

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

KELLYN ROCCA SOUZA

O APOIO INSTITUCIONAL NAS AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Porto Alegre

2017

KELLYN ROCCA SOUZA

O APOIO INSTITUCIONAL NAS AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade
de Odontologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito básico para obtenção
de título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Rocca Souza, Kellyn

O APOIO INSTITUCIONAL NAS AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Kellyn Rocca Souza. -- 2017.

46 f.

Orientador: Alexandre Fávero Bulgarelli.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Atenção primária à saúde. 2. Sistema único de saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Apoio Institucional.
I. Fávero Bulgarelli, Alexandre, orient. II. Título.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é muito importante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por nortear a gestão das redes de atenção, para isso, a APS tem na figura do Apoiador Institucional a função de auxiliar os profissionais a enfrentarem os problemas rotineiros do processo de trabalho em saúde, avaliar indicadores de saúde bucal, realizar ações em educação permanente e participar de reuniões com as equipes de atenção básica. Nesse contexto o objetivo da pesquisa é analisar as ações do apoio institucional na Atenção Primária à Saúde junto às Equipes de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no Brasil. Trata-se de uma pesquisa de avaliação de serviços de saúde realizada com dados do Programa de Avaliação de Melhoria da Qualidade e do Acesso (PMAQ). Pesquisa do tipo descritiva de corte transversal. Os dados são provenientes do segundo ciclo do PMAQ os quais foram coletados no ano de 2014, por meio de questionários aplicados em trabalhadores de equipes de saúde bucal distribuídas nas cinco macrorregiões brasileiras, totalizando um número de 14.925 entrevistados. Os dados foram analisados segundo modelo teórico de análise, construído por meio da literatura sobre a temática, tendo como desfecho o conjunto de ações realizadas pelo apoio institucional às equipes de atenção primária com saúde bucal no SUS. Para tal processo de análise foi realizado teste qui-quadrado e teste exato de Fisher por meio do software *SPSS v.21* (Chicago: SPSS Inc). A pesquisa obteve como resultados a prevalência nacional do conjunto de ações do apoio institucional de 23,3%, sendo que as macrorregiões Nordeste e Sudeste apresentaram melhores resultados. Os resultados principais apontaram que houve associação entre o conjunto de ações do apoio institucional com as Equipes de Saúde Bucal que realizam discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação, participam das reuniões da equipe de atenção básica e planejam e organizam o processo de trabalho. Conclui-se que os resultados da pesquisa demonstraram uma baixa atuação do apoiador institucional com as Equipes de Saúde Bucal atentando para a necessidade de maiores investimentos na implementação do profissional. Dessa forma, qualifica-se o processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, o cuidado ofertado ao usuário.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde. Gestão em saúde. Apoio Institucional.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is very important in the scope of the Unified Health System (SUS) for guiding the networks of care. For this, PHC has the role of assisting professionals in Routine problems of the health work process, evaluate oral health indicators, carry out actions in permanent education and participate in meetings with the primary care teams. In this context the objective of the research is to analyze the actions of the institutional support in the Primary Attention to Health together with the Oral Health Teams of the Unified Health System in Brazil. This is a health services assessment survey conducted with data from the Quality Improvement and Accessibility Assessment Program (PMAQ). Descriptive cross-sectional type search. The data come from the second cycle of the PMAQ, which were collected in 2014, through questionnaires applied to workers of oral health teams distributed in the five Brazilian macro regions. The data were analyzed according to the theoretical model of analysis, constructed through the literature on the subject, having as a result the set of actions carried out by the institutional support to the primary care teams with oral health in the SUS. For this analysis, a chi-square test and Fisher's exact test were performed using SPSS software v.21 (Chicago: SPSS Inc). The results of the research were the national prevalence of the set of institutional support actions of 23.3%, and the Northeast and Southeast macro-regions presented better results. The main results indicated that there was an association between the institutional support actions with the Oral Health Teams that discuss the information system monitoring data, participate in the meetings of the primary care team and plan and organize the work process. It is concluded that the research results showed a low performance of the institutional supporter with the Oral Health Teams, considering the need for greater investments in the implementation of the professional. In this way, the work process of the teams is qualified and, consequently, the care offered to the user.

Keywords: Primary health care. Unified health system. Health management. Institutional support.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	05
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	07
2.1	PROCESSO HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS.....	07
2.2	OS CAMINHOS DA GESTÃO NO SUS.....	09
2.3	HUMANIZANDO OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE.....	10
2.4	A FIGURA DO APOIADOR INSTITUCIONAL.....	14
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	GERAL.....	17
3.2	ESPECÍFICOS.....	17
4	ARTIGO CIENTÍFICO.....	18
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	40
	ANEXO – COMPROVANTE DE ENVIO DA PESQUISA PARA ANÁLISE ÉTICA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFRGS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona à população brasileira cura e prevenção de doenças e promoção de saúde por meio da oferta de serviços em todos os níveis de complexidade e estratégias de gestão deste macro sistema de maneira descentralizada e colegiada. Ademais, este Sistema mostra-se imprescindível na construção e aplicabilidade das políticas públicas voltadas para a saúde do brasileiro, bem como, na construção de processos de trabalho que envolvam profissionais específicos para questões de apoio à gestão dos serviços e das redes de atenção à saúde. No Brasil, o atual modelo de gestão do SUS é baseado em colegiados gestores, também chamado de modelo de cogestão ou gestão colegiada. Seguindo nessa linha, existe o apoio institucional que tem como função o gerenciamento da qualidade da atenção buscando potencialidades e objetivando a reformulação das práticas de gestão hierarquizadas. Dessa forma, segundo Casanova, Teixeira e Montenegro (2014), promovem-se mudanças que fortalecem a autonomia dos gestores e trabalhadores da rede na tomada de decisões em conjunto.

A gestão colegiada faz parte dos pressupostos da Atenção Primária à Saúde (APS). A mesma é um macro modelo assistencial em saúde, emergente da atenção à saúde, que se estrutura fundamentalmente em três aspectos: cuidados primários em saúde, promoção da saúde e norte organizacional de um sistema de saúde. No quesito eixo organizacional, tem-se a figura do apoiador institucional. Tal profissional tem como função qualificar o processo de cuidado na saúde, garantindo, mediante a construção de alternativas para o enfrentamento de problemas e dificuldades que os trabalhadores enfrentam no dia-a-dia, a integralidade da APS nas práticas cotidianas do sistema. Nesse contexto, a APS representa uma forma de reafirmação dos conceitos e diretrizes que abrangem o SUS, assim como, a gestão colegiada e a figura do apoiador institucional. Ambas vêm, de fato, constituir-se como elemento propulsor de um sistema que se baseia na APS. Em vista disso, parte-se do pressuposto de que o apoiador institucional tem como desafio ativar o protagonismo dos atores sociais envolvidos no SUS, resgatando um potencial de criatividade para construir novos modos de agir no trabalho (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014; BUSS; PELLEGRINI, 2007; GONTIJO, 2007).

No processo de análise do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ que proporciona a avaliação das questões envolvendo, também, a gestão por meio dos apoiadores

institucionais. De acordo com Melo et al. (2016) o funcionamento do PMAQ se dá através de quatro fases (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização) formando um ciclo que induz boas práticas de gestores e trabalhadores ao estabelecer uma avaliação contínua da atenção primária. A ideia é embasar as decisões com evidências comprovadas melhorando o desempenho dos profissionais envolvidos na assistência à saúde da população. No Brasil, com a Política Nacional de Saúde Bucal, as ações assistenciais em saúde bucal passaram a ocupar espaços no SUS refletindo a essencialidade da saúde bucal da população brasileira na sua qualidade de vida. Além da melhoria nos indicadores de saúde, o cirurgião-dentista passa a ocupar posições estratégicas dentro da gestão do SUS contando com o apoio de profissionais que os orientam nas questões de gestão. Ao desempenhar, também, ações de gestão o dentista recebe suporte de apoiadores institucionais para potencializar o seu trabalho (BRASIL, 2004).

Especificamente na gestão do mesmo, a problemática de investigação da presente pesquisa é observar, nacionalmente, se as equipes de saúde bucal, refletem diferentes perspectivas sobre o apoio institucional recebido de acordo com a avaliação do PMAQ. Nesse contexto ações da gestão colegiada estão associadas com a atenção em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde? Permeado por esse contexto teórico-prático, o qual direciona as ações e avaliações em saúde no SUS, a presente pesquisa mostra-se relevante, pois trabalhará um tema que poderá servir como forma de subsídio para melhorias nas ações de gestão colegiada. Ademais a referida pesquisa poderá apresentar um contexto que fortaleça as relações entre gestores, trabalhadores e usuários para melhorias do SUS qualificando os serviços de saúde bucal no Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROCESSO HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

Em 1978, na antiga capital do Cazaquistão (Alma-Ata), realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Como resultado, obteve-se a Declaração de Alma-Ata que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental, cujo alcance requer a ação de outros setores sociais e econômicos e uma das metas sociais mundiais mais importantes. Chegou-se ao consenso de que com promoção e proteção da saúde, seria possível um contínuo desenvolvimento econômico e social e, assim, estabelecer uma condição única para a melhoria da qualidade de vida (MENDES, 2004; MATOS; CUNHA, 1981).

Nas décadas de 60 e 70, o modelo de saúde brasileiro vigente possuía caráter excludente para certa parcela da população como trabalhadores domésticos informais e trabalhadores rurais, contemplando apenas trabalhadores que possuíam registro de trabalho em carteira assinada. Como tentativa de melhorar parcialmente esta condição excludente, o governo militar optou pelo financiamento de reformas e ampliações da rede privada de hospitais, em oposição ao investimento na cobertura dos serviços públicos de saúde. Durante esse período e inserida em um contexto ditatorial ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, externando a crescente necessidade de mudanças que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. As decisões fechadas no espaço governamental aumentavam a insatisfação das esferas sociais, além dos anseios das mesmas para mudanças no sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente e administrado de forma precária e excludente (MORI; OLIVEIRA, 2014).

O apelo criado na Conferência de Alma-Ata serviu como ponto de partida para outras iniciativas, como, por exemplo, no Canadá que, devido à crise no setor de saúde, foi ao encontro da Atenção Primária como estratégia para a resolução dos problemas na organização dos serviços. Assim, em 1986, a Carta de Ottawa, no Canadá, enumerou condições e recursos fundamentais para os campos de ação na promoção de saúde e no processo de acentuação da equidade. Esses acontecimentos fortaleceram a ideia de que os cuidados primários constituem o meio para alcançar a meta de um nível de saúde que possibilite uma vida social e economicamente produtiva, tendo como objetivo solucionar os problemas de uma determinada comunidade ao proporcionar serviços de promoção, prevenção, cura e

reabilitação. Além disso, a APS envolve ações como saneamento básico para a população, planejamento familiar, imunização contra doenças infecciosas, prevenção e controle de endemias e fornecimento de medicação; no âmbito da gestão, a APS conta com a participação de todos os setores e campos de atividade que vão além da saúde, bem como, a participação da comunidade desde o planejamento até a avaliação dos serviços executados exercendo a auto responsabilidade no fazer em saúde (MATOS; CUNHA, 1981).

No âmbito profissional, buscou-se a reputação dos direitos trabalhistas, melhores condições de trabalho e modificações no sistema de saúde vigente. Assim, ampliaram-se as discussões sobre a necessidade de uma reforma da saúde tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que trouxe as principais demandas do movimento sanitaria: fortalecimento do setor público de saúde, expansão da cobertura a todos os cidadãos e integração da medicina previdenciária à saúde pública, para mais, dever do Estado e direito do cidadão relativo à saúde e financiamento do setor, instituindo, dessa forma, um sistema único de saúde.

No contexto brasileiro, segundo Paiva e Teixeira (2014), em 1988, gradualmente, retorna o regime político democrático no Brasil, com a promulgação da nova Constituição Federal. Nesse contexto histórico, procurou-se implantar um estado de bem-estar social, ou seja, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, descentralizado e universal de saúde. Nesse transcurso foi imprescindível o movimento popular pela saúde e o movimento dos médicos; redirecionando o eixo de atenção das ações comunitárias de base local para uma demanda por controle social dos serviços, desenvolvimento de ações preventivas e melhoria das condições de vida que possibilitassem a conquista da saúde.

Após sua criação, por meio da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (LOS), constituída pelas Leis 8.080 e 8.142 (1990). A Lei 8.080 forneceu o embasamento teórico como premissa à promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, elucidando os objetivos do SUS (competências e atribuições). Por conseguinte, a Lei 8.142 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre os trâmites financeiros na área da saúde. Essas duas leis foram indispensáveis para a ampliação do processo de descentralização das ações e decisões em saúde. Entretanto vale ressaltar que, apesar das conquistas no contexto da saúde brasileira por meio dos movimentos sociais, reforma

sanitarista, das leis e, conseqüentemente, da criação do SUS como sistema de saúde público, pode-se dizer que o mesmo ainda enfrentava uma problematização dicotômica entre o que estava pautado em teoria e o que era realizado nas práticas diárias do fazer em saúde.

Os problemas vividos no âmbito do SUS foram concernentes à fragmentação das políticas e programas de saúde. Tal fato ocorreu devido à falta da intersectorialidade no planejamento das ações, qualificação da gestão e do controle social e organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde. Esses fatores remeteram à dificuldade dos gestores para promover uma integração entre as esferas de governo e as redes de assistência em saúde e, assim, ter como resultado um usuário dos serviços de saúde afetado com relação ao acesso, universalidade e integralidade; fatores que permearam a construção do SUS e constituíram parte do embasamento teórico de todo o processo de melhoria em saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

2.2 OS CAMINHOS DA GESTÃO NO SUS

No Brasil, com relação ao processo de implantação do SUS, ocorreram diversas experiências com objetivo de ampliar a democracia nas instituições de saúde. Para isso, foi questionada a importância da descentralização do poder para os municípios e instalação de Conselhos e Conferências de Saúde na tentativa de modificar o funcionamento burocrático das ações em saúde. A respeito dos problemas anteriormente citados, os mesmos ainda fizeram-se presentes sob a forma inadequada de administração dos serviços de saúde, baseando-se em processos que visam o trabalhador como instrumento ou recurso destituído de vontade ou de projeto próprio, resultando em um profissional sem autonomia e iniciativa crítica, o que, pôde-se chamar de “domesticação do comportamento dos trabalhadores”. Presenciou-se, dessa forma, uma lógica tradicional de gerência com poder muitas vezes centralizado em um chefe, com controle direto sobre procedimentos técnicos ou sobre o comportamento dos funcionários, ainda nessa linha, foi percebida uma construção centralizada de programas e normas reguladoras do atendimento ou, ainda pior, ausência de comunicação entre os serviços em relação horizontal e entre os componentes de uma equipe (CAMPOS, 1998).

De acordo com Silva, Barros e Martins (2015), construiu-se, ao longo do tempo, uma racionalidade gerencial hegemônica, no qual a gestão era atribuição de um pequeno grupo que definia as tarefas a serem executadas pelos demais trabalhadores, existindo, dessa forma, uma minoria que pensava, planejava e avaliava e, uma maioria, que seguia regras e era reduzida à

condição de máquina programável de acordo com o interesse da direção. Tornou-se assim, cada vez mais necessária a realização de um duplo trabalho no âmbito da saúde que mediava entre, assegurar o cumprimento primário das ações em saúde de cada organização e, ao mesmo tempo, incentivar e permitir aos trabalhadores a ampliação da sua capacidade de reflexão, co-gestão e, como resultado, a realização profissional e pessoal. Além disso, segundo Andrade et al. (2014), entende-se que os problemas que permeavam o SUS acumularam-se na gestão pública das unidades assistenciais. Acresce ainda que manter o modo hegemônico-arcaico nas formas de gestão era um fator determinante nos problemas relacionados à qualidade da assistência, devido à hierarquização e autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários.

Conforme Maerschner et al. (2014), o novo quadro da saúde brasileira, com base nos serviços reforçados pela atenção primária, embora tenha contribuído para o fortalecimento das ações de cuidado em cada área, com o tempo desprende-se da base teórica que formulou toda a concepção de assistência primária em saúde, resultando na fragmentação dos serviços – desassociando a gestão da atenção. Com isso, presenciaram-se ações que se sobrepuseram, além do distanciamento entre as equipes e a fragilidade na aplicação do princípio da integralidade das práticas em saúde. Seguindo nesse raciocínio, Campos (2007) afirmou que as lógicas tradicionais de organização poderiam ser recortadas em dois eixos principais: hierarquização dos processos de trabalho, o que gera uma distribuição desigual e arbitrária de poder; e separação dos trabalhadores segundo função ou especialidade, que remetia a uma fragmentação e dificuldade no trabalho interdisciplinar. Para que esse processo fosse revertido, mostrava-se necessária a ampliação da autonomia do contexto coletivo de equipe para ir em busca de uma conjuntura democrática de trabalho, ou seja, era necessária a produção de relações sociais na presença da liberdade, justiça e capacidade de estabelecer compromissos.

2.3 HUMANIZANDO OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Na busca de ações em saúde mais humanizadas e centradas em uma assistência mais qualificada para o usuário dos serviços de saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH – HumanizaSUS) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde. Tal política detinha como balizadores as conquistas nascidas das lutas pela democratização e o processo de resistência no âmbito da saúde por meio da Reforma Sanitária. Baseando-se neste contexto, investiu-se no campo teórico e prático para contribuir com o desenvolvimento de um modelo de atenção e, acima de tudo, para infundir a humanização, tanto na gestão quanto na atenção dos

serviços, considerando-se esses dois fatores indissociáveis (SHIMIZU; MARTINS, 2014; SILVA; BARROS; MARTINS, 2015).

Acresce que a Política almejou, também, efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre trabalhadores, usuários e gestores para coexistir produção de saúde e de sujeitos. Dessa forma, objetivou-se modificar o modelo tradicional burocrático e verticalizado que, muitas vezes, fazia-se presente nos serviços e nas *práxis* da área da saúde, permitindo uma gestão participativa dentro dos processos de trabalho. Para mais, a PNH atuou sob a tarefa de definir novas formas de atuação no campo da saúde para que não tornasse hábito à fragmentação do trabalho, desorganização da prática clínica, iniquidades nas relações de poder e desqualificação da gestão participativa e do bem-estar do trabalhador da saúde (SHIMIZU; MARTINS, 2014; BARROS; GUEDES; ROZA, 2011).

A Política Nacional de Humanização, além de fortalecer o SUS, direcionou ações para a implementação da cogestão, como forma de contrapor-se ao modelo hegemônico vigente (gestão centralizada com estrutura organizacional verticalizada, burocrática e autoritária) e, no caso do modelo de atenção, preconizou a clínica compartilhada em detrimento à assistência médico-centrada, hospitalocêntrica, medicalizante e com baixa participação da população. O processo de implementação da Política nas Redes de Saúde do SUS não foi de todo facilitado, deparou-se com desafios relacionados à dimensão política como problemas de negociação e pactuação entre entes federados; e associados à dimensão técnica como a falta de entendimento do que fosse, realmente, a humanização em saúde ou, até mesmo, no gerenciamento tecnicista sustentado na racionalidade administrativa das ações em saúde. Acresce que, também, existiu dificuldade na compreensão sobre o processo de trabalho que, segundo a Política, subentendeu-se o enfrentamento coletivo de problemas cotidianos das equipes multiprofissionais, exigindo atitudes técnico-clínico-políticas de responsabilização, garantindo à população o acesso com qualidade em todas as portas de entrada da rede SUS (atenção primária, especializada, urgência e emergência e hospitalar) (MORI; OLIVEIRA, 2014).

Campos (2014) afirma que, para que ocorresse essa mudança na gestão dos serviços, baseando-se nas diretrizes da Política Nacional de Humanização, seria preciso lidar com algumas reformas. Essas mudanças foram referentes à racionalidade gerencial, mostrando-se necessária a produção de outra dinâmica de funcionamento. Esta dinâmica de funcionamento

veio sob a forma de construção de espaços coletivos que estimulassem e facilitassem a participação de outros agentes que não apenas aqueles com função de direção, bem como a de agentes externos à equipe. Deste modo, Andrade et al. (2014) sugeriu um modelo que foi substituindo o modelo conservador de intervenção nas organizações de saúde com a introdução de apoiadores institucionais, pois o objeto de trabalho do apoiador era, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizavam para produzir saúde. Para isso, primeiramente, discutiu-se as teorias em torno do novo modelo de gerenciamento das ações em saúde: o método de Gestão Colegiada.

Essa nova proposta metodológica no campo da gestão em saúde, baseou-se na participação de todos onde não existiam decisões isoladas e individuais. Mesmo que a PNH tenha surgido apenas em 2003, essa nova metodologia em gestão dos serviços já vinha sendo aplicada desde 1990 no SUS, sob a forma de novos arranjos e dispositivos de gestão e do processo de trabalho na Atenção Básica e na Rede Hospitalar. Colocava-se à prova uma gestão como forma de produção coletiva, que requeria lugar e tempo, ou seja, geravam-se espaços de criação e problematização, planejamento e avaliação dos processos de trabalho por meio da democracia. O objetivo de tal produção coletiva é assegurar possibilidades de participação, distribuição equilibrada do poder, objetividade, discussão, negociação, esclarecimento das diferenças e criação de um processo de educação continuada durante a prática do dia-a-dia. Visto que era de suma importância integrar a reflexão teórica e a prática sem haver segregação, já que o fazer reflexivo rompia resistências e inseguranças que o diálogo, apenas teórico, de forma alguma resolveria (MORI; OLIVEIRA, 2014; CAMPOS et al., 2014; MAERSCHNER et al., 2014; SILVA; BARROS; MARTINS, 2015).

Dessa forma segundo, Silva, Barros e Martins (2015), criaram-se espaços para análise do processo de trabalho e dos desafios a serem enfrentados, realizado por todos os sujeitos envolvidos, ou seja, sujeitos autônomos e corresponsáveis para criação e coprodução de saúde. Dentro dessa análise, teve-se uma relação mais circular e menos verticalizada nas instituições com a presença dos espaços coletivos referidos à cima. Ainda nessa dinâmica, Shimizu e Martins (2014) descrevem que esse novo modo de atuação vinha para extinguir a fragmentação do processo de trabalho, envolvendo diretamente a forma como os sujeitos formavam coletivos de trabalho com suas experiências advindas das relações cotidianas, ou seja, existia a inseparabilidade entre sujeitos (desejos, interesses, contexto de vida), processos de trabalho (saberes), poder (maneira de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações).

O método de cogestão, na prática, situou-se de forma a desconstruir e questionar o modelo hegemônico de atenção e gestão do cuidado, existindo a necessidade de efetuar mudanças no trabalho, nas técnicas (conhecimento e capacitação dos trabalhadores), mas, também, na ética, política e cultura por meio da instituição de arranjos organizacionais democráticos com a redistribuição das cotas de poder de forma mais igualitária. Para isso, existiu a necessidade da criação de espaços coletivos que fizessem uso de ferramentas de negociação para mediar conflitos, obter uma composição articulada de saberes e projetos, plano e oferta de uma formação ampliada para os sujeitos envolvidos, bem como, o apoio para as equipes conseguirem lidar com as demandas provenientes do cotidiano de trabalho. Esses espaços afirmavam, dessa forma, que as instituições não se resumiam apenas em um aglomerado de leis e normas que deveriam ser seguidas, mas envolviam pessoas, profissionais/sujeitos, que não apenas aqueles com função de direção ou internos ao coletivo, e que se relacionassem entre si. Nesse sentido, partiu-se do princípio de que o setor da saúde seria transformado em um espaço privilegiado para a “crítica reflexiva”, propositiva, compromissada e competente. Esses espaços produziam ações não só políticas e administrativas, mas também pedagógicas e subjetivas ao conciliar o cumprimento dos objetivos na produção de saúde com a ideia de assegurar a sobrevivência da instituição e a constituição de sujeitos (PAIXÃO; TAVARES, 2014; CAMPOS, 2007; MELO et al., 2016).

Conforme Campos (2007), nesses espaços coletivos o trabalho e o fruto do mesmo – uma assistência de maior qualidade aos usuários do SUS – seriam resultados da contribuição de todos que estão envolvidos nesse processo, ou seja, os sujeitos seriam coautores da construção da história de cada instituição. Para que os profissionais envolvidos se comprometessem com essa nova ideologia não seria possível controlá-los aproximando-os à condição de objeto, mas dar-lhes poder para que fizessem parte dos resultados positivos conseguidos através de um trabalho permeado pela coletividade e de todos os efeitos provocados durante o transcurso do processo produtivo. Como resultado, Campos (2007) ainda afirma que existiria um profissional mais comprometido e realizado não só com a chegada final dos objetivos, mas com o caminho percorrido até a mesma, pois a experiência pessoal, os saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação não seriam esmagados pelo estilo de gestão homogeneizadora, pelo contrário, seriam estimulados a externar mediante um grupo de profissionais.

2.4 A FIGURA DO APOIADOR INSTITUCIONAL

Segundo Maerschner et al. (2014), a falta de qualificação em gestão de alguns profissionais provocou, ao longo do tempo, ações sobrepostas, descontextualizadas, isoladas e pontuais com objetivo de apenas cumprir programas determinados o que se fazia importante, porém, necessitava de adaptação e avaliação de acordo com as necessidades reais de cada território. Sendo assim, autores como Andrade et al. (2014) sugerem um modo inovador como forma de substituir o modelo conservador de intervenção nas organizações de saúde: a introdução de apoiadores institucionais nos espaços coletivos, como parte do modelo de cogestão, considerada essencial para haver mudanças no processo de trabalho. Oliveira (2011) conceitua a função do apoiador institucional como uma análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre os sujeitos. Nesse sentido, a ação do apoiador nos espaços coletivos vinha como nova postura ética nas relações entre os sujeitos de uma equipe de saúde, a fim de propor modificações para ampliar a efetividade das práticas e produzir grupos mais solidários e corresponsáveis, o que iria refletir em uma assistência mais qualificada ao usuário. Para que fosse possível a inserção desse profissional nas equipes, Maerschner et al. (2014) ainda propõe a necessidade, por parte da mesma, de empenho, abertura e receptividade, isto é, existir interesse das pessoas envolvidas para facilitar a reflexão e análise dos processos de trabalho, criando-se, nesse contexto, um ambiente saudável para as relações interpessoais com equilíbrio nas relações de poder, autonomia e o fim da fragmentação das equipes.

Seguindo nessa linha, Pereira Junior e Campos (2014) acrescentam que a inserção do apoiador, como forma de auxiliar na condução dos serviços, deveria vir a propiciar relações construtivas entre sujeitos com saberes, poderes e papéis diferenciados. Além disso, incorporar seus diferentes desejos e interesses por meio de trocas de experiências e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. O referido autor ainda afirma que existe uma tríplice missão que permeia a atuação do profissional: ativar coletivos, conectar redes e inserir olhares, práticas, interesses e desejos na produção do comum: a saúde.

Por conseguinte, adjunto à missão do apoiador, o objetivo geral da formação desses profissionais, era a implementação de políticas públicas orientadas para qualificar o acolhimento e a ampliação do acesso com qualidade no âmbito do SUS, com base em uma perspectiva de cooperação inter-federativa. Já com relação aos objetivos específicos dessa

profissão, discutia-se o desenvolvimento de competências para o apoio integrado, planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, contribuição no desenvolvimento da gestão do trabalho e a potencialização dos processos de Educação Permanente. Além disso, acreditava-se, também, que o apoio institucional surgia como forma de dispositivo de cogestão aproximando e transversalizando as áreas e políticas, anteriormente desarticuladas e isoladas em suas especificidades e particularidades (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

Visto isso, tinha-se o apoio institucional como articulador entre trabalhadores e serviços, possibilitando permanente análise crítica sobre a rotina do trabalhador, tal como, a constante renovação de pactos para assegurar o cuidado e a atualização das tecnologias envolvidas na atenção. Conquanto, o apoiador institucional se fez responsável por viabilizar projetos, anteriormente, pactuados e planejados pelos atores institucionais e sociais, atuar em processo de qualificação das ações e, juntamente a isso, promover a ampliação da capacidade crítica do coletivo estimulando autonomia, criatividade e desalienação. Ao concretizar essas ações no contexto da saúde, além de modificar e qualificar o ambiente de atuação do apoiador o profissional desse meio, tornava-se articulador (produzindo conexão e considerando as singularidades dos sujeitos), educador (visando a prática como matéria prima para o aprendizado), escutador/observador (ao agir a partir dos movimentos da equipe estando aberto a novas informações), facilitador (fornecendo auxílio para evidenciar as potencialidades de cada sujeito e do coletivo) e negociador (ao compatibilizar os diferentes interesses formulando acordos e projetos comuns) (BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016).

Conforme aponta Campos (2007), para que o apoiador institucional conseguisse colocar em prática suas atribuições supracitadas, o mesmo, precisava possuir recursos metodológicos como, por exemplo, ser capaz de construir espaços de conversa visando à interação, conseguir incluir relações de afeto, poder e aprendizagem nesse contexto coletivo, pensar e fazer junto com as pessoas e não por elas, estimulando a prática crítica, apoiar o grupo nos seus objetivos e trabalhar de forma que valorizasse as demandas internas ao grupo e, ao mesmo tempo, trouxesse ofertas externas ao mesmo. É importante salientar ainda que, de acordo com Barros, Guedes e Roza (2011), não era o apoiador institucional que iria gerar ou seria a causa das mudanças nos processos de trabalho em saúde; o mesmo trabalharia com dispositivos que incentivariam a análise dos acontecimentos que fizessem parte da rotina nas Unidades de Saúde, mas o resultado da transformação em processos mais qualificados iria

advir do aprendizado, exercício e aplicação desses novos conceitos por parte do coletivo até que a função do apoiador tornar-se-ia dispensável.

Visto isso, os desafios do apoiador institucional são as tramas de relações entre os modelos autoritários de gestão do trabalho e as possibilidades de autonomia e protagonismo dos sujeitos que fazem parte desse contexto. Sabe-se ainda que o apoio constituiu-se como um modelo de estímulo para manter os trabalhadores envolvidos com a transformação dos modos de gerir e de cuidar dos usuários das Unidades. Sendo imprescindível imperar uma relação dinâmica entre o apoiador institucional e a equipe apoiada, objetivando-se, dessa forma, a dinamização da produção de coletivos organizados e ajudar a articular a produção de serviços, instituições e sujeitos visando à predominância da cogestão (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011; SHIMIZU; MARTINS, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as ações do apoio institucional na Atenção Primária à Saúde junto às Equipes de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

Apresentar o conjunto de ações realizadas pelo apoio institucional nas Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde Bucal de acordo com o módulo VI do instrumento de avaliação externa do PMAQ.

Caracterizar e avaliar a prevalência das ações de apoio institucional em cada macrorregião do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste).

Avaliar a relação existente entre o conjunto de ações realizadas pelo Apoiador Institucional com ações que são executadas pela Equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo original a ser enviado para a revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

O apoio institucional nas ações das Equipes de Saúde Bucal na atenção primária à saúde.

Institutional support in the actions of the Oral Health Teams in primary health care.

El apoyo institucional en las acciones de los Equipos de Salud Bucal en la atención primaria a la salud.

Título resumido: O apoio institucional e ações das equipes de saúde bucal no Brasil.

Kellyn Rocca Souza¹, Alexandre Fávero Bulgarelli²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço eletrônico dos autores: k.rocca@hotmail.com, alexandre.bulgarelli@ufrgs.br.

Autor correspondente: Alexandre Fávero Bulgarelli. 51-30628531.
alexandre.bulgarelli@ufrgs.br. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Rua Ramiro Barcelos, 2492 - Porto Alegre, RS | CEP: 90035-003
+55 51 3308-5010

RESUMO

Objetivo: Analisar o apoio institucional na Atenção Primária à Saúde junto às Equipes de Saúde Bucal do Brasil. *Métodos:* Estudo transversal com dados do Programa-Nacional-de-Melhoria-do-Acesso-e-da-Qualidade-da-Atenção-Básica. Desfecho construído a partir do conjunto de ações realizadas pelo apoio institucional nas Unidades de Saúde. Os dados foram analisados com o teste do Chi-quadrado e Exato de Fisher. *Resultados:* a prevalência nacional do conjunto de ações do apoio institucional foi de 23,3%. As macrorregiões Nordeste e Sudeste apresentaram melhores resultados. A associação das ações das Equipes de Saúde Bucal com o conjunto de ações realizadas pelo apoio institucional obteve diferença estatisticamente significativa. *Conclusão:* a atuação do apoio institucional com as Equipes de Saúde Bucal é baixa, atentando para a necessidade de maiores investimentos na implementação do profissional. Sendo possível qualificar o processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, o cuidado ofertado ao usuário.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde. Gestão em saúde. Apoio Institucional.

ABSTRACT

Objective: To analyze institutional support in Primary Health Care with the Buccal Health Teams of Brazil. *Methods:* Cross-sectional study with data from the National Program for Improvement of Access and Quality of Care. *Conclusion* Based on the set of actions performed by the institutional support in the Health Units. The data were analyzed with the Chi-square test and Fisher's Exact. *Results:* the national prevalence of the set of institutional support actions was 23.3%. The Northeast and Southeast macro-regions showed better results. The association of the actions of the Oral Health Teams with the set of actions carried out by the institutional support obtained a statistically significant difference. *Conclusion:* the institutional support with the Oral Health Teams is low, considering the need for greater investments in the implementation of the professional. It is possible to qualify the work process of the teams and, consequently, the care offered to the user.

Key-words: Primary health care. Unified health system. Health management. Institutional support.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el apoyo institucional en la Atención Primaria a la Salud junto a los Equipos de Salud Bucal de Brasil. *Métodos:* Estudio transversal con datos del Programa-Nacional-de-Mejora-del-Acceso-y-de-Calidad-de-Atención-Básica. El resultado fue realizado a partir del conjunto de acciones realizadas por el apoyo institucional en las Unidades de Salud. Los datos fueron analizados con la prueba del Chi-cuadrado y Exacto de Fisher. *Resultados:* la prevalencia nacional del conjunto de acciones del apoyo institucional fue del 23,3%. Las macrorregiones Nordeste y Sudeste presentaron mejores resultados. La asociación de las acciones de los Equipos de Salud Bucal con el conjunto de acciones realizadas por el apoyo institucional obtuvo diferencia estadísticamente significativa. *Conclusión:* la actuación del apoyo institucional con los Equipos de Salud Bucal es baja, atentando para la necesidad de mayores inversiones en la implementación del profesional. Es posible calificar el proceso de trabajo de los equipos y, consecuentemente, el cuidado ofrecido al usuario

Palabras-clave: Atención primaria de salud. Sistema único de salud. Gestión em saúde. Apoyo institucional.

INTRODUÇÃO

Atuações verticalizadas e individualistas como forma de lidar com a prática nas unidades de saúde ainda imperam nos sistemas de gestão e atenção à saúde. Como consequência, tem-se a fragmentação dos processos de trabalho, desarticulação de áreas e profissionais de saúde, relações de poder desiguais e, por conseguinte, um profissional menos participativo, isolado e desestimulado para engajar-se na oferta qualificada do cuidado em saúde. Assim, muitos serviços ofertados ao usuário, transformaram-se em uma prática mecanizada e padronizada sem questionamentos e conexão com as reais necessidades da população¹.

Como forma de substituir o modelo conservador de intervenção nas organizações de saúde, surgiu a figura do apoiador institucional com a proposta de fornecer assistência para analisar e transformar os processos de trabalho dentro dos espaços coletivos de produção de saúde, além disso, este profissional também atua como facilitador dos modos de relação entre sujeitos em uma organização². Por esses motivos, a figura do apoiador institucional se tornou indispensável para fornecer suporte ampliando a descentralização do poder e autonomia dos profissionais, fortalecendo o fazer coletivo em saúde¹. Nesse contexto, com a divisão das responsabilidades entre a equipe, tem-se um profissional mais comprometido e realizado não só com os resultados finais, mas com todo o caminho percorrido para chegar até eles.

Ademais, esse profissional vai atuar nas Unidades com o objetivo de desenvolver competências que proporcionem a integralidade da equipe, a análise crítica sobre a rotina de trabalho, a renovação de pactos que assegurem o cuidado e a atualização dos conhecimentos envolvidos na atenção à saúde e a capacitação dos profissionais para que sejam capazes de desenvolver a gestão dos serviços². Dessa forma, o apoiador estimula a autonomia, a criatividade e a desalienação do coletivo sendo imprescindível na medida em que propõe modificações para ampliar a efetividade das práticas e produzir grupos mais solidários e

corresponsáveis refletindo, por consequência, em uma assistência mais qualificada aos usuários dos serviços de saúde³.

Assim sendo, o presente estudo mostra-se necessário, pois apresenta um tema que tem por finalidade a obtenção de conhecimentos e o direcionamento dos mesmos para a qualificação das ações referentes ao apoio institucional e, conseqüentemente, à gestão colegiada. Ainda, a referida pesquisa poderá ilustrar um contexto que consolide as relações entre usuários, trabalhadores e gestores aprimorando o processo de trabalho e, por conseguinte, o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil. Dessa forma, objetivou-se analisar as ações do apoio institucional na Atenção Primária à Saúde junto as Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ademais, objetiva-se apresentar as ações realizadas pelo apoiador com as ESB, caracterizar e avaliar a presença das mesmas nas macrorregiões do Brasil e, por último, observar a relação entre o conjunto de ações do apoio institucional com as ações executadas pelas Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento transversal de avaliação do serviço de saúde pública do Brasil, com dados coletados pelo segundo ciclo do PMAQ-AB-SB por meio do instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal. A coleta de dados foi realizada em 18.114 Unidades de Saúde entre março e dezembro de 2014 em todos os estados brasileiros. Todas as Equipes de Saúde Bucal participantes aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB-SB. Para este estudo os municípios participantes da referida avaliação do Ministério de Saúde foram estratificados segundo as cinco macrorregiões brasileiras e, desse modo, compuseram os censos para a descrição e análise dos dados⁴.

A fonte de dados tem como característica abrangência nacional executada de forma multicêntrica e integrada, por diversas instituições de ensino e pesquisa. A coleta de dados foi realizada por entrevistadores devidamente treinados por oficinas específicas e seguiram o manual instrutivo para o trabalho de campo⁵. O mesmo, continha questões sobre as ações referentes ao apoio institucional, bem como, ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal presentes em Unidades de Saúde⁵. Foram realizadas entrevistas com profissionais das Equipes de Saúde Bucal podendo ser o cirurgião-dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal desde que presentes no serviço de saúde no momento da avaliação.

Os profissionais entrevistados totalizaram 18.114. Após a aplicação do primeiro filtro da pesquisa (Figura 1) que condiz com a variável VI-8.1 (Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretária Municipal de saúde?) presente no Instrumente de Avaliação Externa do PMAQ, foi visto que 14.925 (82,3%) Unidades recebiam alguma(s) ação(ões) do apoio institucional. Posteriormente, foi aplicado o segundo filtro referente ao desfecho do estudo (VI-8.2 Unidades que recebiam o conjunto de ações do apoio institucional) mostrando a presença do mesmo em 3.480 Unidades (23,3%).

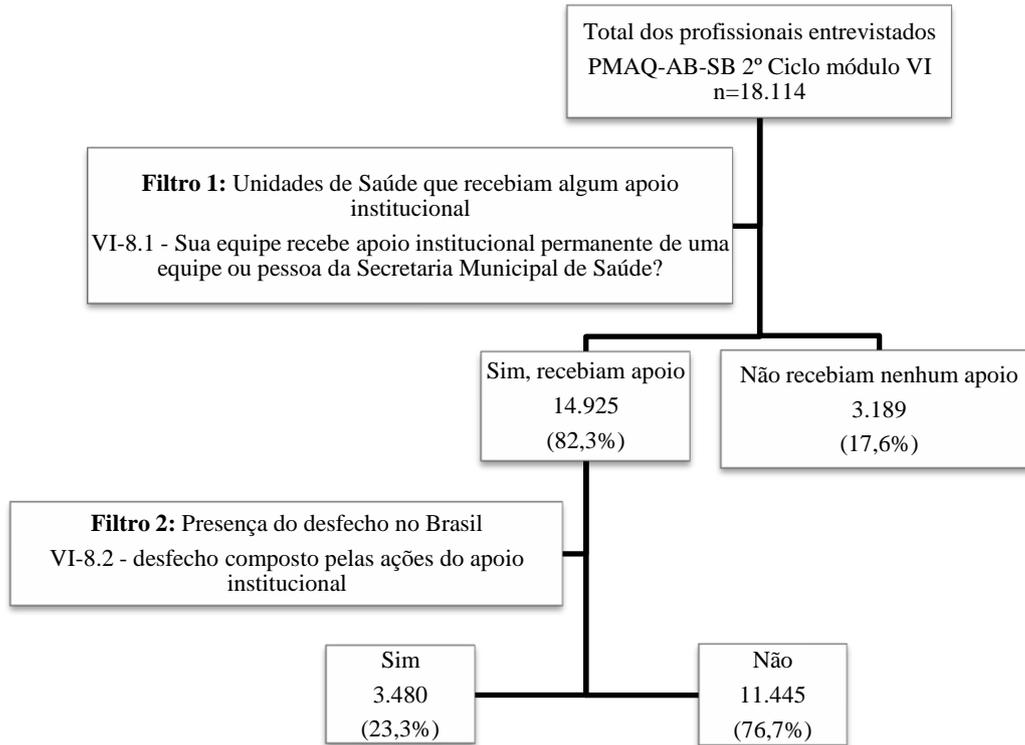


Figura 1. Fluxograma da construção da amostra para o desfecho em estudo. Brasil, 2017.

Para a construção do caminho de análise dos dados da referida pesquisa e para a compreensão de possíveis associações com o desfecho proposto, alguns direcionamentos foram estruturados (Figura 2). Dois blocos de variáveis foram observados: um compo o desfecho e outro as ações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal. O desfecho da análise – ações do apoio institucional – foi construído com base no que o PMAQ propõe como conjunto de ações atribuídas ao apoiador institucional e que podem ser verificadas no questionário específico de avaliação externa das mesmas. As variáveis que compuseram o desfecho foram: realizar discussão sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) (VI.8.2.1), realizar avaliação de informação e indicadores das ESB (VI.8.2.3), planejamento e organização da Equipe de Atenção Básica (VI.8.2.4), avaliação compartilhada com a equipe de progressos e resultados (VI.8.2.5), realizar oficinas com profissionais (VI.8.2.6), realizar com a equipe ações de educação permanente (VI.8.2.7) e realizar reuniões com a Equipe de Atenção Básica (VI.8.2.8). O desfecho positivo exige a presença de todos os

sete itens selecionados. Este conjunto de ações do apoio institucional constituiu o desfecho em estudo.

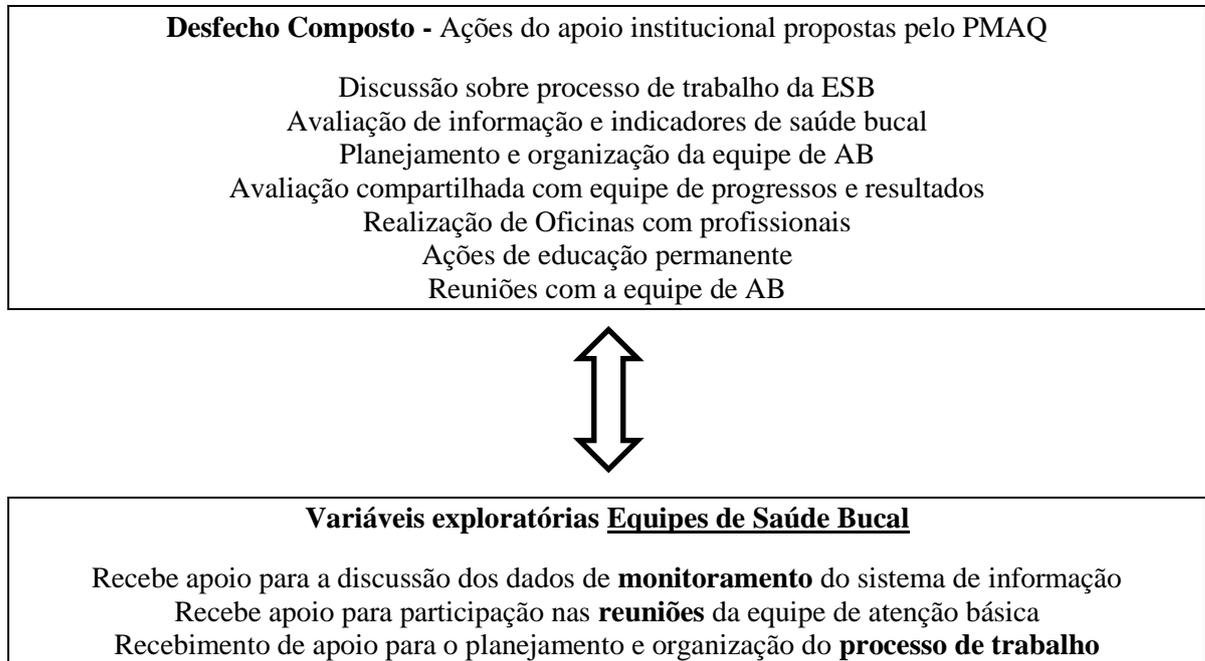


Figura 2: Modelo teórico para processo de análise do desfecho ações do apoio institucional. Brasil, 2017.

As variáveis explicativas foram: recebe apoio para discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação (VI.8.4), recebe apoio para participação nas reuniões da Equipe de Atenção Básica (VI.9.1) e recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho (VI.7.3). As mesmas são referentes às ações realizadas por parte da Equipe de Saúde Bucal das Unidades de Saúde.

Os dados foram analisados no software SPSS v.21 (Chicago: SPSS Inc). Foram realizadas análises das frequências absolutas, bem como o Teste do Chi-quadrado e o Teste Exato de Fisher. Todas as variáveis associadas ao desfecho na análise bivariada inicial, com valor de $p < 0,10$, foram incluídas no modelo. O valor para rejeição da hipótese nula foi $p \leq 0,05$.

Este estudo enquadra-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo (de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e faz parte de um macroprojeto intitulado “Impacto do apoio institucional na qualidade das ações das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde”. O macroprojeto supracitado já se encontra apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob protocolo 2024.818 e o presente estudo da mesma forma já está apreciado e aprovado pelo referido comitê via Plataforma Brasil (ANEXO). Cabe observar que, trata-se de dados quantitativos coletados em nível nacional provenientes do PMAQ. Os dados utilizados na presente pesquisa são provenientes do conjunto de dados referentes ao macroprojeto anteriormente mencionado.

RESULTADOS

O presente estudo apontou que o conjunto de ações desenvolvidas pelo apoio institucional está presente em apenas 23,3% das Unidades de Saúde estudadas pelo PMAQ no Brasil. A Tabela 1 apresenta as atividades realizadas pelo apoiador institucional na Atenção Básica com Equipes de Saúde Bucal, nota-se que as atividades mais presentes nas Unidades são a discussão sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (83,1%) e o apoio ao planejamento e organização da equipe (81,9%). As Unidades, também, contam com as seguintes funções do apoiador: participar das reuniões com a equipe (78,1%), fornecer apoio para o monitoramento e avaliação das informações e indicadores de saúde bucal (70,9%) e avaliação compartilhada com a equipe de progressos e resultados (62,4%). Já os resultados com menor frequência estão relacionados à educação permanente dos profissionais (53,8%) e à realização de oficinas por parte do apoiador (39,7%).

A maior taxa do desfecho aconteceu nas regiões Nordeste (25,2%) e Sudeste (26,6%), isto é, possuem o maior número de Unidades que contam com a presença das ações do apoio institucional no seu processo de trabalho. As demais regiões, Sul (19,9%), Centro-oeste (15,7%) e Norte (11,5%), apresentaram resultados inferiores. De maneira geral, a frequência

das atividades realizadas pelo apoiador institucional nas Unidades de Saúde distribuídas pelas macrorregiões brasileiras foi baixa, sendo que a maioria das Unidades de Saúde não contava com a presença de todas as ações referentes ao apoio institucional.

Na Tabela 3, apresentam-se as avaliações realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) que fazem parte das Unidades de Saúde que receberam algumas ações desenvolvidas pelos apoiadores institucionais. A pesquisa mostrou a maior taxa de avaliações positivas das ESB que se mostraram satisfeitas com o apoio recebido, avaliando o mesmo em “muito bom” (38,7%) e “bom” (50,3%). Ao estratificar a avaliação das Equipes, as macrorregiões, Sudeste e Nordeste, apresentaram as melhores avaliações. Conseqüentemente as Equipes menos satisfeitas com o apoio ofertado, avaliaram o mesmo em “regular” (9,8%), “ruim” (0,7%) e “muito ruim” (0,2%), o que mostra um valor baixo de ESB insatisfeitas com o serviço e uma maior concentração das mesmas nas regiões Norte e Centro-oeste.

Ao associar as ações das Equipes de Saúde Bucal (ESB) com o conjunto de ações realizadas pelo apoiador institucional, observou-se que as equipes de SB que discutem dados dos SIS (88,9%) ($p < 0,001$), participam de reuniões com a equipe da AB (81,7%) ($p < 0,001$) e planejam e organizam seus processos de trabalho (89,1%) ($p < 0,001$), pelo teste realizado, obtiveram diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Como síntese dos principais achados do estudo, tem-se que a prevalência nacional das ações do apoio institucional foi de 23,3%, no qual as macrorregiões Nordeste e Sudeste evidenciaram um maior número de Unidades com ações realizadas pelo apoiador institucional. Acresce ainda que a percepção positiva da atuação do apoiador predominou no estudo, principalmente, nas regiões Nordeste e Sudeste. Houve associação das ações das

Equipes de Saúde Bucal (ESB) com o conjunto de ações realizadas pelo apoiador institucional.

O presente estudo desenvolveu-se em um contexto, de valorização da gestão participativa e modificações nos serviços de saúde, que ganhou força em 2003, com a Política Nacional de Humanização do SUS, e persiste na atualidade, configurando-se a partir das mudanças nos processos de gestão, de trabalho em equipe e de produção de autonomia dos sujeitos¹. A presença do apoiador institucional vem ao encontro desses atuais arranjos com o objetivo de despertar novas formas de gerenciamento e auxiliar as equipes de saúde nesse processo de conversão. Esse profissional, de acordo com a presente pesquisa, carrega consigo ferramentas imprescindíveis para que o apoio se torne efetivo e que suas ações qualifiquem as práticas em saúde nas Unidades.

Dentre essas ferramentas, encontram-se as ações que o apoiador desempenha na dinâmica de trabalho da Equipe. Essas ações vêm com o propósito de dar suporte ao grupo, repactuar acordos que não foram, anteriormente, efetivos para o mesmo e para o cuidado ofertado ao usuário, avaliar propostas e indicadores com os profissionais, refletir conjuntamente com a equipe sob ponto de vista de produção social do trabalho e ofertar momentos de aprendizado e diálogo ao criar espaços para dividir novos saberes e anseios^{6,7}. Objetiva-se demonstrar com essa estrutura de trabalho, que se dá perante o desafio de acolher a singularidade de cada indivíduo e da Equipe como um todo, o protagonismo e autonomia dos autores inseridos no processo de mudança desconstruindo, nessa conjuntura, o paradigma criado entre o indivíduo que interfere e o seu objeto de interferência^{6,7}.

Por conta das ações do apoiador institucional estudadas na presente pesquisa, os menores valores encontrados para educação permanente e realização de oficinas sugerem que ainda existem falhas na inserção das funções do apoiador institucional nas Unidades de Saúde e o

quanto isso reflete no processo de trabalho da mesma. Os momentos de educação permanente podem abranger assuntos variados servindo como espaço coletivo de aprendizado. Dessa forma, essas falhas nos remetem a ideia de estagnação das transformações que vinham ocorrendo no âmbito da saúde, pois a falta de momentos de conversa e discussão acarreta em ações que não exercem impacto nas necessidades da população⁸. Para impedir que este processo se instaure, é necessária a valorização do apoiador institucional, figura motivadora na promoção de espaços de produção coletiva de conhecimento. Dessa forma, se torna possível o desenvolvimento de críticas mais reflexivas sobre as práticas, atualização e capacitação dos profissionais e o fortalecimento do vínculo entre a equipe de maneira integrada¹.

O apoiador surgiu como dispositivo para o enfrentamento de desafios que surgem da prática em saúde e gestão. É um modo de fazer em grupalidade que demanda a existência de espaços coletivos para uma discussão efetiva sobre o processo de trabalho. Tal fato vem ao encontro do presente estudo. São nesses espaços de discussões que a realidade da gestão é debatida e, com o surgimento de problemas, o apoiador mostra-se imprescindível na concepção de soluções e respostas de maneira democrática e participativa, pactuando acordos, compartilhando responsabilidades e organizando e planejando as ações das equipes de saúde⁹. Esta ação teve uma alta prevalência no presente estudo. Dessa forma a presença do apoio institucional no planejamento vem ao encontro da necessidade de qualificar os profissionais para que sejam capazes de propor, com autonomia, transformações no cuidado ofertado para o usuário e resoluções das falhas do mesmo, refletindo mudanças nos indicadores de saúde e qualificando a assistência⁹.

Este estudo apresenta-se como relevante para a gestão colegiada do SUS em nível nacional, visto que buscou compreender as ações do apoiador institucional dentro das Unidades de Saúde nas distintas macrorregiões do Brasil. As cinco macrorregiões do país

apresentaram resultados insatisfatórios referentes às ações do apoiador institucional nas Unidades sendo, Norte e Centro-oeste, as que apresentaram os piores resultados em relação à prevalência de funções exercidas pelo mesmo. A maioria não possui, dentro do seu quadro de atividades a oferta de ações do apoio, tal fato pode ser explicado pois a figura do apoiador institucional é recente no âmbito da saúde e vem se estabelecendo em um território ainda em construção e traçado sob um discurso que se denota distante da realidade do processo de trabalho³. Ainda nesse contexto, os resultados da atual pesquisa sugerem que, faz-se necessário diminuir as resistências burocráticas que dificultam a execução das atividades por parte do apoiador.

Alguns fatores contribuem para uma melhor compreensão acerca da dificuldade da inserção do apoiador institucional nas Equipes de Saúde e podem elucidar melhor os precários resultados nas macrorregiões do Brasil. O apoiador, inserindo-se nas Unidades, tem o intuito de identificar as dificuldades e pontos críticos que estejam impossibilitando o fazer em saúde e assessorar as equipes no processo de mudança. Entretanto um novo cenário nem sempre é visto de forma positiva pela Equipe de Saúde, pois envolve mudanças na rotina e na zona de conforto da mesma, objetivando extinguir a mecanização das práticas e, conseqüentemente, a padronização das ações e ferramentas de trabalho voltadas para a resolução dos problemas enfrentados no cotidiano das Unidades¹⁰. Outro obstáculo apoia-se no fato de ainda existirem profissionais que atuam de forma centralizadora, fundamentando-se no antigo modelo de gestão e na lógica de supervisão do serviço, criando uma relação carente de compreensão, vínculo e diálogo entre os profissionais e estimulando o subjetivo a distorcer os acontecimentos dando origem aos desafetos entre os trabalhadores^{11,12}.

Acompanhando esse raciocínio, entende-se que, inicialmente para as equipes, o apoiador institucional pode ser entendido como um profissional que irá ditar o que será feito e quem serão os atores envolvidos nas futuras mudanças. A princípio, esses pré-conceitos podem

dificultar a inserção do apoiador dentro do processo de trabalho da equipe, embora o mesmo tenha como intuito fornecer assistência para a construção de um novo modo de fazer em saúde¹³. Dessa forma é imprescindível que o apoiador institucional desmistifique essa imagem, devendo estar preparado para lidar com um primeiro encontro com uma equipe repleta de ansiedade, medo, angústia, resistência e um conceito sobre processo de trabalho já pré-estabelecido¹³.

Com o aumento gradual do vínculo, a equipe percebe a importância dos momentos criados pelo apoiador institucional, entendendo que as funções do mesmo estão direcionadas para ela e por ela ao aumentar a participação dos profissionais nos processos decisórios, empoderar democraticamente e possibilitar que os mesmos se sintam seguros em produzir saúde dentro do seu território de atuação¹. A presente pesquisa traz consigo dados que corroboram com essa percepção visto que, independente da macrorregião do Brasil, houve um predomínio de Equipes de Saúde Bucal que avaliaram a atuação do apoiador institucional como “muito boa” e “boa” após receber algum tipo de assistência do mesmo. Ou seja, quando o apoiador consegue adentrar no contexto da equipe, entender a realidade da mesma, fazer um levantamento dos principais problemas e dificuldades e mostrar os caminhos para que o grupo consiga superar seus entraves, o fazer em saúde, dentro de uma equipe multiprofissional, se torna facilitado e prazeroso; o profissional conhece a si próprio e ao colega de forma que existam trocas de saberes e anseios e um ambiente de confiança e corresponsabilização do cuidado¹.

Acresce ainda que os resultados da presente pesquisa indicam que as ESB que discutem dados de monitoramento, participam das reuniões e planejam e organizam seu processo de trabalho, possivelmente, são mais pró ativas nos espaços de gestão e, deste modo, apresentam um maior vínculo com a figura do apoiador institucional corroborando a associação positiva com o desfecho do estudo; tal associação apresenta um real espaço da gestão colegiada. De

acordo com a literatura os profissionais encontram dificuldades no momento de operar e utilizar as informações produzidas a partir dos sistemas, uma vez que, frequentemente, os dados são coletados de forma desarticulada o que prejudica a atribuição de um significado aos mesmos¹⁴. Contudo é de extrema importância que o monitoramento dos indicadores de saúde seja realizado de forma periódica e qualificada, obtendo-se informações que forneçam embasamento para a elaboração de estratégias de intervenção que possibilitem atuar nos problemas de saúde de um indivíduo ou coletivo^{14,15}. Assim sendo são imprescindíveis ações que estejam voltadas para educação permanente e qualificação dos trabalhadores, produzindo respostas para os questionamentos daqueles que enfrentam diariamente os problemas na Unidade; necessitam-se, por isso, investimentos em estratégias do apoio institucional que fossem voltadas para a criação de espaços coletivos de discussão e interpretação dos dados coletados para auxiliar os profissionais a reorientar as informações coletadas, norteando as ações e aperfeiçoando as formas de gerenciamento dentro das Unidades¹⁵.

Em se tratando da integralidade das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde, a pesquisa mostrou relação com ações do apoio institucional. Entende-se que, ao inserir profissionais da Odontologia de forma tardia no Programa Saúde da Família, acrescentou-se o “novo” acarretando em mais um desafio para o exercer em equipe; além disso, uma formação mais tecnicista vinda do profissional de saúde bucal pode dificultar a atuação de forma interdisciplinar dentro de um coletivo¹⁶. As ações do apoio ainda vão auxiliar na percepção dos profissionais de que os mesmos não vão perder sua essência de atuação dentro de um coletivo, mas serão capazes de abordar os problemas de forma mais integrada e qualificada ao compartilhar com a equipe a responsabilização do cuidado. O apoiador vai nortear esta integração para que esteja pautada no atendimento aos usuários, planejamento de ações e trocas de saberes em reuniões para que, com isso, o paciente passe a ser cuidado por uma equipe multiprofissional que atua de forma conjunta e

oferta ações educativas e preventivas sem segmentar o indivíduo em áreas específicas da saúde.

Dentre as limitações, ressalta-se o delineamento transversal do estudo que não viabilizou causalidades entre as afirmativas. Outra limitação é que, o fato do estudo ser multicêntrico, acarretou em uma coleta dos dados realizada por inúmeras equipes. Entretanto, foi realizado um treinamento padronizado dos avaliadores, além disso, havia confirmação in loco do processo. Destaca-se que as informações são das equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB-SB, logo não há uma amostragem probabilística para as equipes.

De acordo com os resultados da presente pesquisa, conclui-se que a atuação do apoiador institucional nas Unidades de Saúde, independente da macrorregião no qual está localizada, é baixa. Ademais as Equipes de Saúde Bucal que receberam ações do apoio institucional, mostraram-se satisfeitas o que indica o quanto o apoiador pode impactar positivamente no processo de trabalho das mesmas. As evidências do estudo acionam um alerta para a necessidade de maiores investimentos em qualificação e implementação do profissional que atua como apoiador institucional. Essas estratégias são de extrema importância visto que o apoio tem como objetivo incentivar os profissionais a transformar as formas como se relacionam com o seu processo de trabalho e como fazem a gestão do mesmo. Essa relação dinâmica entre apoiador e a equipe que o recebe tem como propósito intervir em problemas tanto internos (do coletivo) quanto externos à Unidade de Saúde (da população) uma vez que, aproxima-se uma assistência qualificada do cuidado ofertado ao usuário transformando, dessa forma, o pensar e o atuar em saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Shimizu HE, Martins T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1077-1087, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501077&lng=en&nrm=iso>.
2. Andrade MAC, Barros SMM, Maciel NP, Sodré F, Lima RCD. Apoio Institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 833-844, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000600833&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0222>.
3. Bellini M, Pio DAM, Chirelli MQ. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 23-33, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100023&lng=en&nrm=iso>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de melhoria da qualidade do acesso e da qualidade da atenção primária (PMAQ), 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação externa do PMAQ. Brasília, 2013.
6. Paulon SM, Pasche DF, Righi LB. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 809-820, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500809&lng=en&nrm=iso>.
7. Maia MAB, Neves CAB. Qual a potência do apoio institucional no campo da saúde pública?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 821-831, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500821&lng=en&nrm=iso>.
8. Mori ME, De Oliveira OVM. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1063-1075, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501063&lng=en&nrm=iso>.
9. Cardoso JR, Oliveira GN de, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00009315, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300706&lng=en&nrm=iso>.

10. Mori AY. Os sentidos de uma experiência ao habitar o território no apoio institucional descentralizado. In: Falleiro LM. Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. 1th ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 160-184. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf>
11. Cardoso S, Oliveira F, Costa A, Fialho R, Matos D. Inserção e acolhimento de trabalhadores numa equipe de apoio institucional da diretoria de atenção básica. In: Falleiro LM. Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. 1th ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 185-208. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf>
12. Falleiro LM. Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. Capítulo 10, O cotidiano do apoio institucional: o trabalho em equipe; p. 208-229. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf>
13. Pavan C, Trajano ARC. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 1027-1040, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601027&lng=en&nrm=iso>.
14. Freitas FP de, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 4, p. 547-554, Aug. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013&lng=en&nrm=iso>.
15. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA et al . Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 839-849, Apr. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=en&nrm=iso.
16. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, Oct. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso>.

Tabela 1 .Conjunto de ações realizadas pelo apoio institucional (desfecho em estudo) nas Unidades Básicas de Saúde com equipes de saúde bucal. Brasil, 2014.

Ações do apoio institucional na AB	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	p-valor
Discussão sobre o processo de trabalho	12400 (83,1)	2525 (16,9)	14925 (100,0)	< 0.001
Monitoramento e avaliação de informações e indicadores de saúde bucal	10588 (70,9)	4337 (29,1)	14925 (100,0)	< 0.001
Planejamento e organização da equipe	12218 (81,9)	2707 (18,1)	14925 (100,0)	< 0.001
Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados	9319 (62,4)	5606 (37,6)	14925 (100,0)	< 0.001
Realização de oficinas	5924 (39,7)	9001 (60,3)	14925 (100,0)	< 0.001
Educação permanente	8029 (53,8)	6896 (46,2)	14925 (100,0)	< 0.001
Reuniões com a equipe	11650 (78,1)	3275 (21,9)	14925 (100,0)	< 0.001
Total	3480 (23,3)	11445 (76,6)	14925 (100,0)	< 0.001

Tabela 2 . Prevalência da realização de todas as ações de apoio institucional (desfecho em estudo) estratificado por macrorregião. Brasil, 2014.

Macrorregião	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	p-valor
Norte	109 (11,5)	838 (88,4)	947 (100)	< 0.001
Nordeste	1665 (25,2)	4922 (74,7)	6587 (100)	< 0.001
Centro-oeste	190 (15,7)	1016 (84,2)	1206 (100)	< 0.001
Sul	389 (19,9)	1565 (80,0)	1954 (100)	< 0.001
Sudeste	1127 (26,6)	3104 (73,3)	4231 (100)	< 0.001
Total	3480 (23,3)	11445 (76,6)	14925 (100)	< 0.001

Tabela 3. Avaliação da equipe de saúde bucal sobre algum apoio institucional recebido estratificado por macrorregião. Brasil, 2014.

Macrorregião	Muito Bom n (%)	Bom n (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)	Muito Ruim n (%)	Total n (%)	p-valor
Norte	283 (29,8)	505 (53,3)	142 (14,9)	14 (1,4)	3 (0,3)	947 (100)	< 0.001*
Nordeste	2548 (38,6)	3342 (50,7)	651 (9,8)	35 (0,5)	11 (0,1)	6587 (100)	< 0.001*
Centro-oeste	427 (35,4)	630 (52,2)	129 (10,6)	18 (1,4)	2 (0,1)	1206 (100)	< 0.001**
Sul	737 (37,7)	996 (50,9)	192 (9,8)	24 (1,2)	5 (0,2)	1954 (100)	< 0.001*
Sudeste	1795 (42,4)	2040 (48,2)	360 (8,5)	25 (0,5)	11 (0,2)	4231 (100)	< 0.001*
Total	5790 (38,7)	7513 (50,3)	1474 (9,8)	116 (0,7)	32 (0,2)	14925 (100)	< 0.001*

*Pearson Chi-square ** Fisher exact

Tabela 4: Associação entre as ações realizadas pelo apoiador institucional (desfecho em estudo) e ações das equipes de saúde bucal. Brasil, 2014.

		Desfecho positivo		p-value
		Sim	n (%)	
Ações Equipes de SB	Discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação	Sim	3133 (88,9)	< 0.001*
		Não	347 (11,1)	
	Participação reuniões da equipe de atenção básica	Sim	2844 (81,7)	< 0.001**
		Nunca	33 (0,90)	
	Planejamento e organização do processo de trabalho	Sim	3100 (89,1)	< 0.001*
		Não	380 (10,9)	

*Pearson Chi-square ** Fisher exact

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com o estudo que o conjunto de ações do apoio institucional é ainda pouco presente nas macrorregiões brasileiras, mostrando a carência de um serviço de extrema importância na gestão do processo de trabalho das equipes. Os resultados favoráveis, com relação à satisfação das Equipes de Saúde Bucal após receberam algum apoio, apontam para o desejo dos profissionais de transformar as práticas diárias em prol da qualificação da assistência à saúde e do reconhecimento de que ter um profissional capacitado para auxiliar nesse momento de transição é possuir um componente facilitador dentro do grupo para nortear as ações. Ademais as ações das ESB estudadas pela presente pesquisa, quando realizadas, são indicativas de que o grupo está mais próximo do apoio institucional e, conseqüentemente, mais preparado para lidar com a gestão da sua prática e com os problemas que surgem diariamente. Visto isso é indispensável maiores investimentos na implementação do apoio institucional nas Unidades de Saúde, aumentando a prevalência das ações do apoiador nas distintas macrorregiões brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. A. C. et al . Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 833-844, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000600833&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0222>.
- BARROS, M. E. B. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, dez. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300029>.
- BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 23-33, mar. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080002>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 1990**. Dispõe sobre a regulação das ações e serviços de saúde executadas em todo território nacional. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.HTM>. Acesso em: 05 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, 2004**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/PNSB/>>. Acesso em: 05 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de melhoria da qualidade do acesso e da qualidade da atenção primária (PMAQ), 2012**. Disponível em:
<<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em: 05 jul. 2017.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>.
- CAMPOS, G. W. S. et al . A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328320140006000983&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAMPOS, G. W. S. Democracia institucional e cogestão de coletivos organizados para a produção. In: _____. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método de roda**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 3, p. 98-158.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS – Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20060006000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X20060006000006>.

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MAERSCHNER, R. L. et al. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1089-1098, 2014. Disponível em:
 <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0365>.

MATOS, G. A.; CUNHA, N. F. Assistência primária de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 100-116, 1981. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671981000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719810001000014>.

MELO, L. M. F. et al. Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 8-22, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-110420160001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080001>.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>.

MORI, M. E.; DE OLIVEIRA, O. V. M. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1063-1075, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0316>.

OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Campinas. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]- Universidade Estadual de Campinas; 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PAIXAO, L.; TAVARES, M. F. L. A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 845-858, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000600845&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0203>.

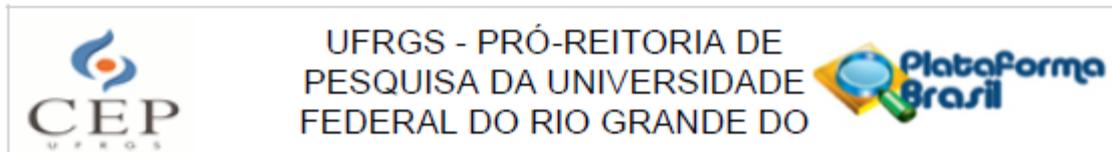
PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000600895&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>.

SHIMIZU, H. E.; MARTINS, T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1077-1087, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0523>.

SILVA, F. H. da; BARROS, M. E. B. de; MARTINS, C. P. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1157-1168, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000601157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0280>.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>.

ANEXO – COMPROVANTE DE ENVIO DA PESQUISA PARA ANÁLISE ÉTICA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DO APOIO INSTITUCIONAL NA QUALIDADE DAS AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Alexandre Favero Bulgarelli

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 59464316.8.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.024.818

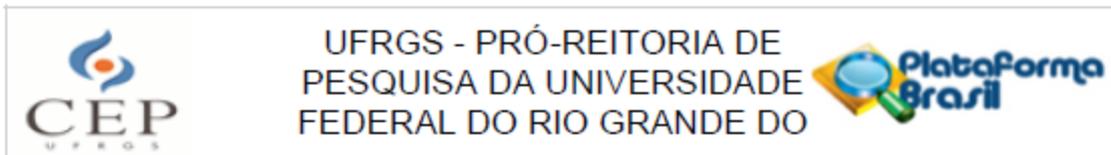
Apresentação do Projeto:

Projeto adequadamente apresentado, trazendo à tona discussões pertinentes ao SUS, com vistas a buscar identificar o impacto que o apoio institucional tem na qualidade das ações das equipes envolvidas na atenção primária à saúde- saúde bucal. Trata-se de um tema interessante, na medida em que o SUS apresenta-se não só como um sistema brasileiro para proporcionar a cura de doenças mas, também, volta-se para a promoção de saúde de acordo com o contexto social e adaptado à complexidade da assistência à saúde. De acordo com a introdução ao tema, existe um modelo de gestão desta atenção à saúde que baseia-se na existência de colegiados gestores (co-gestão ou modelo de gestão colegiada). Este modelo faz parte dos pressupostos da Atenção Primária à Saúde/APS.

Trata-se de um projeto para desenvolvimento de uma pesquisa de base em serviços realizada com dados do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e entrevistas com apoiadores institucionais. Para o seu desenvolvimento a pesquisa divide-se em um momento quantitativo e outro qualitativo. Deste modo trata-se de estudo de método misto do tipo sequencial [QUANqual], de corte transversal.

Os dados quantitativos são provenientes do segundo ciclo do Programa de avaliação de melhoria da qualidade e do acesso/PMAQ os quais já foram coletados no ano de 2012 e 2013, por meio de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farroupilha	CEP: 90.040-060		
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propesq.ufrgs.br	



Continuação do Parecer: 2.024.818

questionários aplicados em usuários e trabalhadores de equipes de saúde da bucal distribuídas nas cinco macro-regiões brasileiras. Os dados qualitativos serão coletados por meio de entrevistas semi-dirigidas e grupos focais com apoiadores institucionais na cidade de Porto Alegre/RS. Os dados serão analisados segundo modelo teórico lógico de análise tendo como desfecho a qualidade máxima para ações de saúde bucal e apoio institucional no serviço público de saúde. Para tal processo de análise será utilizada análise multivariada por meio do Software Stata 12. Os dados qualitativos serão avaliados segundo Análise de Conteúdo Clássica com perspectiva teórica Construcionista Social. Como resultado espera-se construir subsídios para compreender e potencializar a coordenação do cuidado e da gestão colegiada no escopo do Sistema Único de Saúde/SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar o impacto das atividades e ações do apoio institucional na Atenção Primária à Saúde nas equipes de saúde bucal do Sistema Único de Saúde no Brasil

Específicos:

Caracterizar a presença do apoio institucional na gestão da saúde bucal nas macrorregiões brasileiras;

Analisar os diferentes tipos de equipes de saúde de acordo com o desempenho e a certificação atribuída pela equipe pelo PMAQ;

Observar a relação existente entre o trabalho do Apoiador Institucional no impacto da atenção à saúde bucal do município de Porto Alegre.

Caracterizar e analisar a percepção do trabalhador que exerce a função de apoiador institucional sobre seu trabalho na gestão no município de Porto Alegre;

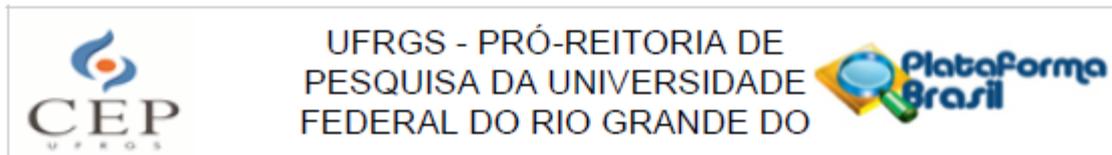
Analisar a importância do trabalho do apoiador institucional de Porto Alegre na qualidade do serviço de APS;

Construir o sentido do apoio institucional dentro das ações de gestão colegiada no município de Porto Alegre

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No parecer anterior foi destacado: "Estão definidos, como benefícios, no projeto o seguinte: "Os impactos positivos desta pesquisa, estão associados a avaliação da qualidade do serviço de saúde em nível de atenção primária pois irá nortear tanto os profissionais da saúde bucal como apoiadores institucionais nacionalmente nas diferentes perspectivas de apoio institucional e gestão-colegiada. Com essa pesquisa espera-se construir conhecimento científico que irá embasar

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.024.818

melhorias nas ações de saúde coletiva pois os resultados permitirão uma análise nacional de como a presença do apoio institucional reflete nas ações de saúde bucal na Atenção Primária a Saúde no SUS." Não foi observada menção a risco. Sendo a coleta de dados ("Os dados qualitativos serão coletados por meio de entrevistas semi-dirigidas e grupos focais com apoiadores institucionais na cidade de Porto Alegre/RS") direcionada a indivíduos participantes da rede, entende-se que há, sim, riscos envolvidos e estes devem ser destacados pelos autores. No TCLE, da mesma forma, há menção e identificação dos benefícios, mas não do risco.

Há um anexo, assinado pelo proponente, no qual ele se responsabiliza pela confidencialidade e privacidade dos dados coletados, mas no projeto principal e no TCLE, não há menção à confidencialidade."

NA VERSÃO ATUAL: Todas as questões referentes ao risco foram corrigidas, tanto no documento principal, quanto no anexo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa voltada para avaliação das ações de equipes de saúde bucal na atenção Primária. Será realizada dentro de uma perspectiva quanti-quali, utilizando-se banco de dados e entrevista semi-estruturada. Esta pesquisa tem a ciência da PM-PoA, por meio de carta assinada pela coordenadora da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços (Vânia Maria Frantz).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão apresentados de forma correta, de acordo com as diretrizes éticas (CONEP).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As inadequações apontadas em parecer anterior foram corrigidas. Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_784981.pdf	23/03/2017 10:38:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Reenvio_Apoio_SMSPOA_2017.pdf	23/03/2017 10:37:50	Alexandre Favero Bulqarelli	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.024.818

Investigador	Reenvio_Apoio_SMSPOA_2017.pdf	23/03/2017 10:37:50	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_apoio_2017.pdf	23/03/2017 10:36:38	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Outros	parecer_compesq_aprovacao.pdf	01/09/2016 18:48:49	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ok.pdf	01/09/2016 18:47:48	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Declaração de Pesquisadores	usodados.jpg	31/08/2016 09:51:31	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocienciaSMSPOA.pdf	31/08/2016 09:50:45	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito

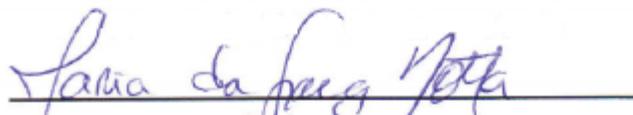
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Abril de 2017


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)