negativos apontados pelos municípios está o de “não possuir instrumento de supervisão”; e entre as sugestões, “criação de instrumentos de supervisão”.

Gráfico 4 - Avaliação (%) do Apoio Institucional realizado na visita ao município dez/2007

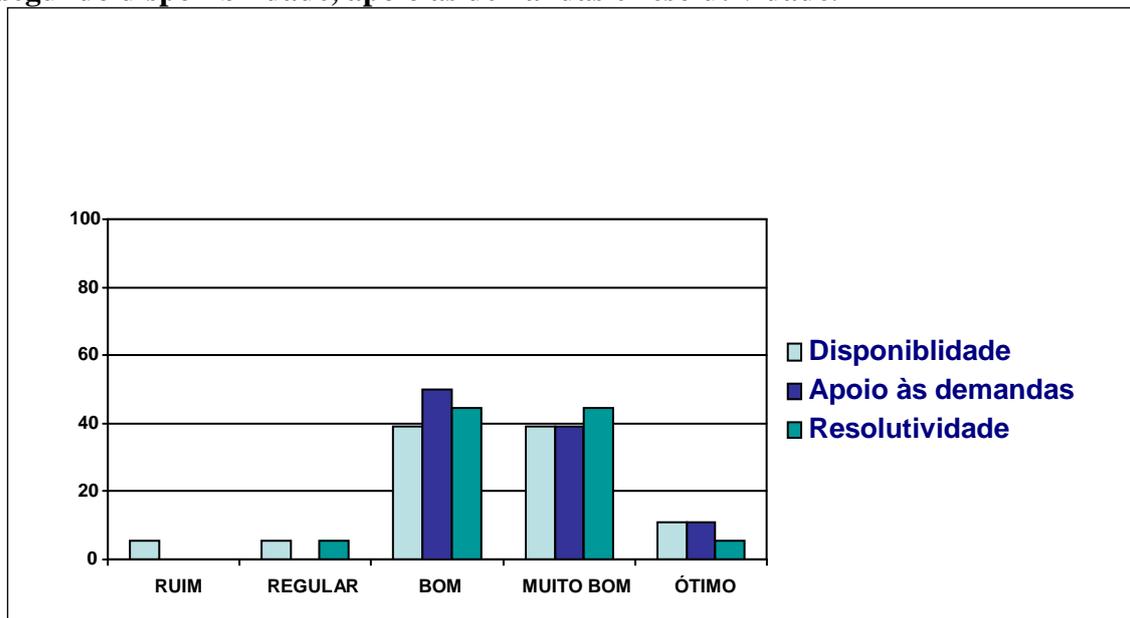


Fonte: Relatório com a Proposta Preliminar de Diretrizes para Novo Modelo e Estrutura de Gestão para a Diretoria de Atenção Básica. Segundo produto do Termo de Referência do Contrato de Consultoria Individual - Emerson Elias Merhy

Observa-se que houve uma avaliação positiva do Apoio Institucional pelos municípios do estado que participaram da avaliação. Mais de 20% da amostra avaliou como “ótimo” e mais de 40% avaliou como “muito bom”, o apoio realizado nas visitas aos municípios.

Em relação à disponibilidade, apoio às demandas e resolutividade, em média 40% considerou “bom” ou “muito bom”, de acordo com o gráfico abaixo:

Gráfico 5 – Avaliação (%) da Equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB, segundo disponibilidade, apoio às demandas e resolutividade.



Fonte: Relatório com a Proposta Preliminar de Diretrizes para Novo Modelo e Estrutura de Gestão para a Diretoria de Atenção Básica. Segundo produto do Termo de Referência do Contrato de Consultoria Individual - Emerson Elias Merhy.

A coordenação responsável pelo Apoio Institucional (COAD), em setembro e outubro de 2008 e em fevereiro de 2009, respectivamente, realizou três oficinas de auto-avaliação com a equipe de apoiadores, com o objetivo de construir parâmetros para os processos de avaliação do Apoio Institucional.

Na primeira oficina, nortearam a discussão e produção, questionamentos acerca do papel do apoio; o que ele faz; quais são as competências, habilidades e atitudes que o apoiador e a equipe de apoio deve ter. As três questões anteriores geraram uma reflexão acerca da finalidade; da prática, das atividades e dos resultados do processo de apoio e do papel e prática dos apoiadores.

As respostas aos questionamentos acima subsidiaram, na segunda oficina, a construção de uma matriz de avaliação organizada em três dimensões assim sistematizadas: valor

de uso, organização da Unidade de Produção - UP e auto-análise dos indivíduos na produção de valor de uso e na organização da UP.

A primeira dimensão está relacionada à utilidade do trabalho da equipe de apoio; a segunda dimensão exploraria o funcionamento do apoio, que tipo de processos e ações são necessários à sua organização interna, seu funcionamento. A terceira dimensão propõe avaliar como cada sujeito se coloca nesses processos, quais as competências (saber-fazer, saber-aprender, saber-ser) e compromissos individuais e coletivos desenvolvidos.

A equipe de Apoio Institucional apresentou, na terceira oficina, um consolidado sucinto das principais dúvidas e dificuldades encontradas na realização da avaliação, como também propuseram metas para que cada equipe conseguisse produzir e que julgasse importante socializar com os demais sobre os critérios utilizados para a análise e definição de suas metas.

Baseada nesse processo, a equipe de apoiadores institucionais redefiniram suas agendas e priorizaram os projetos/ações a serem desenvolvidos: construção das Linhas-Guia e desenvolvimento das Linhas de Cuidado; pactuação da implantação dos Núcleos de Educação Permanente da Atenção Básica para Implantação das Linhas de Cuidado e seleção dos Orientadores de Aprendizagem - OAC; adesão dos municípios à Fundação Estatal de Saúde da Família – FESF; Projeto Saúde na Escola – PSE; orientação aos municípios para elaboração dos projetos para implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e acolhimento aos profissionais, preparação das equipes e acompanhamento da implantação; apoio à construção de Unidades de Saúde; relatórios do Incentivo Estadual, avaliação e monitoramento dos projetos estratégicos e desprecarização dos ACS.

E estes foram os projetos/estratégias explorados no instrumento de coleta de dado para fim dessa análise do processo de trabalho da equipe, realizada nesse estudo. Os processos educativos, tanto intra-equipe, quanto inter equipes: apoiadores-apoiadores, apoiadores – demais trabalhadores DAB/SESAB, apoiadores - gestores regionais, apoiadores - gestores municipais, apoiadores - trabalhadores das ESF, apoiadores-usuários, são desenvolvidos a partir de rodas de conversa/discussão.

Além da teoria que fundamenta o desenvolvimento do Apoio, pode-se identificar conteúdos relevantes ao processo de educação permanente dessa equipe, para o desenvolvimento de habilidades e competências que coadunem com uma diretriz Paidéia:

“O Apoio somente funciona quando o grupo consegue ampliar suas referências, e mais, quando consegue lidar com essas referências de forma crítica, ou seja, como outras ofertas; ou seja, com generosidade crítica; ou seja, sem adesão automática e sem paranóia.”(p. 98)²

Para uma equipe que trabalha na perspectiva da integralidade, apoiar-se num referencial ampliado, qualifica a ação de “apoio” e amplia a possibilidade de diálogo entre apoiadores e apoiados. O trabalho do apoio institucional pretende ser um trabalho em equipe, não no sentido de um agrupamento multiprofissional, mas de uma equipe integrada a qual envolve vínculo e co-produção de sujeitos individuais e coletivos.

CAPÍTULO 3. O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE APOIO INSTITUCIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA

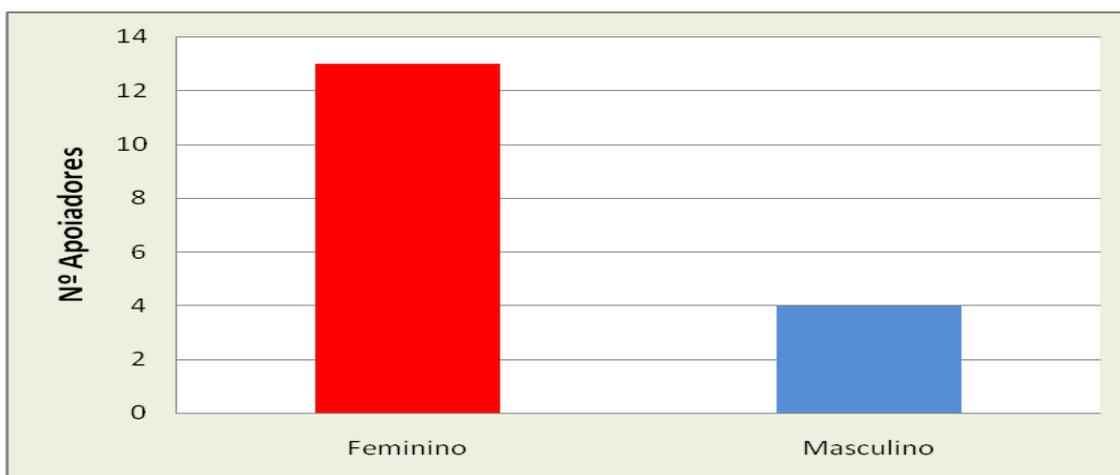
3.1. PERFIL DOS APOIADORES INSTITUCIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A partir das informações dos questionários auto-aplicáveis pode-se caracterizar a equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB, segundo alguns critérios de relevância para a gestão do trabalho e da educação desta equipe e da sua agenda de trabalho na gestão estadual da Atenção Básica.

- SEXO E FAIXA ETÁRIA

Nessa equipe de trabalhadores há predomínio do sexo feminino. A população feminina representa 76% (13 mulheres) e a masculina 24% (04 homens). Estudos mostram que a feminilização do trabalho deve-se à crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho aliada às diferenças salariais relacionadas às questões de gênero. No trabalho em saúde, tem-se associado esse crescimento à natureza das atividades, com forte caráter social, voltadas para o cuidado; aspectos relacionados ao trabalho socialmente atribuído às mulheres.

Gráfico 6 – Perfil da Equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB por Sexo, outubro - 2009



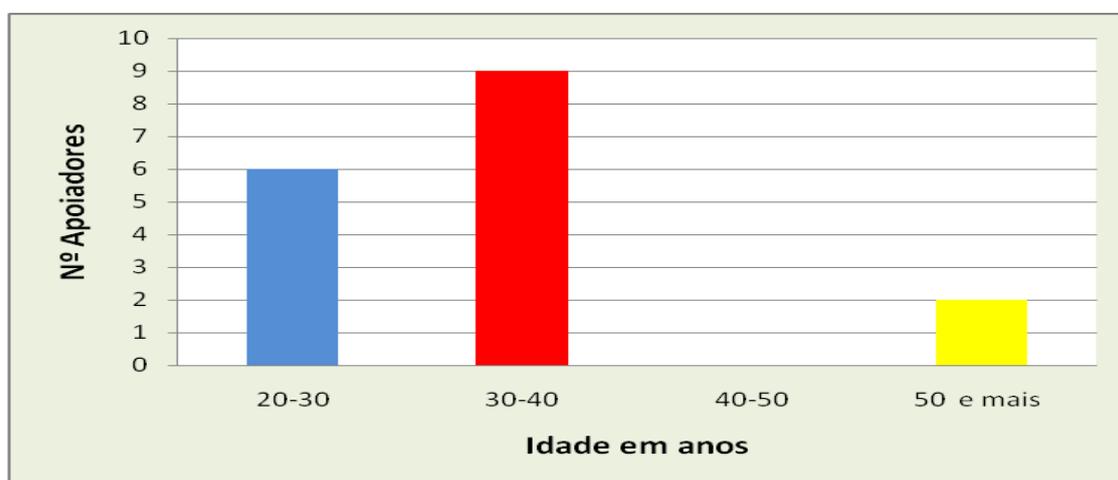
Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

De uma maneira geral, tem-se observado uma crescente inserção das mulheres nos espaços de gestão e ocupando cargos de chefia no SUS. Na SESAB, por exemplo, dos 05 (cinco) superintendentes: 03 (três) são mulheres e 02 (dois) são homens e dos cargos de diretoria no nível central, 12 (doze) são ocupados por mulheres e 11 (onze) por homens.

A média de idade dos apoiadores institucionais é de 33 anos. A equipe é relativamente jovem. 09 (nove) apoiadores entrevistados possuem idade na faixa etária entre 30 e 40 anos; 06 (seis) deles possuem entre 20 e 30 anos de idade e apenas 02 (dois) possuem mais de 50 anos. Essa é uma característica importante, pois sinaliza, por exemplo, que o tempo de vida ativa (de trabalho) da maioria da equipe, está abaixo de 10 anos.

A SESAB possui uma força de trabalho com muitos servidores próximo ou em processo de aposentadoria. A partir da convocação de novos concursados nos anos de 2006 e 2007, pode-se perceber uma renovação do quadro de pessoal, com uma maior presença de profissionais jovens na secretaria.

Gráfico 7 – Perfil da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB segundo a Faixa Etária, outubro – 2009.



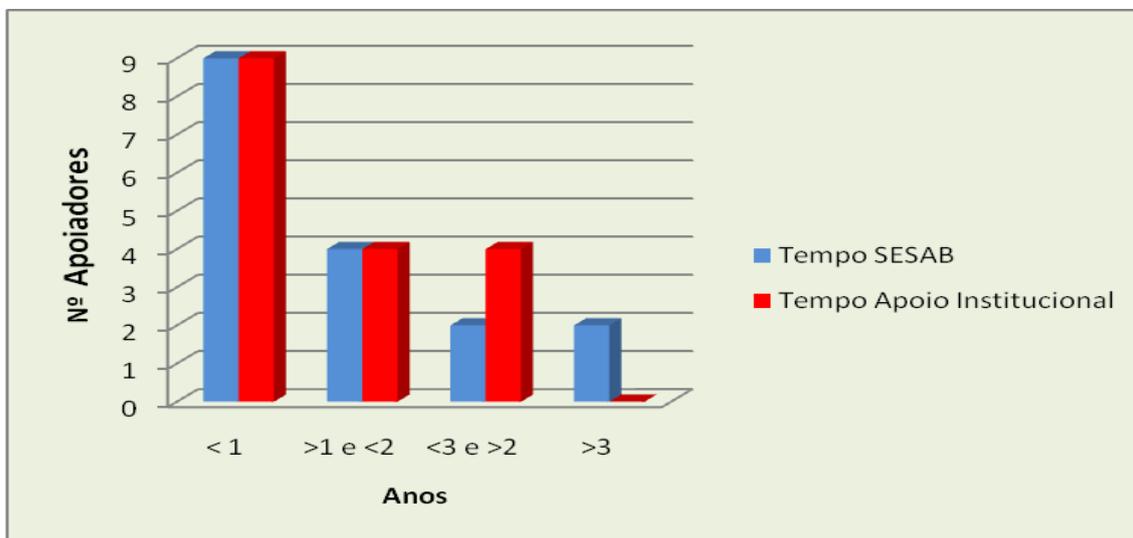
Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

- TEMPO DE ATUAÇÃO

O tempo de atuação dos apoiadores na instituição (SESAB), praticamente coincide com o tempo de atuação na função de apoio, exceto 02 (dois) apoiadores que possuem 5

(cinco) e 11 (onze) anos de atuação na instituição; os demais inseriram-se na função ao inserir-se na instituição como observa-se no gráfico a seguir:

Gráfico 8 - Tempo de Atuação da Equipe de Apoio Institucional (em anos) na instituição SESAB e na função de Apoio Institucional, outubro – 2009



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

O Apoio Institucional foi implantado na DAB/SESAB no ano de 2007, portanto há quase três anos. Observa-se uma importante dinâmica de incorporação de novos trabalhadores nessa atividade/diretoria a partir dos seguintes dados: 09 (nove) apoiadores estão há menos de um ano na instituição/função; 04 (quatro) estão na instituição/função entre um e dois anos; 04 (quatro) apoiadores estão entre dois e três anos na função, sendo que apenas 02 (dois) na DAB. Somente dois apoiadores já desenvolveram a função de apoio em outra instituição.

- CARGO E FUNÇÃO

Dez (10) apoiadores referiram o “Apoio Institucional” como cargo; desses, 02 (dois) apoiadores, também identificaram seus cargos institucionais (efetivo) e/ou sua formação em saúde. Os demais entrevistados identificaram seu cargo institucional de acordo com o plano de carreiras do estado ou a categoria profissional: 02 (dois) assistentes sociais, 02 (dois) sanitaristas e 1 (um) psicólogo. 01 (um) apoiador respondeu ser “coordenador de saúde” o seu cargo e 01 (um) apoiador não respondeu à questão.

Quanto à função exercida, além do Apoio Institucional, que foi apresentado, por alguns de forma descritiva (as atividades desenvolvidas), foi identificada também, a função de Orientador de Aprendizagem - OAC do Curso de Especialização em Atenção Básica com ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado e de membro efetivo de Colegiado de Gestão Microrregional – CGMR. Vale destacar que para o exercício de tutoria (orientação de aprendizagem) os apoiadores recebem uma bolsa no valor de setecentos reais.

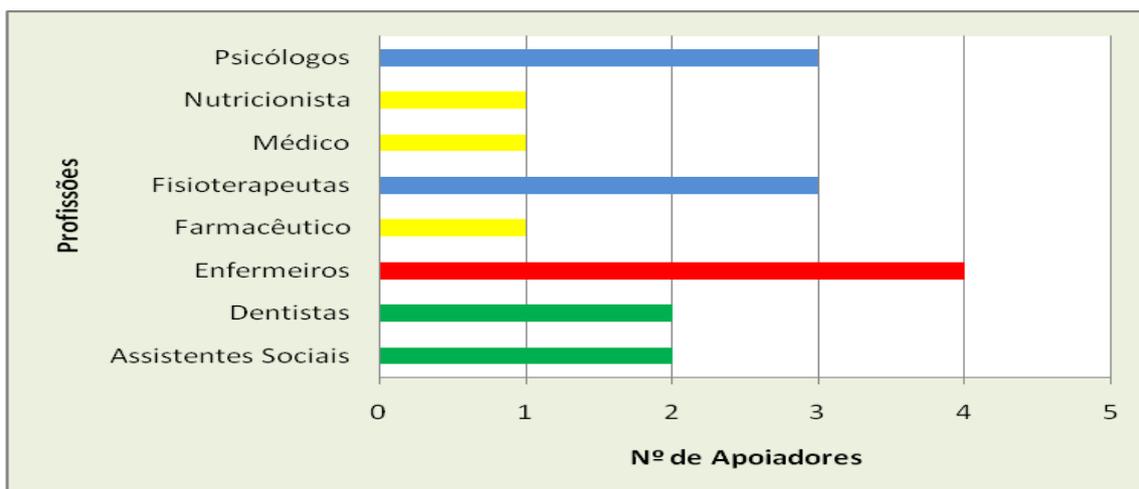
O apoio institucional pode ser reconhecido institucionalmente como uma “função”, visto que no Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos - PCCV da SESAB foram organizados três cargos de forma que agrupassem diferentes categorias: auxiliar em serviços de saúde; técnico em serviços de saúde e graduação superior em serviços de saúde, baseado numa lógica de nível de escolaridade (de formação).

A função de apoio institucional não foi transversalmente implantada na SESAB, além da DAB, apenas a DGC implantou o apoio institucional em saúde mental, consoante a proposta de Campos (Apoio Paidéia).

- **FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

O grupo de apoiadores institucionais da DAB/SESAB, que participou desse estudo, é formado por profissionais de saúde, distribuídos em oito categorias: 04 (quatro) enfermeiros (24%); 03 (três) psicólogos (17%) e 03 (três) fisioterapeutas (17%); 02 (dois) dentistas (12%); 02 (dois) assistentes sociais (12%); 01 (um) nutricionista, 01 (um) farmacêutica e 01 (uma) médica, representando 6% cada um dos últimos.

Gráfico 9 – Distribuição dos profissionais de saúde que compõem a Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB.

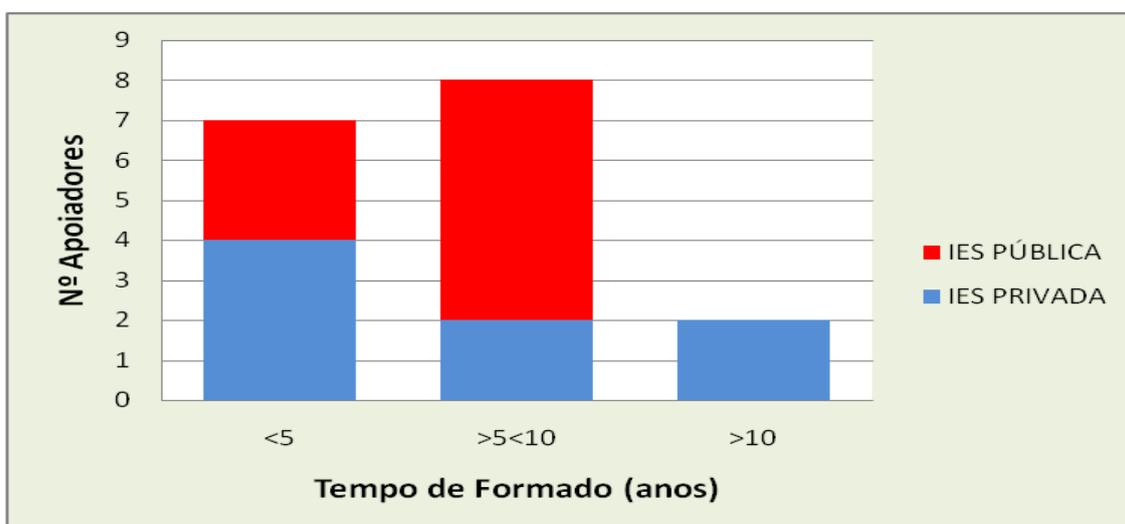


Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

A equipe mínima da ESF é composta por médico, enfermeiro e dentista, vale ressaltar que na equipe de Apoio, nesse estudo, há 07 (sete) trabalhadores (41%) dessas categorias.

Dentre os 17 (dezessete) apoiadores entrevistados, 07 (sete) possuem entre 01 (um) e 05 (cinco) anos de graduados; 08 (oito) possuem entre 05 (cinco) e 10 (dez) anos de formados e apenas 02 (dois) possuem mais de dez anos de formados.

Gráfico 10 – Tempo de Formação (anos) e Tipo de Instituição de Ensino Superior – IES de graduação dos Apoiadores Institucionais DAB/SESAB, outubro-2009.



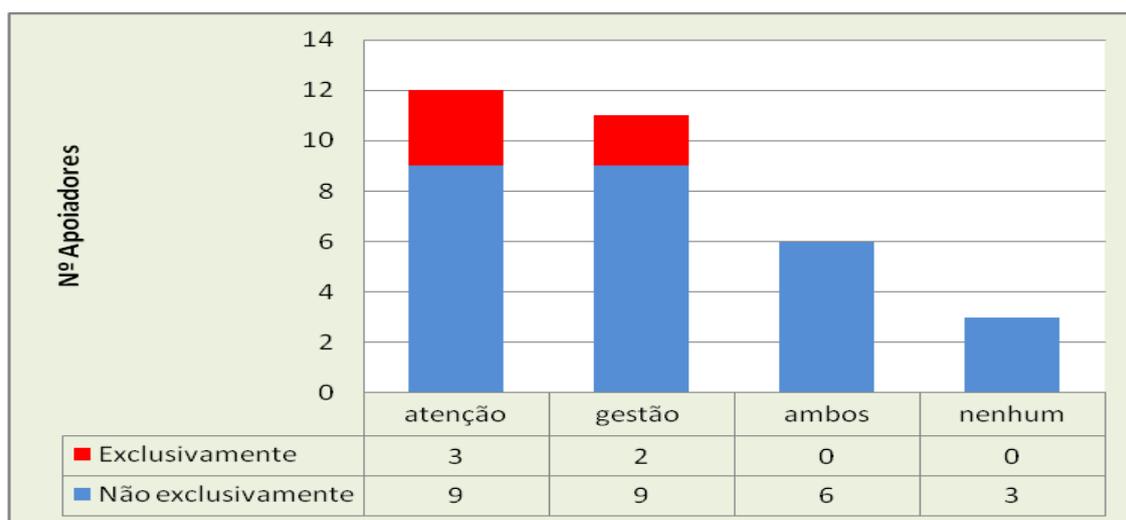
Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

Ainda sobre a formação profissional, ao analisar o tipo de estabelecimento onde esses trabalhadores foram formados: 09 (nove) são egressos de Instituições de Ensino Superior – IES públicas e 08 (oito) de IES privadas.

É interessante observar que 08 (oito) apoiadores foram graduados em IES no Estado da Bahia, sendo 04 (quatro) em IES públicas e 04 (quatro) em IES privadas; e 09 (nove) apoiadores formaram-se em outros estados – 04 (quatro) no Rio Grande do Sul; 03 (três) em São Paulo, 01 (um) na Paraíba e 01 em Havana (Cuba). Dos 07 (sete) que fizeram especialização sob a forma de residência, 02 (dois) a fizeram na Bahia e 05 (cinco) em outros estados.

Além da formação, a experiência profissional é um fator importante no desenvolvimento dos trabalhadores. A maioria, 14 (quatorze) apoiadores referiu experiência profissional anterior na Atenção Básica. 09 (nove) apoiadores tiveram experiência no âmbito da atenção, igualmente 09 (nove) apoiadores, no âmbito da gestão; 06 (seis) apoiadores acumulam experiência na atenção e na gestão da Atenção Básica. Dos entrevistados, 03 (três) possuem experiência apenas na atenção e 02 (dois) apenas na gestão. Apenas 03 (três) apoiadores não possuem experiência anterior na Atenção Básica.

Gráfico 11 – Experiência Profissional da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB na Atenção Básica, outubro – 2009.



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

- **QUALIFICAÇÃO**

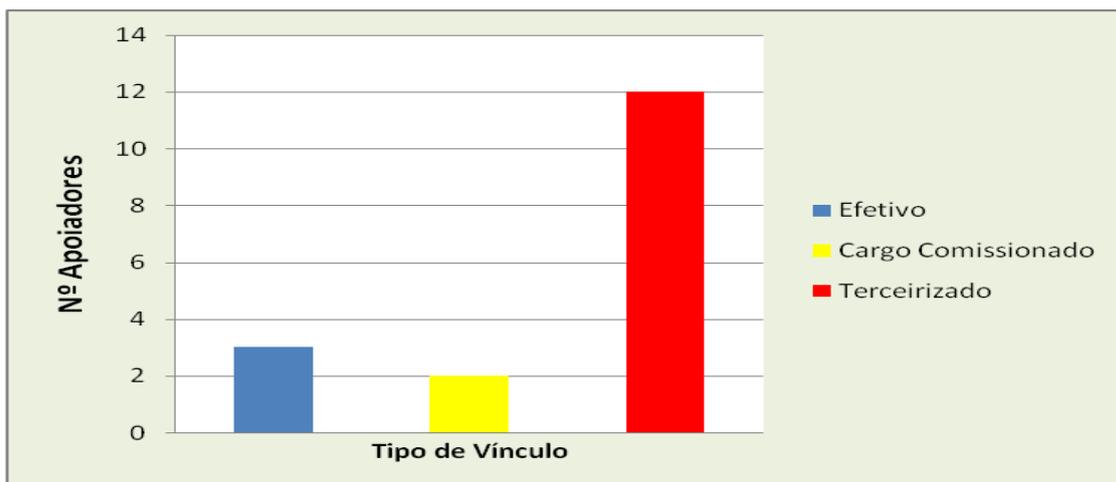
Sobre a participação em capacitação específica para o exercício da função de apóio, 06 (seis) apoiadores referiram ter participado, enquanto 11 (onze) referiram o contrário. Os 06 (seis) consideraram “capacitação” o próprio processo de acolhimento e as rodas de educação permanente da DAB/SESAB.

Todos os apoiadores que participaram do estudo referiram participar de atividades de qualificação, dentre as quais, as rodas de educação permanente são as mais citadas (82%), como também o Curso de Especialização (oferecido pela DAB/SESAB em parceria com a EESP/UFBA) e o acolhimento na diretoria.

- **TIPOS DE VÍNCULO E FAIXA SALARIAL**

Ao analisar os tipos de vínculo empregatício dos apoiadores institucionais, aparecem três tipos: 03 (três) apoiadores possuem vínculo efetivo com a SESAB, 02 (dois) assumem cargo comissionado, e a maioria, ou seja, 12 (doze) apoiadores possuem vínculo indireto, terceirizado com contratação através de empresa.

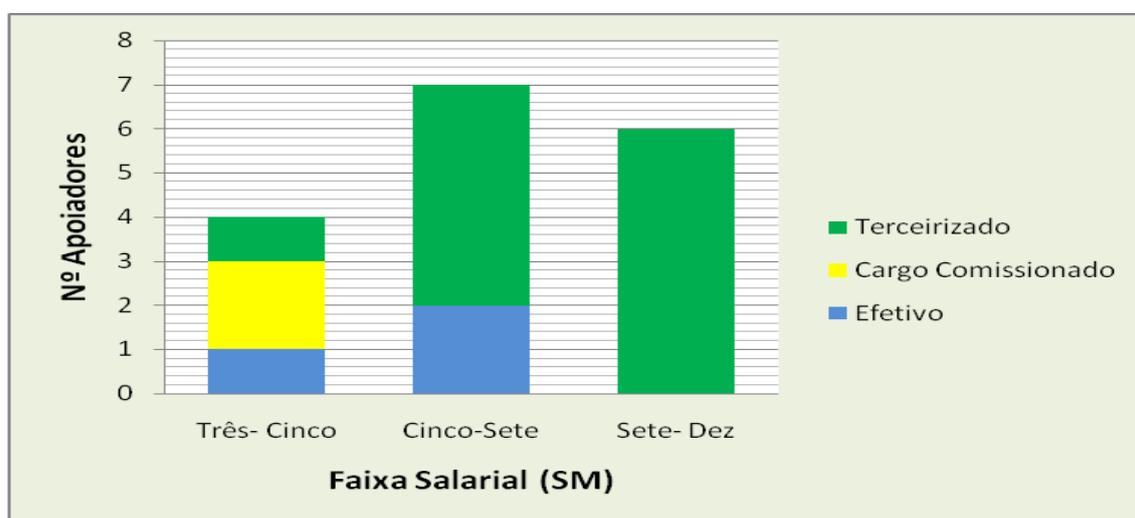
Gráfico 12 – Tipo de Vínculo Empregatício da Equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB, outubro - 2009.



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

Para analisar a remuneração dos apoiadores foram usadas três faixas que variam entre 03 (três) a 10 (dez) salários mínimos, tendo como referência o SM nacional (R\$ 465,00). 04 (quatro) apoiadores referiram receber salário líquido entre 3 (três) e 5 (cinco) salários mínimos; destes 01 (um) é servidor público efetivo, 02 (dois) possuem cargo comissionado e 01 (um) é terceirizado. 02 (dois) apoiadores com vínculo efetivo e 05 (cinco) terceirizados referiram ganhar entre 5 (cinco) e 7 (sete) SM, ou seja, 07 (sete) trabalhadores; e 06 (seis) apoiadores terceirizados declararam receber entre 7 (sete) e 10 (dez) salários mínimos.

Gráfico 13 – Faixa Salarial por Tipo de Vínculo da Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB, outubro – 2009



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

Sobre a política remuneratória aplicada, a diversidade de vínculos causa uma heterogeneidade de salários e vencimentos que favorece insatisfação, podendo comprometer a motivação dos trabalhadores, especialmente quando estes possuem semelhante qualificação e desempenham a mesma função com igual carga-horária.

- JORNADA DE TRABALHO

A jornada de trabalho oficial dos apoiadores institucionais é de 40 horas semanais, contudo, 02 (dois) apoiadores referiram uma carga-horária superior a 40h. Portanto, em relação ao perfil da equipe, em sua maioria é do sexo feminino, jovens, que identificam o Apoio como sua função institucional.

A equipe possui um tempo de atuação tanto institucional, quanto funcional recente. Embora nessa amostra seja equivalente a presença do profissional médico com o farmacêutico e o nutricionista, observa-se que a presença do primeiro é menos freqüente, seja pelos salários ofertados ou pela extensa jornada de trabalho.

Campos alerta para a tendência de desvalorizar o trabalho na ABS, sobretudo quando “o profissional da área costuma ser desvalorizado no mercado de trabalho, do ponto de vista do *status*, em especial no caso da categoria médica¹⁷. A presença de profissionais médicos na gestão estadual tem sido mais freqüente na ocupação de cargos de direção na instituição.

Predominam vínculos de trabalho precarizados, não no sentido de desproteção social ou informalidade, mas no sentido de instabilidade. A multiprofissionalidade da equipe contempla oito das quatorze profissões de saúde, todos são pós-graduados em forma de especialização e/ou residência multiprofissional, estando um apoiador com especialização em curso. A formação da equipe se deu tanto em instituições públicas quanto privadas e a maioria graduou-se há menos de 10 anos. Mais da metade da equipe formou-se em outros estados/país. De maneira geral a equipe de Apoio Institucional possui experiência anterior na Atenção Básica.

Em relação às remunerações os trabalhadores terceirizados, que é a maioria, recebem salários superiores aos com vínculo efetivo ou cargo comissionado, sendo esses últimos os que recebem os menores salários. A jornada de trabalho oficial é de quarenta horas semanais, o que pode não ser suficiente para a carga de trabalho que os apoiadores assumem, isso pode ser interpretado quando os mesmos consideram insuficiente o quantitativo de trabalhadores por mini-equipe, para o desenvolvimento das atribuições do Apoio.

O processo de trabalho da equipe de Apoio pode ser caracterizado como um trabalho em equipe multiprofissional que se pretende ser integrado e não apenas um agrupamento. Com investimento na construção/manutenção de espaços de diálogo, de vínculos, circulação de informações e de saberes, essa equipe objetiva desenvolver um trabalho interdisciplinar.

3.2. O PROCESSO DE TRABALHO DO APOIO INSTITUCIONAL NA RODA

Além da macro-função de planejar e acompanhar as ações de apoio aos municípios, coggerindo com as DARES e trabalhadores da gestão e da atenção municipais; os apoiadores participam de reuniões: de colegiado ampliado, da diretoria, da coordenação (COAD); das mini-equipes e dos GTs.

Os encontros dos GTs demandam desde elaboração de projetos, até a produção de material normativo, instrutivo e didático pedagógico, como no caso do Curso de Especialização em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado (em curso).

Diversas atividades compõem a agenda de trabalho dessa equipe, constituindo seu processo de trabalho, o qual será caracterizado a partir de algumas delas:

- **VISITAS PRESENCIAIS DE APOIO**

Uma das principais atividades dos apoiadores institucionais são as visitas presenciais de apoio que, inicialmente, foram projetadas para serem realizadas quinzenalmente. Contudo, 15 (quinze) apoiadores responderam que não as realizam com essa frequência.

De maneira geral, a média de visitas por apoiador foi de 09 (nove) municípios, no período em que atuou na função. Por isso foi revista a orientação inicial de realizar visitas quinzenais.

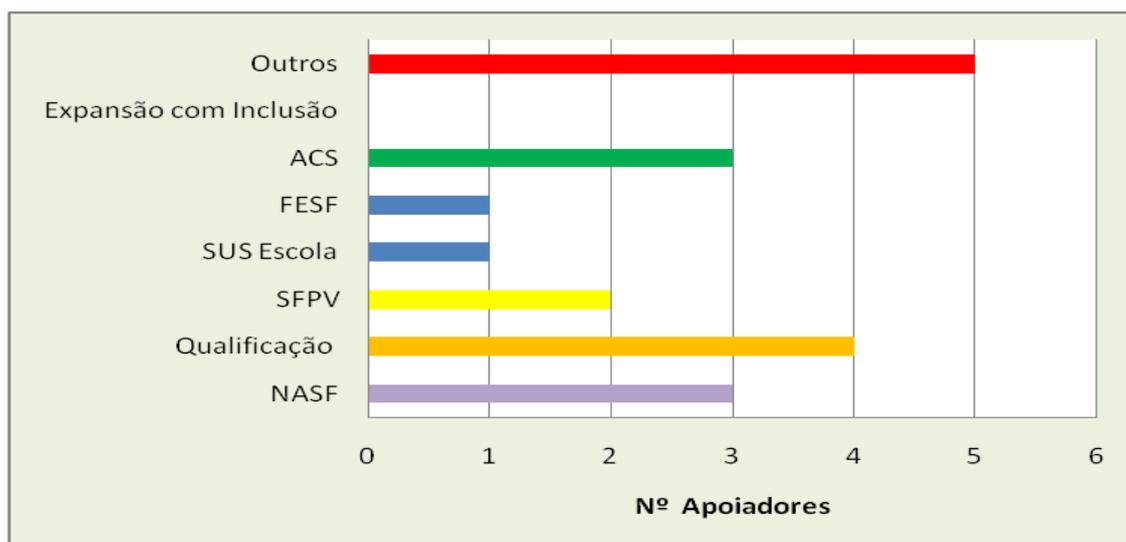
GRUPOS DE TRABALHO

Além das visitas de apoio, há as atividades dos Grupos de Trabalho, também reconhecidos como UPs, que são espaços coletivos, ou melhor, arranjo organizacional montado para estimular a produção, construção de sujeitos e coletivos organizados¹, funcionam como um dispositivo, podendo ter um caráter transitório.

Analisando as demandas mais recentes da DAB/SESAB, no contexto da migração de parte da equipe para a FESF e a incorporação de novos apoiadores, os GTs foram ressignificados e reconstituídos. Foram criados novos GTs, um denominado Intersetoriais – no qual está inserido o Projeto Iguape Sustentável - que se refere a projetos intersetoriais dos quais a Atenção Básica participa; e outro GT que acompanha o Programa Bolsa Família – PBF.

Atualmente, o GT NASF é o que tem maior participação de apoiadores, mais precisamente de 07 (sete) apoiadores; conta com a participação de pelo menos 01(um) apoiador de cada mini-equipe. Em função do grau de participação, o segundo a ser destacado é o GT Qualificação, ao qual está relacionado o Curso de Especialização em Saúde da Família com ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado e o GT ACS.

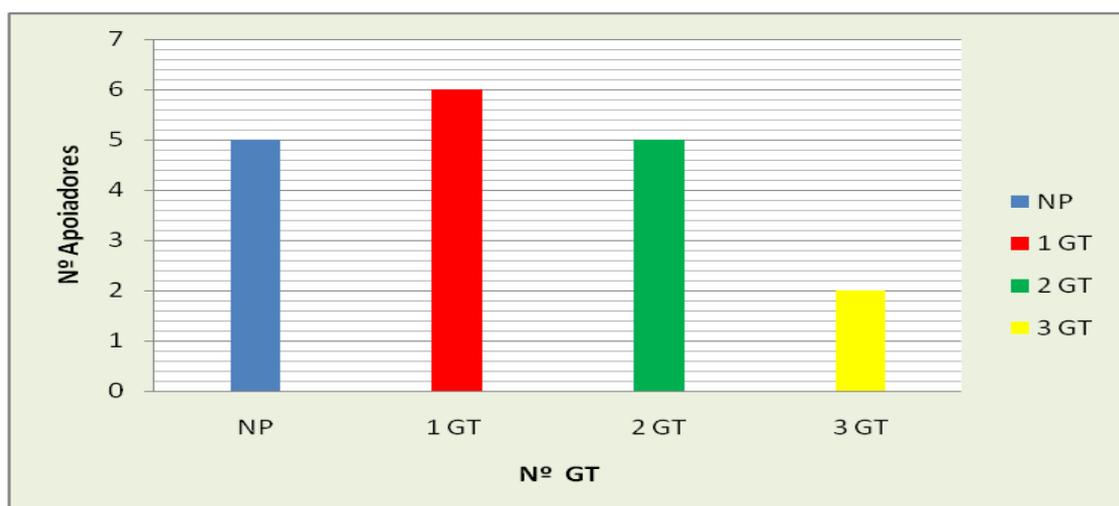
Gráfico 14 – Participação da Equipe de Apoio Institucional por Grupo de Trabalho – GT da DAB/SESA, outubro – 2009.



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

Dos 17 (dezessete) participantes do estudo, 05 (cinco) apoiadores não participam de GTs; 06 (seis) deles participam de apenas 01 (um) GT; 05 (cinco) participam de 02 (dois) GTs e 02 (dois) apoiadores participam de 03 (três) GTs.

Gráfico 15 – Participação da Equipe de Apoio Institucional na composição dos Grupos de Trabalho – GT, DAB/SESAB, outubro – 2009.

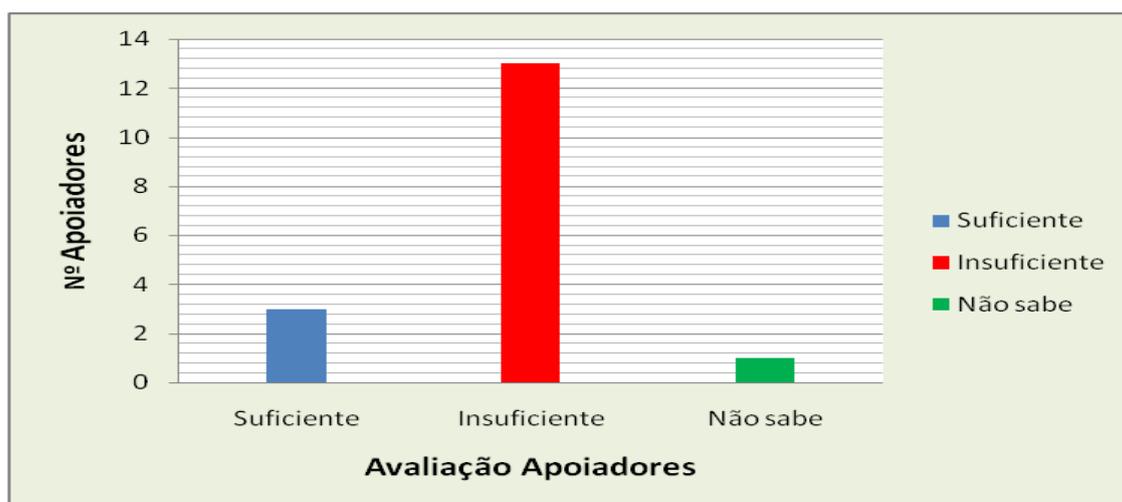


Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

- IDENTIFICAÇÃO DE DEMANDAS INTERNAS E EXTERNAS

Em relação à composição das mini-equipes de referência macrorregional, ao serem questionados sobre o quantitativo de trabalhadores em cada uma delas, apenas 03 (três) apoiadores institucionais (18%) consideraram suficiente o número de trabalhadores na sua mini-equipe; 01 (um) respondeu que não sabia (6%). Portanto, 13 (treze) apoiadores (76%) consideraram insuficiente o quantitativo de trabalhadores por mini-equipe de apoio institucional.

Gráfico 16 – Avaliação quantitativa dos Apoiadores Institucionais sobre a composição das mini-equipes de Apoio da DAB/SESAB, outubro – 2009.



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

A questão da carga de trabalho que as atribuições do apoio institucional demanda deve ser pauta prioritária em se tratando da gestão do trabalho dessa equipe. Dos treze apoiadores que responderam ser insuficiente o quantitativo de trabalhadores nas mini-equipes, a maioria, 05 (cinco) referiram a necessidade de agregar mais 1 (um) apoiador; 03 (três) sugeriram a inserção de mais 2 (dois) apoiadores em suas mini-equipes e 02 (dois) apontaram para necessidade de inclusão de 07 (sete) apoiadores a mais, considerando a dimensão das macro/microrregiões.

Sobre as categorias profissionais a serem agregadas sinalizaram a incorporação de sanitarista, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico e médico. Nenhum apoiador apresentou proposta de inserção de trabalhadores de outras áreas, todos os profissionais sugeridos compunham o elenco das profissões de saúde.

Para Campos a experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação, ao invés de serem esmagados por um estilo de gestão que seja homogeneizadora, deveriam ser estimulados a manifestarem-se mediante composição com características dos outros componentes do grupo¹.

“O trabalho em equipe não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, a co-gestão é um modo de articulá-los em um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores.” (p.17)²

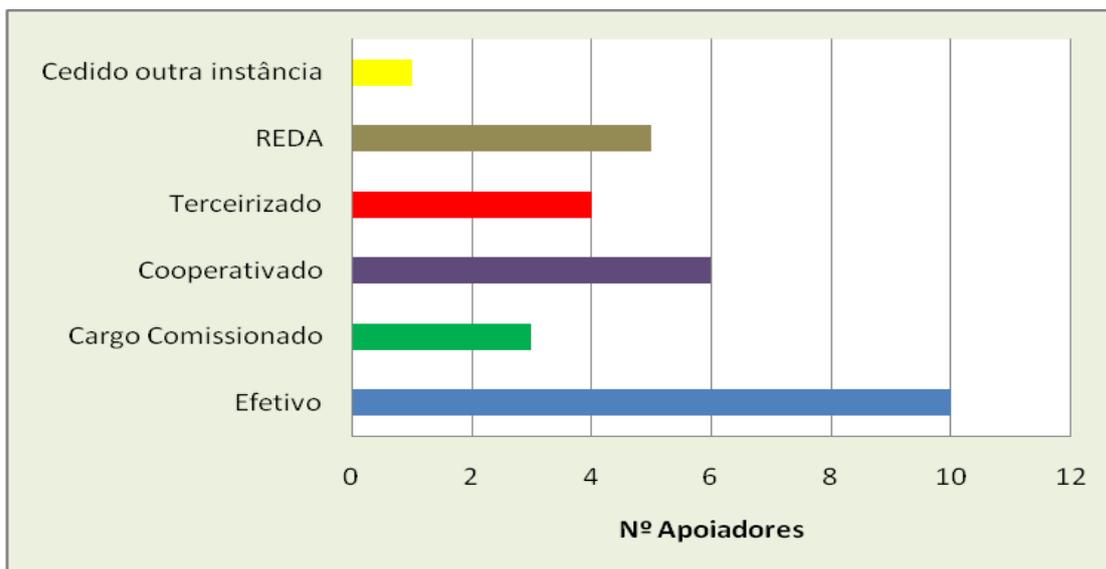
No sentido de qualificar respostas às demandas municipais ao apoio, verificou-se que foram identificadas pelos apoiadores, principalmente, aquelas relativas às Unidades de Saúde da Família – USF, seguidas das relacionadas aos NASFs, ACS e financiamento. Existem, mas foram menos identificadas, demandas de apoio em relação à FESF, Linhas de Cuidado e M&A. As demandas menos identificadas pelos apoiadores foram sobre o PSE e o Pacto pela Saúde.

Vale ressaltar, em relação à análise das demandas, que o fato destas serem mais ou menos identificadas não representa, necessariamente, uma maior ou menor necessidade concreta, numa perspectiva de significação de demandas por demandantes e demandados, ou seja, os “apoiados” e “apoiadores” solicitam e são instigados a responder aquilo que tem significado a partir de um certo olhar, desejo e interesse.

Matumoto et al chamam atenção para a análise da demanda oficial, formulada pelos responsáveis pela gestão dos processos, e a demanda implícita, que se encontra nas entrelinhas da demanda oficial³⁰, e que precisam mais do que escuta, necessitam de um processo de educação permanente a partir do qual possam emergir, tornando-se visíveis e significativas para ambos: apoiados e apoiadores.

Ao analisar os vínculos contratuais e empregatícios que os apoiadores identificaram nas macrorregiões onde atuam, a maioria, ou seja, 12 (doze) apoiadores identificaram múltiplas formas de vínculo de trabalho na Atenção Básica, sendo predominantemente citadas, em ordem decrescente, os seguintes: efetivo (10); cargo comissionado (03); cooperativados (06); terceirizados (04), REDA (05) e cedidos por outras instâncias (01). 03 (três) apoiadores não responderam a essa questão e 01 (um) respondeu que não sabe. Apenas 01 (um) apoiador referiu sobre a cedência de profissional por outra secretaria municipal.

Gráfico 17 – Tipos de Vínculos de Trabalho identificados pelos apoiadores, empregados na Atenção Básica nas Macrorregiões onde atua a Equipe de Apoio Institucional, outubro – 2009.

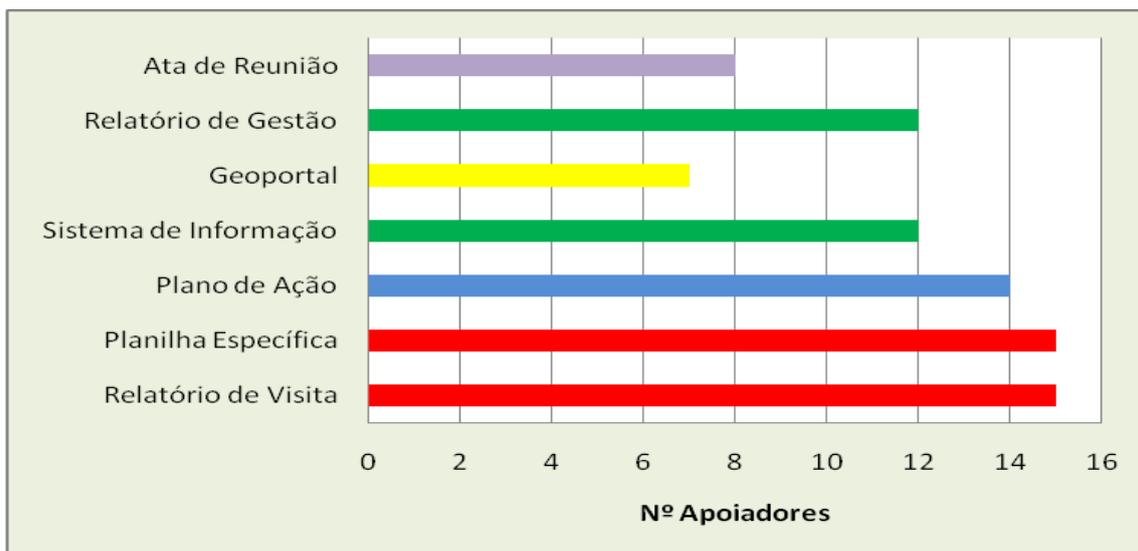


Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

- **ACOMPANHAMENTO**

Para complementar 16 (dezesseis) apoiadores da amostra pontuaram acompanhar, de alguma maneira, informações acerca da gestão do trabalho e da educação na saúde. Das fontes/instrumentos de informação utilizadas pela equipe de apoio, nesse sentido, predomina o uso de relatórios de visita e planilhas específicas (elaboradas pela própria equipe), seguidas pelos planos de ação e os sistemas de informação oficiais. Os relatórios de gestão, as atas das reuniões e o geoportal são menos utilizados. A internet é uma importante ferramenta no trabalho do apoio institucional.

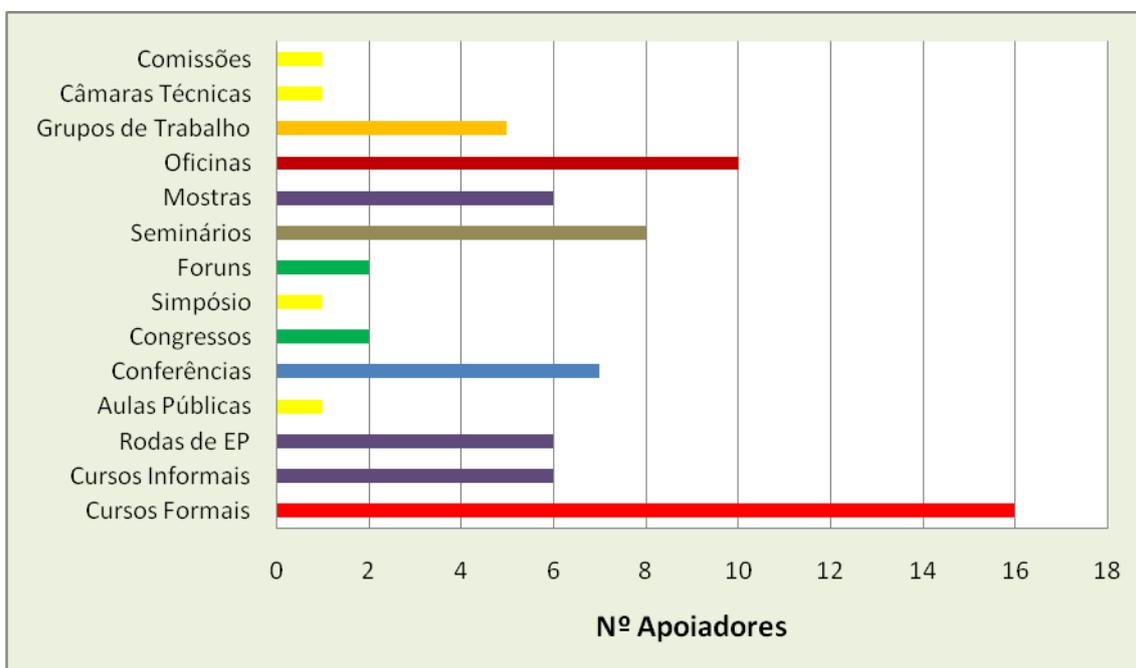
Gráfico 18 - Instrumentos utilizados pela Equipe de Apoio Institucional para acompanhar processos referentes à gestão do trabalho e da educação, outubro – 2009.



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

Os processos de educação permanente de maior ocorrência, identificados pelos apoiadores, nas distintas macrorregiões foram: cursos formais de pós-graduação/especialização/mestrado; oficinas; seminários e conferências. Depois aparecem os grupos de trabalho e as rodas de educação permanente/de discussão. A maior identificação de processos formais pode estar relacionada ao Curso de Especialização realizado em parceria com a EESP/SUPERH/SESAB.

Gráfico 19 – Processos de Educação Permanente que ocorrem nas macrorregiões de referência, identificados pela Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB, outubro – 2009.

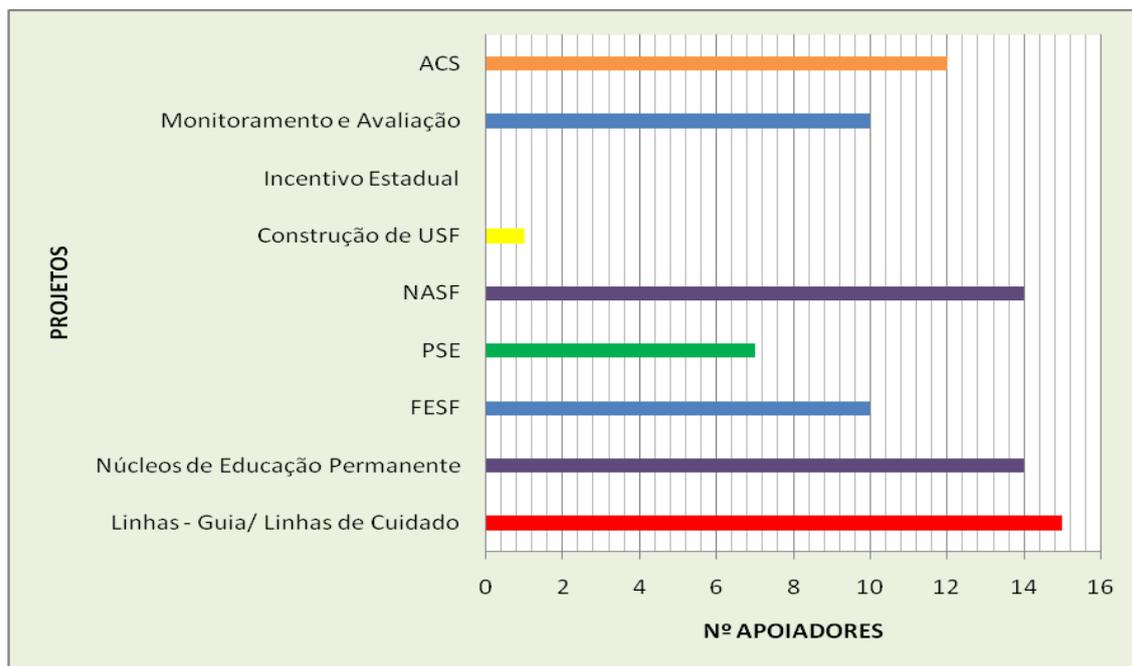


Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

Quanto ao acompanhamento desses processos, 08 (oito) apoiadores responderam não possuir instrumentos; enquanto outros 09 (nove) apoiadores responderam utilizar algum tipo de instrumento de acompanhamento, sendo os “relatórios” a ferramenta mais citada, inclusive os relatórios das atividades dos momentos presenciais do Curso de Especialização com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado.

Dos projetos da PEAB, foram identificados pelos apoiadores da amostra, como sendo estratégicos para a gestão do trabalho e da educação na saúde, os projetos: Linhas Guia-Linhas de Cuidado; Núcleos de Educação Permanente e NASF. Em seguida apareceram os projetos dos ACS, da FESF e do M&A.

Gráfico 20 – Projetos da PEAB identificados pela Equipe de Apoio Institucional como relacionados à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, outubro – 2009.



Fonte: DAB/SESAB. Elaboração própria, outubro de 2009.

A gestão do trabalho e da educação, como política transversal envolve todos os projetos da PEAB, é evidente, contudo, um maior reconhecimento dos projetos relacionados aos processos educativos. O Curso de Especialização em Atenção Básica com ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado está sendo promovido pela DAB/SESAB em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública e Núcleos Microrregionais de Implantação das Linhas de Cuidado e de Educação Permanente da Atenção Básica, constituindo-se uma das principais estratégias de educação permanente da diretoria, que certificará trabalhadores e gestores da Atenção Básica.

A implantação das linhas de cuidado está relacionada à construção de mudança de modelo de atenção à saúde que implica em transformação de práticas do cuidado, gestão, educação e controle social. A implementação dessa estratégia que faz parte do Projeto “O SUS é uma Escola” está sendo realizada a partir do curso citado, na concepção de educação permanente, trazida pela Política Nacional de Educação Permanente - PNEP (Portaria nº 1996/2007)³⁴, como educação no e para o trabalho.

A partir dos dados da oficina realizada com os apoiadores, que complementa a análise dos dados acima, pode-se perceber que no conceito de Apoio Institucional atribuído pelos próprios apoiadores como:

“Modo de gestão em saúde que utiliza espaços coletivos e postura dialógica em seu fazer, superando a supervisão fiscalizatória tradicional e promovendo autonomia aos sujeitos no seu próprio trabalho. É fundamentada no método Paidéia, de Gastão Wagner.” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

“Uma nova postura metodológica de gestão, que além dos processos de tecnologia mais duras da gestão, incorpora ao seu fazer tecnologias leves de compreensão e produção dos sujeitos.” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

Está presente na expressão dos apoiadores a tentativa de ruptura com formas tradicionais de se fazer a gestão e a subjetividade que transversaliza esse modus de produzir saúde, sem, contudo, negar competências básicas a serem aprendidas e desenvolvidas por essa equipe:

“O Apoio Institucional considera que a gestão é produto de interações pessoais procurando compatibilizar as funções fim do trabalho, produção de bens ou serviços, produção social e subjetiva dos trabalhadores e usuários, e produzindo efeito sobre o modo de ser dos trabalhadores e usuários das organizações (Campos, 2003).” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

”Apoio Institucional acredito ser a forma pensada para se tentar operacionalizar o que o SUS por si só já traz na sua hierarquização. Por exemplo, regionalização, descentralização. Seria uma ação mais "solidária" junto aos municípios. As teorias que sigo são da ordem das discussões do Estado (Gramisch, Marx), da gestão (Campos, Merhy) e planejamento (Testa, Matus).” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

“A concepção é que funciona na lógica de apoio matricial, a partir da perspectiva de encontros entre instâncias de gestão, trabalhador e usuário na possibilidade de construção de projetos coletivos, implantação e formulação das políticas da atenção básica para o Estado e os municípios. Defendendo uma postura democrática de co-responsabilização e implicação dos diferentes autores com autonomia sobre o processo de trabalho.” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

Durante a oficina, um apoiador relata que os dois colegas que responderam sobre a jornada de trabalho acima de 40h foram autores de informação mais verdadeira e sobre isso, um outro apoiador completou:

“Nós falamos do trabalho nos hospitais e na Saúde da Família, mas não lembramos que trabalhamos à noite, nos sábados e domingos, que não dormimos direito, e quando tem algo importante no dia seguinte...”
(Apoiador institucional DAB/SESAB)

Dois apoiadores refletindo sobre as visitas presenciais comentam:

“Não conseguimos fazer as visitas com regularidade pelo excesso de demandas na Diretoria. Agora com as orientações de aprendizagem, conseguimos voltar com maior regularidade o que tem acontecido a cada 30 dias ou 45 dias.” (Apoiador Institucional DAB/SESAB)

“As visitas de apoio ocorrem mensalmente. É impossível com a quantidade de ações da DAB realizar essas visitas quinzenalmente.” (Apoiador Institucional DAB/SESAB)

“Até o ano de 2008 conseguia planejar e realizar agendas quinzenais de apoio. Após o curso: Projeto de Linhas de Cuidado as agendas de apoio se tornaram mais esporádicas e tem o foco sobre o projeto. Busco desenvolver mensalmente apoio às Dires e municípios sede de microrregião, além de alguns esporádicos (agendas relacionadas às demandas de auditorias, CGU, DENASUS).” (Apoiador Institucional DAB/SESAB)

Pode-se observar que há um certo desconforto pela carga de trabalho que lhes é atribuída, assim como constante necessidade de reorganizar os processos de trabalho para atender às demandas impostas, sobre isso os apoiadores relatam:

Acolher as demandas e "problematizar", quando necessário, possíveis demandas "silenciosas". (Apoiador institucional DAB/SESAB)

“Por conta das demandas internas que cada UP tem. No entanto, fazemos apoio/orientação via e-mail, telefone ou quando os gestores vêm à diretoria.”
(Apoiador Institucional DAB/SESAB)

“O apoio institucional deve trabalhar na perspectiva de favorecer ferramentas para que os municípios entendam seu papel na construção de um SUS capaz de dar conta da maior parte de seus problemas de saúde.” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

Em relação a predominância de vínculos de trabalho precários da equipe de Apoio Institucional da DAB/SESAB, dois apoiadores, após discutirem os conceitos de precariedade, comentam:

“A gente diz que o nosso vínculo, por ser celetista, é precário, mas entramos em contradição quando apoiamos a fundação Estatal...” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

“É precário também por que pode não ter continuidade dos projetos e trabalhos propostos...” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

Sobre a remuneração da equipe, um deles fez o seguinte comentário:

...não é o dinheiro que atrai o trabalhador, mas o prazer, a satisfação...
(Apoiador institucional DAB/SESAB)

E pontuando aspectos ideológicos presentes no coletivo dos trabalhadores da diretoria, outro apoiador completa:

“...está na gestão quem tem tesão, quem não tem fica ali pouco tempo e cai fora, por que a gestão tem que ver as engrenagens...o que está ocorrendo de iniquidade, criar projetos e estratégias e aplicá-las e gerenciá-las.” (Apoiador Institucional DAB/SESAB)

Como podemos perceber no relato de um apoiador acerca da teoria que fundamenta sua atuação:

“Se orienta no Apoio Paidéia. Acredito que o apoio institucional desenvolve novas relações junto aos diversos atores sociais, trabalhando co-responsabilização, reflexão crítica, construção conjunta se pautando a todo

instante na lógica da educação permanente.” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

Embora a DAB/SESAB invista no seu papel institucional de cooperação com os municípios, contribuindo para que estes conquistem efetivamente uma maior autonomia, implementando processos co-gestores, observa-se que permeia ainda algumas contradições, como pode-se perceber na consideração de um apoiador sobre o processo de Apoio:

“O conceito de apoio é baseado no conceito do método da roda basicamente: apoio não é supervisão. É necessário estar próximo do gestor, identificar as dificuldades na gestão, propor ferramentas de trabalho e **puní-lo**, quando necessário. Acompanhar e monitorar os municípios na elaboração dos projetos em saúde.” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

Quando o Apoio Institucional é tomado enquanto uma inovação, deseja-se enfatizar que vem de um processo de reflexão sobre uma prática historicamente construída, e que, por isso mesmo, possui um forte componente ideológico, podendo ser considerada como contra-hegemônico às práticas autoritárias pregressas.

“A idéia de apoio é a de troca e de apoiar fornecendo subsídios para a mudança, o que às vezes entra em choque com o papel diretor e regulador do Estado. As diretrizes que tenho, vem da proposta de Gastão e Merhy, além da ferramenta de apoio matricial...” (Apoiador institucional DAB/SESAB)

Colocar na Roda o resultado dessa análise do trabalho do apoio institucional da DAB/SESAB com foco na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é uma possibilidade de contribuir para reorientação do processo de trabalho dessa equipe a partir do reconhecimento de demandas de educação permanente visando qualificar o apoio ao desenvolvimento da Atenção Básica no estado.

CAPÍTULO 4. APOIO INSTITUCIONAL E A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: REFLEXÕES E RECOMENDAÇÕES

A Política Estadual de Atenção Básica guarda consonância, através de seus eixos e projetos estratégicos, com a Política Nacional de Atenção Básica. Retomando o conceito de gestão trazido por Campos, e que fundamenta a prática da equipe de Apoio Institucional, percebe-se que a função pedagógica e política têm um investimento maior ao componente gerencial; não sendo possível, fazer qualquer inferência sobre sua dimensão terapêutica¹.

A partir dos objetivos gerais da gestão apresentados por Souza, independente da dimensão (macro, meso ou micro), as características da equipe de Apoio Institucional identificadas apontam para alguns desafios acerca do seu perfil e processos de trabalho sobre os quais propõe-se algumas reflexões¹¹.

Nos processos de mudanças para enfrentar um novo modelo de organização, mudam também as qualificações necessárias para esse novo trabalho. Entre as novas competências requeridas destacam-se o aumento da escolaridade exigida, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, acesso a mais informações, capacidade de decisão frente a problemas complexos e valorização de traços de personalidade como: responsabilidade, criatividade, iniciativa e criticidade³⁷.

A devolução de apenas 65% dos questionários, como também a participação de apenas 23% dos apoiadores na pesquisa, apesar de não inviabilizar o estudo, pode a princípio ser um ponto de reflexão sobre o interesse e relevância da equipe em reconhecer fatores e aspectos que subsidiem uma auto-crítica/auto-reflexão do seu processo de trabalho.

Muitas questões emergem a partir dos resultados obtidos nessa pesquisa, como por exemplo, o gênero é um fator importante no desenvolvimento desse trabalho? Existem implicações relacionadas à predominância de mulheres nessa equipe de gestão que apóia regionais e municípios, gestores e trabalhadores?

A carreira é um meio de valorização da força de trabalho, é parte de uma necessária justiça redistributiva, voltada para o reconhecimento do mérito e do esforço pessoal. Mas, ao mesmo tempo, funciona como um instrumento impessoal ou organizacional que visa a dar continuidade aos objetivos implícitos na missão institucional.(p.432)³⁵

Para cumprir com a missão institucional, e defender uma carreira, é necessário ter clareza das atribuições, competências e habilidades dos trabalhadores envolvidos numa determinada função. A assunção de funções como OAC e membro efetivo de CGMR, que apareceram no estudo, são atividades de apoio institucional?

Em que pese à carga de trabalho, a função/atividade de OAC pode ser relacionada à função pedagógica da gestão, como Campos a conceitua, e que pode estar vinculada ou não a um processo formal de educação; nesse caso, em particular, ao Curso de Especialização em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado.

Já a participação em um CGMR, como membro efetivo - componente de um Colegiado de Gestão Microrregional, nomeado como representante da gestão estadual para acompanhar o processo de implantação e implementação das políticas de saúde regionalmente, no caso da Bahia, microrregionalmente²⁶ - mesmo em microrregião onde o apoiador atua, exige mais do que habilidades e competências pedagógicas, trata-se de desenvolver atividades que articulam outras políticas de saúde, ampliando o objeto de “apoio”, não para o desenvolvimento da atenção básica, mas para o desenvolvimento das políticas de saúde regionalizadas e integradas, gerando uma sobrecarga de trabalho.

A NOB/RH-SUS propõe uma ressignificação da gestão da educação na saúde, ampliando os processos de educação continuada (para qualificação dos trabalhadores) e de educação em saúde, na maioria das vezes desenvolvidos através de uma abordagem pedagógica bancária, estabelecendo como diretriz para o desenvolvimento dos trabalhadores, ou seja, seu crescimento profissional, laboral e humano, gerador de satisfação e implicação no trabalho; reconhecimento e consciência cidadã, elegendo a seguinte concepção de educação permanente:

...processo de permanente aquisição de informações, pelo trabalhador; de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal e não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. (p.32)¹⁰

A migração da força de trabalho, um fenômeno da atualidade, vem crescendo nas últimas décadas, não só no Brasil, como no mundo. Em recente publicação (jul/2009) a revista da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde - RETS aborda o tema da migração da força de trabalho na saúde e os principais problemas reconhecidos pela OMS é a dificuldade de atrair e manter profissionais nos territórios onde estes são mais necessários.

No 2º Encontro Regional de Migrações dos Recursos Humanos de Saúde, ocorrido em junho de 2009, que discutiu o panorama nas Américas, o Brasil, segundo dados apresentados nesse evento possui um “superávit de recursos humanos qualificados e, paradoxalmente, déficits de profissionais em algumas regiões, limitações do sistema produtivo para empregar os recursos qualificados e baixa capacidade de oferecer estímulos profissionais”, sendo considerado, mesmo com as barreiras do idioma, um potencial exportador de profissionais na área de saúde.

Nesse artigo, identificam-se como principais causas para o eminente processo migratório nacional e internacional da força de trabalho na saúde as relacionadas a melhores empregos, melhores condições de vida e segurança. Acrescentaria a estes, outros fatores: aspectos político-ideológicos, bem como vínculos subjetivos provenientes de relações interpessoais entre trabalhadores/sujeitos migrantes, aspectos observados e presentes na equipe da DAB/SESAB.

Tem-se discutido o fenômeno da migração da força de trabalho em saúde, mas esse é um processo que vem ocorrendo desde a formação. Há que se considerar, portanto, uma migração de estudantes da saúde, principalmente para especializarem-se, o que afirma a concentração de instituições de ensino, assim como as lacunas deixadas na graduação, gerando elevada demanda por pós-graduação; crescendo-se a isso maior valorização do

ensino formal, questão de debate para uma política de educação na saúde que pretende reconhecer a qualificação dos trabalhadores a partir de processos informais.

“A alta rotatividade de gestores, as novas funções que vão surgindo, a infinidade de ações de desenvolvimento relacionadas à qualificação da gestão, que podem ser realizadas, tanto no âmbito interno à SES quanto externo, devem fazer com que o gestor estadual articule iniciativas de grande alcance para a qualificação dos serviços, para implementação de educação permanente, para coordenar o apoio dos agentes formadores a estas demandas.” (p. 61)³⁸

Nessa perspectiva, e partindo da análise realizada, para atender às significativas demandas de Gestão do Trabalho e da Educação na agenda dos apoiadores, essa política “tem que entrar na roda”, para dialogar com a PEAB e potencializar a caixa de ferramentas desses gestores no apoio ao desenvolvimento da Atenção Básica. Como também, a própria equipe aplicá-la para refletir sobre a produção de seu trabalho. “Pela prática se critica o saber; pelo conhecimento se critica a práxis.” (p.62)²

As demandas de gestão do trabalho e da educação na saúde na Atenção Básica estão na raiz de inúmeros problemas identificados e priorizados pela gestão estadual e encontram-se, desse modo, visivelmente presentes na agenda dos apoiadores institucionais.

Aprofundar a discussão sobre as competências requeridas e estratégias educacionais adequadas, em conjunto com setores, áreas, instituições parceiras, identificando também suas capacidades de resposta é uma ação fundamental para a construção de uma política efetiva de qualificação de pessoal nas SES e para o apoio aos municípios.

Um pressuposto da educação permanente é a aprendizagem significativa, que parte do desconforto, incômodo pela forma insuficiente, seja da organização dos processos de trabalho, seja de como se atua e pensa diante de um problema para resolvê-lo. Se esse problema tem significado para o sujeito, então esse pode desenvolver um aprendizado significativo³⁸.

Desse modo pode-se identificar a necessidade de uma aproximação dessa equipe com a Gestão do Trabalho e da Educação, inserida na agenda da Reforma Sanitária desde 1986, quando ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Recursos Humanos.

A Constituição de 1988 atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação dos seus recursos humanos, abrindo a possibilidade de formar trabalhadores com perfil que atendesse às necessidades técnicas e sociais, às realidades locais e regionais e, principalmente, reconhecendo uma política voltada aos trabalhadores como essencial para a implementação do sistema.

Os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH- SUS) sistematizam os principais pontos da legislação vigente para a gestão pública do trabalho, a normatização da sua aplicação e sugestão de mecanismos reguladores da relação dos gestores com os prestadores de serviço de saúde, com respeito às suas responsabilidades nas relações entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e prestadores e dos pactos intergestores. Esse documento estimula o debate sobre as concepções a partir das quais se faz a gestão do trabalho e do trabalhador na saúde.

Tomando esse referencial para análise das demandas reconhecidas pela equipe da DAB/SESAB, sobre a diversidade de vínculos identificados, a diretoria propôs responder aos problemas encontrados com o Projeto de Desprecarização dos ACS e da Fundação Estatal de Saúde da Família/Carreira de Saúde da Família.

A FESF foi recentemente instituída, estando em processo de implantação, mas vale ressaltar que esta proposta contempla os profissionais de saúde da família de nível universitário, devendo-se pensar em propostas que incluam os profissionais de nível técnico, bem como os demais trabalhadores da saúde, e não apenas os profissionais de saúde.

Quanto aos instrumentos utilizados pela equipe para o acompanhamento do Apoio, é importante avaliar suas limitações e potencialidades, assim como as demandas para educação permanente a fim de habilitar a equipe para melhor explorar tais ferramentas, podendo inclusive propor outras, em diálogo com os demais sujeitos da rede co-gestora

da Atenção Básica no estado.

A diversidade de processos educativos que podem ser realizados devem também incrementar a caixa de ferramentas dos apoiadores, ampliando a oferta de Apoio aos municípios. Embora ainda haja valorização dos processos formais há de serem desenvolvidas estratégias para a implementação da educação permanente com reconhecimento dos processos informais de aprendizagem no e para o trabalho. Assim como os instrumentos de acompanhamento, as diversas formas de organizar/realizar processos educativos podem ser consideradas demandas de educação permanente para essa equipe.

Sobre a dimensão pedagógica do trabalho da equipe de Apoio Institucional, deve-se fazer uma reflexão sobre o investimento em seu papel de articulação e fortalecimento da gestão locorregional, em detrimento a um papel de execução de processos, mesmo que de cunho pedagógico, função da gestão.

Algumas ferramentas pedagógicas já foram incorporadas pelos apoiadores para a qualificação dos trabalhadores, como a Educação à Distância – EAD, que constitui um instrumento facilitador aos processos de formação e capacitação. Trata-se de “processo educacional interativo que propicia a produção de conhecimento individual e grupal, em processos colaborativos, favorecidos pelo uso de ambientes digitais e interativos de aprendizagem. Os tutores de educação permanente são novos personagens das equipes de docentes preparadas para a formação em saúde³⁸.

A maioria dos apoiadores institucionais são tutores (OAC) do Curso de Especialização para Implantação das Linhas de Cuidado. Esse curso tem tomado a agenda dos apoiadores, sendo uma das principais atividades desenvolvidas pela equipe. Percebe-se uma demanda importante sobre o que a PNAB traz como principal competência da gestão estadual: o monitoramento e a avaliação da política, sua implementação e seus resultados.

A avaliação de resultados, uma das ferramentas da gestão estadual para planejamento e reorganização de processos de trabalho, já possui um instrumento que é o Pacto pela Vida; contudo o processo de pactuação deve ser transformado em um processo

pedagógico vencendo seu caráter ainda normativo e burocrático; para tanto, faz-se necessário o envolvimento, reflexão/discussão e apropriação sobre o mesmo, pela equipe de Apoio visando sua qualificação.

Uma competência/habilidade a ser explorada pela equipe de apoio para além da potencialidade do trabalho em equipe que esta desenvolve, trata-se de articular com outros setores/áreas no nível estadual, regional e municipal a fim de apoiar o desenvolvimento da Atenção Básica, em particular com as diretorias da SUPERH/SESAB, para fortalecer a Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Essa articulação promoverá o conhecimento de muitas ferramentas que objetivam responder às demandas de gestão do trabalho e da educação; e, portanto, da Atenção Básica, inclusive sobre a rede de integração educação-trabalho que está sendo formada no estado. Assim como, o acesso aos espaços de negociação, a exemplo das mesas de negociação permanente, bem como incentivo à implantação dos mesmos, facilitando o diálogo entre gestores e trabalhadores, contribui para efetivar uma política mais equânime de gestão do trabalho no SUS. O estímulo à participação nesses espaços é também uma estratégia para o fortalecimento do controle social.

Além disso, essa articulação potencializa a possibilidade de ampliação do *núcleo permanente*³⁵ de trabalhadores da DAB/SESAB, através da convocação de servidores concursados, aprovados no último concurso público realizado, para agregar à equipe existente, conforme necessidade sinalizada pela própria equipe, partindo de uma revisão das responsabilidades atribuídas a estes trabalhadores, cuja carga de trabalho é intensa, embora tenham qualificação e relativa experiência profissional.

Com a instituição da Fundação Estatal de Saúde da Família – FESF em maio de 2009, parte da equipe de apoiadores da DAB/SESAB migrou para compor o quadro de pessoal da fundação. Uma explicação para essa migração pode estar associada ao tipo de vínculo que essa equipe possuía/possui.

Recorrendo a Nogueira, se por um lado, a estabilidade na administração pública vem sendo questionada, pelo dinamismo e necessidade de adequar o quadro de pessoal às

mudanças tecnológicas, variações de mercado, fatores culturais e econômicos, por outro lado, a proposição de novos modelos de gestão não deve comprometer a estabilidade das políticas institucionais³⁵.

Ao discutir as tensões entre estabilidade e flexibilidade, Nogueira alerta que as vantagens da flexibilidade, ou seja, de “encontrar uma forma de colocar prontamente a pessoa certa no lugar certo”, não pode prescindir da continuidade das políticas institucionais que depende da existência de um *núcleo permanente* de trabalhadores estáveis e em exercício de funções típicas de carreira.

Segundo Nogueira, a flexibilidade, através de contratos temporários, terceirização e cooperativização, “não deve excluir a estabilidade funcional de um número maior ou menor de pessoas que garantem a continuidade da direção institucional”; alerta para o risco das organizações públicas perderem a memória institucional, além da descontinuidade de projetos com longo prazo de execução. (p. 431)³⁵

Em 1996, Nogueira cita a existência de pelo menos quinze diferentes formas de vinculação à estrutura pública no SUS, e ainda não se contava com a proposta da Fundação Estatal como um novo modelo jurídico de gestão. Mas esse autor já considerava que as organizações públicas necessitavam de distintos mecanismos de vinculação e de remuneração, sem o que estaria em descompasso com a dinâmica do mercado de trabalho³⁵.

Para Nogueira, a gestão deve envidar esforços no sentido de regular de forma apropriada os três componentes de pessoal: o núcleo permanente da carreira, o contratado temporariamente e o terceirizado; e acrescenta que:

“... quanto maior a proporção de funções técnicas exercidas pela unidade em questão... maior deve ser o espaço da flexibilidade na contratação de força de trabalho suplementar ao quadro permanente de pessoal e, inversamente, quanto maior a proporção de funções gerenciais... mais espaço deve ser cedido ao núcleo de carreira. Da mesma maneira, obedecendo à hierarquia de competências administrativas, justifica-se que o gestor federal tenha proporcionalmente mais funcionários em estruturas de carreiras do que o gestor municipal.” (p.433)³⁵

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, em publicação recente afirma que a flexibilização na contratação está diretamente relacionada com a precariedade do trabalho no SUS e aponta pelo menos três conceituações de precariedade e informalidade do trabalho: uma que diz respeito ao déficit ou ausência de proteção social; outra associada à instabilidade do vínculo, do ponto de vista do interesse dos trabalhadores e ainda uma terceira associada a condições que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores (informalidade do trabalho)³⁶.

O documento do CONASS traz que o Regime Jurídico Único – RJU ainda é a forma exclusiva de incorporação de servidores na administração pública nas diferentes esferas de governo (Lei nº 8.112/1990), podendo-se adotar de forma complementar, a contratação de serviços pela via da terceirização (Lei nº 8.666/1993)³⁷.

Ao longo das últimas décadas e de forma progressiva, as administrações públicas vêm diversificando as formas de contratação e de gestão de pessoal, incluindo a terceirização através de empresas. Dentre as estratégias apontadas pelo MS no sentido de desprecarizar o trabalho no SUS, foram priorizados os seguintes pontos: concurso público; plano de carreira, cargos, e salários e negociação do trabalho no SUS.

A ausência de uma carreira que permita, não apenas a estabilidade, mas principalmente, mobilidade em termos de progressão e promoção, além de uma maior proteção social, deve ser um fator a ser considerado para explicar a migração de parte dos trabalhadores da DAB/SESAB para a FESF.

Embora não seja o único, a remuneração é um fator de atração e fixação de trabalhadores.

“O trabalho tem o potencial de atender às necessidades dos próprios produtores. Tanto garantindo-lhes a sobrevivência (uma remuneração), quanto proporcionando-lhes realização pessoal.”(p.50)¹

Percebe-se um forte compromisso ideológico da equipe de apoiadores da DAB/SESAB, contudo, essa é uma questão ética-política a ser considerada. A NOB-RH/SUS

recomenda um tratamento isonômico, independente do tipo ou regime de vínculo empregatício¹⁰.

Cabe lembrar que uma das principais agendas da equipe de apoio atualmente tem sido a tutoria (orientação de aprendizagem) do Curso de Especialização para implantação das Linhas de Cuidado e que esta atividade é remunerada através de uma bolsa, configurando uma complementação salarial. Todavia, essa função acrescenta uma carga ao trabalho da equipe.

A proposta de apoio se constitui em realizar um planejamento com os apoiadores regionais (DIRES) e municipais na perspectiva da “roda”, discutindo os projetos da ABS os quais envolvem diversas atividades.

O processo de planejamento engloba a definição e análise de critérios para a equipe eger os municípios para uma intensificação do apoio e agendamento de visitas presenciais. A agenda dos apoiadores reflete uma carga de trabalho importante, na medida em que se tem conciliado às necessidades de visitas presenciais de apoio aos municípios prioritários com as atividades de tutoria do curso de especialização.

Para o processo de trabalho ser revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem, não significa transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas buscar o conhecimento e atitudes na estrutura dos problemas e assumir uma postura pedagógica que se desdobre em soluções técnicas.

Uma outra sugestão é de refletir sobre os critérios para composição da equipe, no que diz respeito à distribuição de trabalhadores efetivos nas diferentes mini-equipes, a fim de favorecer a memória institucional e a continuidade dos projetos e estratégias para o apoio ao desenvolvimento da Atenção Básica na Bahia. Respeitando, indubitavelmente a multiprofissionalidade, as competências e habilidades complementares dentro de uma mini-equipe, bem como outros critérios que perpassam a subjetividade desses sujeitos: desejos e interesses.

Recomenda-se também estimular a própria equipe e/ou articular com instituições formadoras que possui interesse/projetos na área de saúde do trabalhador e/ou com o

próprio Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – CESAT para aprofundar um estudo, sobre as atribuições dessa equipe e sua jornada de trabalho, avaliando a carga de trabalho, e mapeando riscos a fim de subsidiar processos de negociação e implantação de projetos de qualidade de vida no trabalho, objetivando prevenir doenças ocupacionais e promover um ambiente de trabalho saudável, produtivo e prazeroso, visando uma maior autonomia, criatividade e desalienação, que geram o alcance dos resultados esperados com satisfação e realização dos trabalhadores.

A saúde do trabalhador é um importante componente de uma Política de Gestão do Trabalho na saúde, uma vez que estes trabalhadores convivem cotidianamente com processos de dor, sofrimento, tensões e conflitos sejam no sentido físico, psíquico ou sócio-político.

Sempre que possível, além das já citadas anteriormente, os apoiadores devem participar das reuniões dos CGMR de referência: pautando, discutindo, sugerindo, respondendo, orientando, planejando, avaliando, enfim construindo com os gestores regionais e municipais uma política integrada e regionalizada de ABS.

A partir de pontos, sistematizados por Santos-Filho, para valorização dos trabalhadores e da análise do processo de trabalho da equipe de apoiadores da DAB/SESAB com foco na gestão do trabalho e da educação na saúde, dos problemas identificados em relação à organização das equipes, processo e relações de trabalho que envolve os recursos, infraestrutura e dimensionamento da capacidade operacional, pôde-se perceber insatisfação com o quantitativo de apoiadores por mini-equipes, provocando uma reflexão sobre uma possível necessidade de redimensionar essa equipe¹².

Alguns pontos a serem destacados é que a valorização deve ser disparada no próprio cotidiano do serviço, das equipes, da rede; através de momentos de encontro e espaços de educação permanente, realização de avaliações sistemáticas e colegiados ampliados que permitam um gestão participativa, e esses são fatores concretamente presentes no processo de trabalho das equipes de Apoio Institucional da DAB/SESAB.

No exercício de uma nova forma de gerir o trabalho na saúde/ no SUS, não basta analisar e redesenhar os processos de trabalho, faz-se necessário qualificar

permanentemente as equipes; investir e disponibilizar tecnologias, favorecendo uma gestão compartilhada; articular e construir redes de gestão e desenvolver novas formas de acolhimento, interação e comunicação ente os trabalhadores.

A comunicação é fator primordial para o trabalho em equipe, na gestão, em particular no apoio institucional, em cuja equipe circula diferentes linguagens, de diferentes formações, em diferentes estados, com diferentes naturalidades e culturas. Essas diferenças podem ser de grande riqueza e potência, mas geram conflitos, o que exige cuidados, especialmente no que diz respeito à comunicação.

E por fim, o processo de trabalho do Apoio Institucional possui uma dinâmica complexa e singular, contudo reconhecer suas características, como está estruturado e organizado permitiu identificar elementos para reflexão/discussão sobre o trabalho dessa equipe com um olhar da gestão do trabalho e da educação na saúde, além de sugerir e recomendar estratégias que devem ser colocadas na roda para uma auto-análise e auto-gestão, sistematizadas a seguir:

- Realização de avaliações sistemáticas do apoio e apoiadores, além das auto-avaliações ou endo-avaliações, que são mais frequentes, exo-avaliações e hetero-avaliações a partir das quais aprimorem-se as atividades de apoio, cuja implantação é recente na gestão estadual.
- Re-dimensionar a equipe de Apoio Institucional considerando também como critérios a constituição de um *núcleo permanente*, quantitativamente e qualitativamente adequada para o exercício de suas funções.
- Examinar a função do Apoio Institucional, as atribuições dos apoiadores, sistematizá-las e analisá-las confrontando com sua jornada de trabalho (carga-horária) e sua remuneração.
- Pleitear candidatos aprovados no concurso público para compor a equipe a partir do estudo de redimensionamento e reforçar um núcleo permanente na diretoria, com vistas à sustentabilidade do(s) projetos(s), favorecendo a memória institucional.

- Articular, estimular e apoiar pesquisas que venham a qualificar o processo de trabalho dessa equipe. Pode ser articuladas com a coordenação de estágios - responsável pela gestão das atividades de residências multiprofissionais, para as quais a DAB/SESAB constitui campo de prática - respostas à demanda por investigações, sobre a carga de trabalho dessa equipe, por exemplo, como outros.

- Construir e propor estratégias buscando maior equidade das relações de trabalho dessa equipe a partir do exame de variáveis como: remuneração/carga-horária; remuneração/atribuições; atribuições/carga-horária, etc.

- Avaliar a relação demandas e ofertas em relação às atividades de apoio, especialmente no que diz respeito às visitas presenciais, participação em GTs (grupos de trabalho) e tutoria do curso de especialização.

- Promover espaços de educação permanente, rodas e outros, que objetivem a qualificação dos apoiadores em monitoramento e avaliação (instrumentos de acompanhamento, processo de pactuação – Pacto pela Vida e de Gestão) e outras demandas identificadas como o Programa de Saúde na Escola.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 3ª edição, 2007.
2. CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 3ª edição, 2007.
3. CAMPOS, G.W.S.. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. São Paulo, 2006.
4. MERHY, E.E. Saúde a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 3ª edição, 2007.
5. MERHY, E.E.. Proposta Preliminar de Diretrizes para novo Modelo e Estrutura de Gestão para a Diretoria de Atenção Básica e para o Modelo de Contratos de Gestão do Cuidado articulados às Linhas de Cuidado Prioritárias para a Política de Atenção Básica da Bahia. Relatório. Salvador/Novembro 2008.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Portaria GM, nº 648, 28 de março de 2006. Brasília – DF.
7. BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Versão preliminar. Salvador, 2008.
8. BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Política Estadual de Atenção Básica. 1ª edição. Salvador, 2008.
9. Transcrição da apresentação do professor José Maldonado, em aula do Mestrado Profissional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde sobre Ciência, Tecnologia e Educação em Saúde, realizada no dia 01/04/2009, na ENSP-FIOCRUZ.

10. BRASIL, Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS. NOB/RH – SUS, 3ª edição. Brasília, 2005.
11. SOUZA, L.E. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias para a gestão. Reflexões a partir de uma experiência concreta. Salvador, 2007.
12. SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.. (org) Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ed. Injuí, 2007. – 272 p. (Coleção Saúde Coletiva). Ijuí, RS.
13. PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R.A.. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, 208p.
14. ONOCKO, R.. A Gestão: espaço para intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, p. 122-149, 2007.
15. GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (6): 1171 – 1181, Jun, 2006.
16. VASCONCELOS, S.M.. Avaliação da Atenção Básica em saúde no Estado do Ceará: explorando concepções do nível central. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina. Fortaleza, 2006.
17. CAMPOS, G.W.S.; Gutiérrez, A.C.; Guerreiro, A.V.P.; Cunha, G.T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Manual de Práticas de Atenção Básica Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, p.132-153, 2008.
18. LEVCOVITZ, E.; Lima, L. D.; Machado, C.V.. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva, 6 (2): 269-291, 2001.

19. BRASIL, Ministério da saúde. Regulamento do SUS. Portaria GM N° 2.048, de 03 de setembro de 2009. Brasília - DF.
20. BRASIL, Ministério da saúde. Regulamento do Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria GM N° 2.230, de 23 de setembro de 2009. Brasília - DF.
21. BRASIL, Ministério da Saúde. Conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Portaria GM N° 2.527, de 19 de outubro de 2006. Brasília – DF.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Portaria GM, N°699, de 30 de março de 2006. Brasília – DF.
23. BRASIL, Presidência da República. Lei N° 11.350, de 05 de outubro de 2006. Brasília - DF.
24. RODRIGUES, M.P.; ARAÚJO, M.S.S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf.
25. BAHIA, Comissão Intergestora Bipartite. Resolução CIB nº 91, 02 de junho de 2008. Salvador - BA
26. BAHIA, Comissão Intergestora Bipartite. Plano Diretor de Regionalização, 20 de fevereiro de 2008. Salvador - BA.
27. BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Planilha de Atualização. Disponível na página: WWW.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/planilha_atualizacao/julho_2009.xls. Acesso em: 25/10/2009. Salvador - BA.

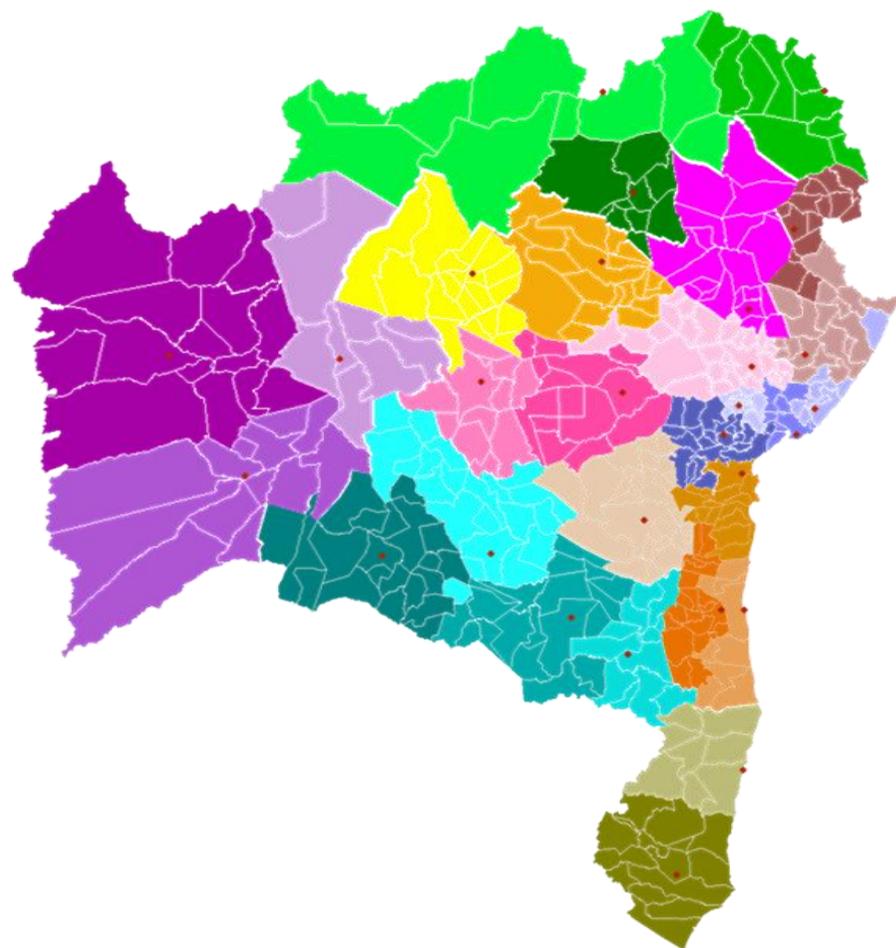
28. BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Apresentação slides da Diretoria de Atenção Básica na 1ª Mostra Estadual de Saúde da Família: Qualificando a Atenção Básica. Centro de Convenções - 04 a 06 de maio de 2009. Salvador – BA.
29. REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A.. Programa Saúde da Família: Supervisão ou “convisão”? Estudo de Caso em município de médio porte. Cadernos Saúde Pública, vol 20, nº 2, Rio de Janeiro/Abril 2004.
30. MATUMOTO, S. et al. Supervisão de Equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v. 9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005. Ribeirão Preto – SP.
31. MERHY, E.E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.
32. OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Manual de Práticas de Atenção Básica Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, p.273-282, 2008.
33. PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. IMS/UERJ-CEPESC – ABRASCO, 1ª edição. Rio de Janeiro, p.161-177, 2007.
34. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Portaria GM nº 1.996, 20 de agosto de 2007. Brasília – DF.
35. NOGUEIRA, R.P.. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas para Debates. N.14, ago., 1996. CADRHU. Brasília, DF.
36. BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS, 5. 116 p. Brasília: CONASS, 2007.

37. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde-conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, MS, 2005.
38. ALMEIDA, M.E.B. Educação à Distância na Internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. Educação e Pesquisa. Jul./dez.2003; 29 (2): 327-340.

APÊNDICE 1

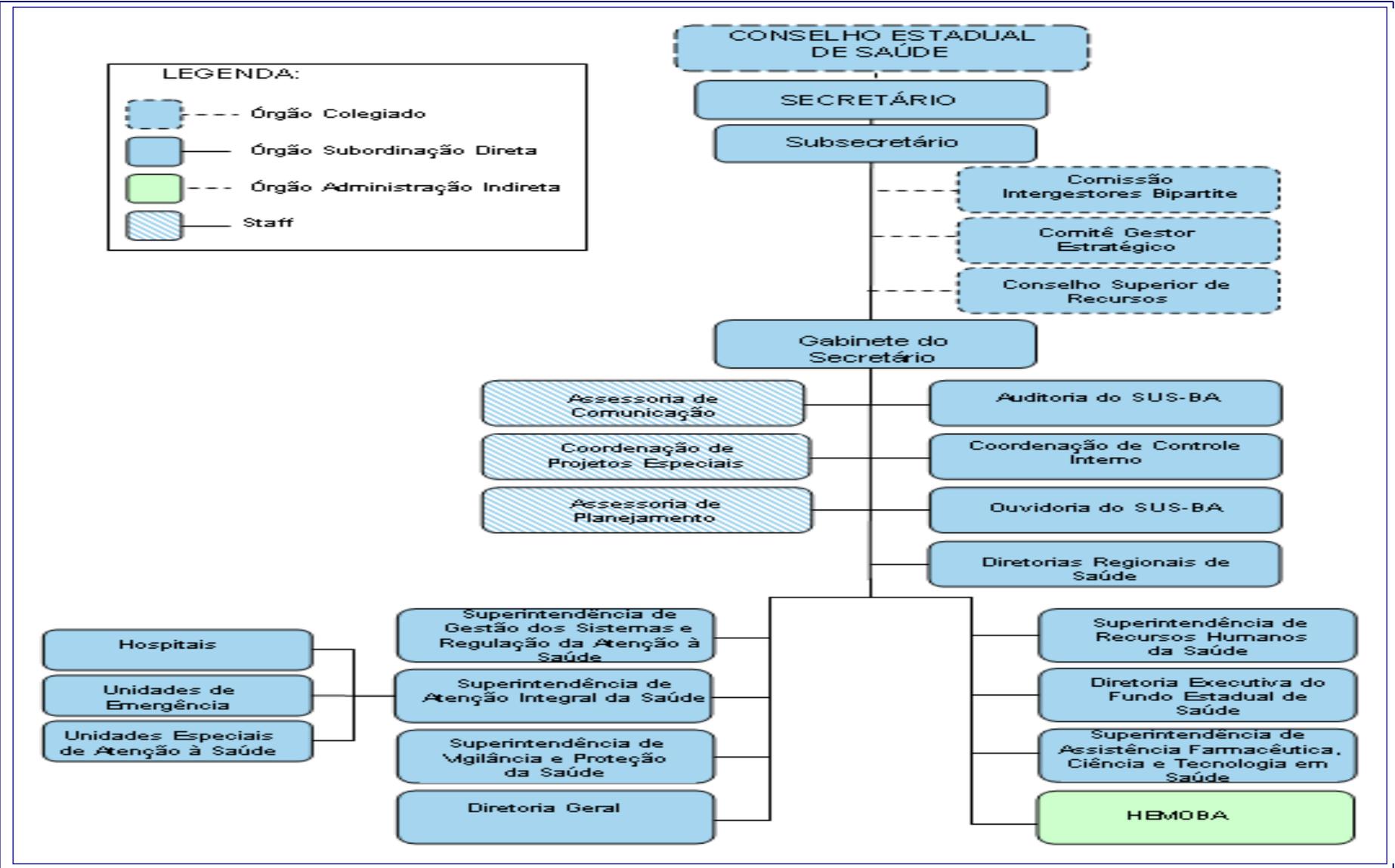
28 MICRORREGIÕES

- IRECÉ (D)
- JACOBINA (D)
- FEIRA DE SANTANA (D)
- SEABRA (D)
- ITABERABA (D)
- SERRINHA (D)
- BARREIRAS (D)
- IBOTIRAMA (D)
- SANTA MARIA DA VITÓRIA
- PORTO SEGURO
- TEIXEIRA DE FREITAS (D)
- GUANAMBI (D)
- ITAPETINGA (D)
- VITÓRIA DA CONQUISTA (D)
- BRUMADO (D)
- VALENÇA
- ITABUNA (D)
- JEQUIÉ (D)
- ILHEUS (D)
- PAULO AFONSO (D)
- SENHOR DO BONFIM (D)
- JUAZEIRO (D)
- CAMAÇARI
- SALVADOR (D)
- CRUZ DAS ALMAS (D)
- SANTO ANTÔNIO DE JESUS (D)
- ALAGOINHAS (D)
- RIBEIRA DO POMBAI



• Municípios Referência de Microrregião

APÊNDICE 2



ANEXO 1

Mestrado Profissional em Saúde Pública com Área de Concentração
em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Análise do Processo de Trabalho da Equipe de Apoio Institucional com foco
na Gestão do Trabalho e da Educação na Atenção Básica no Estado da Bahia

QUESTIONÁRIO

Este questionário é auto-aplicado. Responda-o após a leitura e assinatura do termo de consentimento.

Não há necessidade de se identificar.

Sinta-se muito à vontade para responder todas as perguntas.

I. Identificação Pessoal

1. Qual a sua idade? anos.
2. Qual é seu cargo? _____
3. Quais são suas principais funções _____

4. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino
5. Tempo de trabalho na DAB/SESAB (**referir semanas, meses ou anos**):

6. Tempo de Trabalho no Apoio Institucional (**referir semanas, meses ou anos**):

II. Perfil Profissional

7. Qual a sua escolaridade? (**marque uma única alternativa**)

- Ensino superior completo
 Ensino superior completo com pós graduação

8. Qual a sua formação profissional? Caso tenha mais de uma formação, marque as opções correspondentes: (**pode marcar mais de uma alternativa**)

- Assistente Social
 Biólogo
 Biomédico
 Educador Físico
 Enfermeiro
 Farmacêutico
 Fisioterapeuta
 Fonoaudiólogo
 Médico
 Médico Veterinário
 Nutricionista
 Odontólogo
 Psicólogo
 Terapeuta Ocupacional
 Outras formações

Especificar _____

9. Nome(s) da(s) instituição (instituições) e cidade(s) em que você se formou:

10. Quanto tempo você tem de formado? (**marque uma única alternativa**)

- De 1 a 5 anos
 De 5 a 10 anos
 Mais de 10 anos

11. Cite, no quadro abaixo, todos os cursos realizados ou em andamento:

11.0	Cursos Realizados (listar todos os cursos)	Instituição/Cidade em que realizou o curso
------	--	--

11.1	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Especialização <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
11.2	<input type="checkbox"/> Mestrado <hr/> <hr/> <hr/>	
11.3	<input type="checkbox"/> Doutorado	
11.4	<input type="checkbox"/> Pós –Doutorado	
11.5	<input type="checkbox"/> Outros.Especificar: <hr/>	
11.6	<input type="checkbox"/> Não se aplica	

13. Ao assumir a função de apoiador institucional você recebeu treinamento/capacitação específica?

a. 1. Sim 2. Não

b. Se sim, qual (is)?

14. Você possui experiência anterior na Atenção Básica?

a. 1. Sim 2. Não

b. Se Sim,

1. Na gestão 2. Na Atenção 3. Ambas

c. Liste funções ocupadas anteriormente na Atenção Básica:

FUNÇÃO	PERÍODO

15. Quais as atividades de qualificação que você participou para o desempenho da função de apoiador institucional durante o período em que exerce essa atividade?

III. Caracterização do Vínculo

16. Que tipo de vínculo você possui com a Instituição: **(pode marcar mais de uma alternativa)**

- Efetivo
- Cargo comissionado
- REDA- Regime Especial de Direito Administrativo
- Cooperativa. Qual? _____
- Terceirizado. Qual a empresa? _____
- Cedidos por outras secretarias. Qual? _____
- Cedidos por outras instâncias. Qual? _____
- Outros vínculos. Especificar _____

17. Qual a sua carga horária semanal? **(marque uma única alternativa)**

- a. 20h
- b. 30h
- c. 40h
- d. Outros. Especificar _____

18. Qual o seu salário **líquido** mensal? Referência Salário Mínimo (SM) = R\$465,00
(marque uma única alternativa)

- a. 3-5 SM
- b. 5-7SM
- c. 7-10SM
- d. acima de 10 SM

Da Fundação Estatal de Saúde da Família

Dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

Do Programa Saúde na Escola – PSE

De Unidades de Saúde da Família

De processos de monitoramento e avaliação

De regularização de vínculos, seleção e formação técnica dos ACS

Do financiamento da Atenção Básica

Do Pacto pela Saúde (pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS)

24. Você considera que o número de apoiadores institucionais da sua equipe é suficiente para atender a demanda da(s) macrorregião(ões)?
1. Sim 2. Não 3. Não sei

25. Se não, quantos trabalhadores a mais seriam necessários, e de que áreas? **(liste por ordem de importância)**

QUANTIDADE	FORMAÇÃO

26. Quais as formas de contratação dos trabalhadores de saúde de nível médio/técnico adotadas nos municípios apoiados pela sua equipe? **(pode marcar mais de uma alternativa)**

- Efetivo
- Cargo comissionado
- Regime Especial de Direito Administrativo - REDA
- Cooperativa
- Terceirizado
- Cedidos por outras secretarias
- Cedidos por outras instâncias
- Outros vínculos. Especificar _____

27. Qual deles predomina? _____

28. Que (ais) informação (ões) sobre a gestão do trabalho e da educação/desenvolvimento dos trabalhadores é (são) produzida (s) pela sua equipe e como é (são) utilizada (s)?

- Adesão à Fundação Estatal de Saúde da Família - FESF
- Projeto Saúde na Escola - PSE
- Orientação aos municípios para elaboração dos projetos para implantação dos Núcleos de Apoio á Saúde da Família - NASF, acolhimento aos profissionais, preparação das equipes e acompanhamento da implantação.
- Construção de Unidades de Saúde
- Relatórios do Incentivo Estadual
- Avaliação e Monitoramento dos Projetos Estratégicos
- Seleção, Formação e Regularização dos Vínculos dos ACS

33. Qual o seu conceito/idéia de apoio institucional? Sua atuação está fundamentada em alguma teoria específica? Qual?

34. Este espaço servirá para auxiliar na veracidade ou especificidade de alguma resposta acima quando nenhuma das opções contempla a sua necessidade. Indique o número da questão e escreva a sua resposta

QUESTÃO (Nº)	RESPOSTA

OBRIGADA!

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - ENSP/FIOCRUZ, intitulada “Análise do Processo de Trabalho da Equipe de Apoio Institucional com foco na Gestão do Trabalho e da Educação na Atenção Básica no Estado da Bahia”, cujo objetivo será analisar o perfil dos apoiadores institucionais e caracterizar seus processos de trabalho e de educação permanente.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa será responder a um questionário semi-estruturado e participar de uma oficina, na qual serão discutidos os resultados preliminares das respostas do questionário.

Os riscos relacionados com sua participação são nulos tendo em vista não ser necessária sua identificação no questionário e as informações serão relativas à sua função institucional já publicizada.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão de contribuir com a construção e publicação de conhecimento acerca do processo de apoio institucional, subsidiar o planejamento das ações da diretoria e da proposta de educação permanente para a equipe de apoiadores.

O questionário será auto-aplicado e a devolução do mesmo deverá respeitar prazo acordado com a pesquisadora, a oficina terá a duração de quatro horas em data a ser agendada coletivamente.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura da pesquisadora:

Renata Maria de Oliveira Costa

Escola Nacional de Saúde Pública, Manguinhos, Rio de Janeiro- RJ

Telefone: (21) 2598-2969 / (71)3115-4248

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos Rio de Janeiro RJ.

Telefone: (21) 2598-2863

CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 3

ROTEIRO DA OFICINA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO COM A EQUIPE DE APOIO INSTITUCIONAL DA DAB/SESAB

LOCAL: Auditório da Escola de Formação Técnica Prof. Jorge Novis

DATA: 09/11/2009 – 14 às 18h

PARTICIPANTES: Apoiadores Institucionais e residentes

PROGRAMAÇÃO:

14:00– Dinâmica de Acolhimento

14:30 – Apresentação dos resultados preliminares da análise/estudo e discussão de conceitos sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde

Referência: NOB-RH/SUS; PNEP.

18:00 - Encerramento