



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Pereira Júnior, Nilton; de Sousa Campos, Gastão Wagner

O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da
cogestão

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 1, diciembre, 2014, pp. 895-908

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135772009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão

Nilton Pereira Júnior^(a)
Gastão Wagner de Sousa Campos^(b)

Pereira Júnior N, Campos GWS. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:895-908.

This study aimed to understand how institutional support was formulated by the Ministry of Health and how this strategy of a round-table method has been incorporated into the official discourse of the federal management of SUS. This study is categorized as qualitative research. We analyzed official documents, national guidelines, training booklets and policies of the Ministry of Health. We identified dilemmas, difficulties and limits that SUS managers experience daily while seeking strategies to change the traditional logic of government (hegemonic managerial rationality), either through democratic and participative management or in the relationship between federal entities. From the documents analyzed, it may be supposed that these managers have a desire for change, given that the political-theoretical consistency is appropriate for this. However, the documents present contradictions and show the difficulty of integration between areas of the Ministry of Health and between this ministry and the decentralized managers (states and municipalities).

Keywords: Paideia method. Institutional support. Brazilian Health System. Ministry of Health. Healthcare management.

Este estudo objetivou compreender a formulação do apoio institucional pelo Ministério da Saúde (MS) e como essa estratégia do método da roda vem sendo incorporada ao discurso oficial da gestão federal do SUS. O estudo se situa na categoria de pesquisa qualitativa. Analisamos documentos oficiais, diretrizes nacionais, cadernos de formação e políticas do MS. Identificamos dilemas, dificuldades e limites que os gestores do SUS vivenciam, cotidianamente, ao buscarem estratégias de mudança da lógica tradicional de governo (racionalidade gerencial hegemônica), seja na gestão democrática e participativa, ou na relação entre entes federados. A partir dos documentos analisados, pode-se supor um desejo de mudança por parte desses gestores, visto a consistência teórico-política adequada a isso. Entretanto, apresentam contradições, mostrando dificuldade de integração entre as áreas do MS e deste com os gestores descentralizados (estados e municípios).

Palavras-chave: Método Paideia. Apoio institucional. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Gestão em Saúde.

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Av. Pará, 1720, Bairro Umuarama, Campus Umuarama, bloco 2U, sala 23. Uberlândia, MG, Brasil. 38400-902. nilton@ufu.br
^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

Introdução

O SUS introduziu mudanças na relação Estado-sociedade, operando a partir de princípios e diretrizes, como a descentralização da gestão, participação popular e controle social em todos os níveis de gestão do sistema¹.

Entretanto, nasceu e se desenvolveu em meio ao avanço do neoliberalismo na América Latina. O discurso hegemônico de privatização/desestatização, contenção de gastos públicos e “seleção das demandas sociais” invadiu todos os governos da Nova República, impondo uma focalização das políticas sociais, inclusive na política de saúde².

Apesar dos avanços conquistados, a manutenção do modelo médico hegemônico, a reforma do Estado inconclusa, o predomínio do velho modelo de gestão pública, o subfinanciamento, a precarização do trabalho e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde são, ainda, os principais desafios da Reforma Sanitária brasileira na atualidade^{3,4}.

Outra característica impactante no cotidiano do SUS, comum às organizações em geral, é o que Campos denominou de racionalidade gerencial hegemônica:

[...] Esta produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho, alheios (estranhos) a eles.⁵ (p. 23)

Esse autor elaborou um método que objetiva fortalecer os sujeitos, individuais e coletivos, a fim de construir uma democracia institucional. Essa estratégia metodológica intencionava ampliar a capacidade de direção e de governo dos sujeitos, para aumentar suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade.

Baseado em matrizes conceituais, oriundas da política, do planejamento, da análise institucional, da Pedagogia e da Psicanálise, construiu um método para análise e cogestão de coletivos, o método da roda⁵, como uma “[...] tentativa de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas. No fundo, é a radicalização da construção de cidadania e de sociedades democráticas”⁶ (p. 12).

A função *apoio* é a essência do método Paideia. “É um método de apoio à cogestão de processos complexos de produção”⁵ (p. 185). Esta articula a produção de bens e serviços com a produção de instituições, organizações e dos próprios sujeitos. É um método de gestão para a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos. Além disso, ele pode ser incorporado pelos coletivos organizados sem a necessidade de um agente externo.

Nossa experiência aposta, portanto, na potência da figura do apoiador institucional. Mesmo com a possibilidade de controle e autoridade sobre o grupo, o apoiador institucional pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão⁵.

Diferentemente das tradicionais “assessorias” e “consultorias”, o apoiador não faz *pela* ou *para* as equipes, e sim *com* as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Assim, compromete-se com as equipes e não somente com a alta direção da instituição, sem deixar de trazer diretrizes dos níveis superiores da gestão e analisar o contexto externo ao grupo – como diretrizes orçamentárias, políticas e organizacionais⁵.

As primeiras experiências de implantação do método da roda, na cogestão de instituições e na organização da atenção à saúde, foram na rede municipal de saúde de Campinas/SP, durante a década de 1990. A partir do início dos anos 2000, municípios e estados implementaram arranjos e dispositivos do método: Belo Horizonte/MG, Sobral/CE, Diadema/SP, Amparo/SP, São Bernardo/SP, Recife/PE, Aracaju/SE, Vitória/ES, assim como as Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro e da Bahia e a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um processo de formulação e implantação do apoio institucional, inicialmente com dois enfoques: i) apoio à gestão descentralizada do SUS e ii) apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde. Em um segundo momento, a partir de 2011, o MS se centrou na implementação do apoio institucional, buscando uma articulação interna.

Este trabalho de investigação tem como objetivo compreender a formulação do apoio institucional pelo MS, e como essa estratégia vem sendo incorporada ao discurso oficial da gestão federal do SUS. Para isso, buscamos identificar especificidades e singularidades da institucionalização do apoio Paideia em diferentes setores do MS.

Caminhos metodológicos

O presente estudo se situa na categoria de pesquisa qualitativa, dentro do campo da pesquisa social em saúde. O núcleo básico de uma pesquisa qualitativa é a intenção de trabalhar com o “significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas”⁷ (p. 197).

No campo das Ciências Sociais encontramos diversos métodos de análise qualitativa. Aproximamo-nos da hermenêutica-dialética, por considerarmos uma abordagem coerente com nossa concepção de ciência, a partir do referencial teórico utilizado e com os objetivos desta investigação.

Entendemos a hermenêutica como a disciplina básica que possui a *compreensão* como a categoria metodológica central, a *consciência histórica* como filosofia fundante e o *significado* como baliza do pensamento. A dialética, por sua vez, é entendida como a articulação dos conceitos de *crítica*, *negação*, *oposição*, *mudança*, *processo*, *contradição*, *movimento* e *transformação da realidade social*⁸.

O desenho inconcluso do caminho

A partir da opção metodológica proposta, desenvolveu-se uma práxis interpretativa hermenêutica, do estudo de documentos oficiais do MS que tratam do apoio institucional.

Analisaremos diretrizes nacionais, cadernos de formação, políticas e programas. Os documentos foram adquiridos nos sítios oficiais, bibliotecas virtuais e por meio de contato direto com dirigentes.

Construímos um instrumento para a análise documental utilizando **núcleos temáticos de análise** ou **categorias analíticas**. Este seria “um roteiro sem caminhos prefixados. Talvez uma ‘cartografia’ [...], com pontos de passagem mais do que itens organizados segundo uma hierarquia rígida”⁵ (p. 212).

Essas categorias constituíram uma matriz inicial de interpretação dos documentos oficiais, na lógica da interação contínua entre a coleta de dados, a explicação estruturada, a interpretação e a análise, que foram constantemente incorporadas ao instrumento, gerando a transformação desse roteiro em todas as etapas do processo.

As categorias analíticas utilizadas, *a priori*, são:

- 1 Objeto (tema e atores envolvidos) de que se encarrega o apoio institucional;
- 2 Método do apoio institucional;
- 3 Arranjos e espaços de gestão utilizados pelo apoio institucional;
- 4 Objetivos do apoio institucional;
- 5 Núcleo e campo de saberes e práticas do apoio institucional.

Análise do campo

A posse do governo Lula, em janeiro de 2003, marcou o início do período analisado neste estudo. Ainda que o novo governo não tenha trazido rupturas radicais no modelo de atuação do Estado, é possível identificar elementos de mudança, principalmente nas políticas sociais^{1,9}.

A democratização da gestão, a mudança do modelo vertical e autoritário das relações interfederativas e a participação social na gestão das instituições de saúde disputavam espaço na agenda da nova gestão do MS, apesar do seu caráter contra-hegemônico. A criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Colegiado do Ministério e de colegiados gestores nas secretarias e departamentos, a reestruturação e fortalecimento do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) e o Plano Nacional de Saúde de 2004-2007, que visava à gestão democrática do SUS, mostravam a presença desse debate na agenda da saúde^{1,10,11}.

Entretanto, essa equipe de governo se deparou com dificuldades para a consolidação da descentralização da gestão do SUS, com a necessidade de mudança dos modelos hegemônicos de organização da atenção à saúde e da gestão das Instituições e serviços de saúde, inclusive com a própria fragmentação e desarticulação dos diversos setores internos do MS¹².

Mesmo assim, buscou-se desenvolver ações que visavam à ampliação da capacidade de gestão de estados, municípios e das próprias áreas internas do MS. Parte dessas estratégias se configurou na habilitação de todos os estados, na condição de Gestão Plena da Saúde, assumindo-se, efetivamente, as funções de formulação, coordenação, regulação e avaliação da política estadual de saúde. O acompanhamento ministerial da articulação da Programação Pactuada Integrada (PPI), a revisão do marco normativo da regionalização do SUS e a aprovação do Pacto pela Saúde fizeram parte dessa estratégia¹².

Outra iniciativa da gestão do MS, particularmente da Secretaria Executiva, foi desenvolver e coordenar a implementação do apoio institucional aos estados, municípios e regiões de saúde. Os objetivos eram favorecer a integração das diversas áreas e políticas do MS, buscar a democratização das instituições e das relações interfederativas e ampliar a capacidade de análise e de gestão dos sujeitos e dos coletivos^{10,12-14}.

A formulação do apoio institucional pelo Ministério da Saúde

Identificamos, a partir de 2003, a produção sistemática de textos e documentos oficiais do MS, que abordam a estratégia do apoio institucional. Apesar das particularidades, todas essas estratégias são influenciadas e se referenciam na metodologia do apoio Paideia (método da roda).

Didaticamente, destacamos dois movimentos de formulação e implantação do apoio institucional no MS. O primeiro movimento foi protagonizado pela PNH e pelo DAD, ambos posicionados, institucionalmente, na Secretaria Executiva (SE). Essa fase se iniciou em 2003, com os primeiros documentos sendo divulgados em 2004, concentrou-se na PNH a partir de 2005, e estendeu-se até o final de 2010. O segundo movimento se iniciou em janeiro de 2011, continuando até os dias atuais. Visto que, nessa etapa, há uma participação da maioria das secretarias do MS, onde o principal protagonista passou a ser o Núcleo Gestor do Apoio Integrado, coordenado pela SE.

Vale ressaltar que a PNH é a única política do MS que mantém atuação, discurso e formulação teórica sobre o apoio institucional, desde 2003 até os dias atuais.

Os movimentos pioneiros

(a) A Política Nacional de Humanização (PNH)

Cronologicamente, a PNH foi a primeira área do Ministério a utilizar os termos *cogestão* e *apoio* em suas formulações. O documento intitulado "A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS"¹⁵ apresentou seus princípios:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/

responsabilização; 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.¹⁵ (p. 9-10)

Além de mencionar os termos *cogestão* e *democratização institucional*, o texto trouxe a função *apoio* em duas dimensões: a) como “apoio matricial” da PNH às demais áreas do MS e “apoio regional” aos estados, municípios e serviços de saúde¹⁵.

Ainda sem citar a expressão “apoio institucional”, o documento base trouxe em seu glossário apenas a definição de apoio matricial:

Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.¹⁴ (p. 43-4)

Somente na terceira edição do documento base, em 2006, a PNH enunciou sua definição de apoio institucional, sendo a primeira área do Ministério a conceituá-lo:

Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento, coordenação, condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados. Trata-se de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, o que pressupõe a inserção dos sujeitos incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários.¹⁶ (p. 36)

Na definição apresentada ficou evidente a diferenciação do apoio institucional com o apoio matricial. Enquanto este foi colocado para reordenar a lógica relacional entre profissionais generalistas e especialistas, democratizando as relações de poder das equipes de saúde responsáveis pela clínica e pelo cuidado, o apoio institucional é considerado um método e uma estratégia de gestão.

Na quarta edição do documento base, de 2008, a PNH ampliou e detalhou sua conceituação de apoio institucional:

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da

instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em, uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações.¹⁷ (p. 52-3)

É um método de cogestão (porque apoia a formulação e a execução) e, ao mesmo tempo, uma postura ético-política (porque objetiva a democracia institucional e a construção de autonomia dos sujeitos). Mas, atualmente, o *apoiador institucional* recebe estatuto e cargo de gestão, com definição de papéis e atribuições. Torna-se responsável pela mediação, negociação, manejo e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento.

b) O Departamento de Apoio à Descentralização (DAD)

A formulação do DAD foi fundante da estratégia de apoio à gestão aos estados e municípios, por parte do MS¹². Esse departamento analisou a tradicional relação hierárquica entre os entes federados, explicitou a necessidade de mudança dos modelos hegemônicos das instituições e serviços de saúde e evidenciou a desarticulação dos setores internos do MS. Mesmo não utilizando o conceito “apoio institucional”, referenciou-se no apoio Paideia para definir o “apoio integrado” como uma estratégia para:

[...] intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais. Esta estratégia é entendida assim, como indutora de um reordenamento e qualificação na gestão do próprio MS, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas.¹² (p. 9)

Mais do que um argumento constitucional-legal, apresentava-se uma posição ético-política, ao valorizar uma abordagem pedagógica e solidária da gestão. A cogestão e a gestão participativa eram um pressuposto para a construção dessa nova estratégia.

A ideia central dessa estratégia era a integração, aqui entendida como a “articulação das atividades de apoio desenvolvidas pelas diversas áreas do MS e à possibilidade de envolvimento de todos os atores importantes para a gestão do SUS em cada estado”¹²(p. 12). Em outras palavras, um duplo movimento de integração, para dentro e para fora, integrando internamente o Ministério e este com os gestores descentralizados (estados e municípios).

Existia a preocupação de articular o apoio integrado às demais maneiras de relação do Ministério com os estados e municípios:

É imprescindível a articulação da estratégia de apoio integrado à gestão com as ações de acompanhamento a estados e municípios das áreas específicas. Estes dois movimentos, assim como o atendimento a crises e a demandas pontuais que possam surgir, devem estar articulados dentro da estratégia de apoio integrado.¹² (p. 16)

Mesmo considerando que nem todas as formas de relação federativa operavam na lógica do apoio, percebe-se uma aposta radical dos documentos do DAD na universalização dos princípios e posturas do apoio a todos os setores do MS:

O processo do apoio integrado deve significar uma nova forma de relação do Ministério com os gestores do SUS em cada estado. Para conduzir as estratégias centrais do apoio foram identificados, em todas as Secretarias do MS, representantes que compõem as equipes de referência (que chamamos de apoio geral), mas todas as áreas do MS estabelecem relação de apoio com os estados e municípios (o que aqui chamamos de apoio específico).¹² (p. 17)

Essa classificação de “apoio geral” e “apoio específico” se assemelha à construção da PNH, que classificava o apoio aos estados e municípios como “apoio regional” e o apoio especializado das áreas técnicas como “apoio matricial”¹³.

Observa-se uma separação que nos parece equivocada de ser feita entre apoio “geral” e “específico”. Todos os apoiadores são especialistas em algum campo de conhecimento ou prática social. Mas isso, por si só, não inviabiliza que sejam generalistas. O que caracterizaria um apoio “geral” seria o espaço de atuação e seu objeto de apoio. O apoiador, que é referência para um tema ou política específica e não para um território, é chamado pelos documentos analisados de apoiador “específico” ou “matricial”. Porém, entendemos que, mesmo sendo especialistas em alguma política específica, esses apoiadores deveriam ter um território e uma equipe de referência.

O segundo movimento de integração do apoio no Ministério da Saúde

A nova gestão do MS (que tomou posse em janeiro de 2011) reconheceu avanços significativos na gestão do SUS. Valorizou-se os novos processos de pactuação, a criação dos blocos de financiamento, a regionalização como eixo estruturante e orientador dos processos de descentralização e a constituição dos Colegiados de Gestão Regional¹⁸.

Entretanto, ressalta-se a persistência de grandes desafios para o SUS, como a necessidade de “[...] implementar práticas de atenção e gestão em saúde que garantam o acesso com qualidade e o cuidado integral, em uma Rede de Atenção à Saúde adequada às necessidades da população, com o fortalecimento da governança regional e do controle social”¹⁸ (p. 2).

Apresentou a regulamentação tardia da Lei nº. 8.080/1990, por meio do Decreto Presidencial nº. 7.508/2011, como estratégia para construção de novos modelos de relação interfederativa nas regiões de saúde, fortalecendo a contratualização de responsabilidades entre os entes, com a participação de trabalhadores, gestores, usuários e prestadores de serviços¹⁹.

Como estratégia de fortalecimento do SUS nas regiões de saúde, o MS induziu a implementação de redes temáticas, com foco central na ampliação do acesso e da qualidade, como:

[...] rede de atenção à saúde da mulher e da criança (rede cegonha), rede de atenção às urgências, rede de atenção psicossocial (ênfase no uso de crack e outras drogas), e das ações do plano para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, ancoradas e sustentadas pela atenção primária à saúde.¹⁸ (p. 6)

Com a necessidade de diminuir a fragmentação interna, o MS retomou a formulação do apoio integrado, pensado como dispositivo para potencializar horizontalidade à cooperação interfederativa, construir as regiões e as redes de atenção à Saúde e desenvolver práticas de atenção e gestão que produzissem acolhimento com ampliação do acesso e da qualidade no SUS¹⁸. Construído ao longo de 2011 e aprovado pelo Colegiado de Gestão do MS em janeiro de 2012, o documento intitulado “Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS” justifica a importância dessa estratégia:

Partindo do pressuposto que há uma noção geral comum de apoio/cooperação que deve permear as relações interfederativas na busca da garantia do direito à saúde e que possa evocar a expressão de forças, composições e conflitos, o “Apoio Integrado” configura-se numa estratégia do MS, que tem como objetivo maior, fortalecer a gestão do SUS com vistas à ampliação do acesso e a da qualidade dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto 7.508/11.¹⁸ (p. 6)

Define os movimentos coletivos como o espaço de trabalho do apoiador institucional, articulando cuidado e gestão e buscando novos modos de operar e produzir saúde nas Instituições.

Dessa forma, apresenta a tríplice tarefa do apoiador: i) ativar coletivos, ii) conectar redes e iii) incluir olhares, práticas, interesses e desejos na produção do comum. Uma nova maneira de se relacionar com os entes federados, para além das normas e da indução financeira, ampliando a práticas de gestão.

Os apoiadores deverão apoiar estados e municípios no planejamento estadual, municipal e regional, na definição e implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas, na implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap); e em processos transversais de gestão, como regulação, avaliação, gestão do trabalho, educação em saúde, vigilância, etc.

Propõem-se três eixos de sustentação do apoio integrado: “a formação dos apoiadores; a condução da estratégia e o seu monitoramento e avaliação”¹⁸ (p. 8).

Para a operacionalização do apoio, definiu-se equipes de referência para cada estado, composta por apoiadores de quatro áreas: Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (Daras), PNH e Departamento de Atenção Básica (DAB). Em casos singulares, a equipe de referência pode ser composta por apoiadores temáticos de outras secretarias.

A estratégia de constituir equipes multiprofissionais de apoiadores, como referência para um determinado território, é interessante. Mas é necessário deixar claro quem seria a equipe ou as equipes de referência desse conjunto de apoiadores. No atual processo de mudanças e rearranjos dos instrumentos de gestão interfederativa, inaugurado com o Decreto 7.508/2011, podemos identificar um conjunto de equipes de referência nos territórios de apoio. A equipe dirigente de um município, os dirigentes e apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), os gerentes regionais e apoiadores dos estados, os representantes do controle social e os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde podem ser considerados equipes de referência para os apoiadores do MS.

Nesse cenário, podemos nos remeter à formulação de Campos e Domitti²⁰ sobre a possibilidade de articulação de várias equipes de referência e diversos apoiadores, em uma mesma estrutura organizacional complexa, neste caso, um serviço de saúde:

Em organizações maiores, faz-se necessário a agregação de equipes de referência em departamentos estruturados dentro da mesma lógica: as unidades de produção seriam a agregação de um conjunto de equipes de referência e de apoiadores matriciais que compartilhem de um mesmo campo de intervenção.²⁰ (p. 400)

Utilizando-se dessa lógica, podemos dizer que a Unidade de Produção da Gestão Interfederativa do SUS seria a Região de Saúde. Nesta, as equipes de referência e os apoiadores institucionais do MS produzem diálogos, contratos e compromissos, tanto em espaços instituídos de gestão, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), quanto em encontros e espaços entre parte das equipes de referência com parte dos apoiadores.

O documento analisado destaca, também, a diferença entre apoiadores e apoiadores “temáticos”:

Por apoiador entende-se o sujeito que atua em caráter geral, ou seja, que fará a interlocução com estados e municípios, na implementação das Políticas Nacionais de Saúde, respeitados os dispositivos legais. Por apoiador temático entende-se o sujeito com um saber especializado num determinado processo de atenção à saúde/gestão, que deverá ser acionado pelas equipes de referência, de acordo com a demanda de modo a melhor ordenar/potencializar o processo de cooperação federal a estados e municípios.¹⁸ (p. 10)

Novamente o MS retoma a diferenciação feita em 2003-2004 pela PNH e pelo DAD, entre apoio “geral” e “específico/matricial”. Agora, com outra nomenclatura: “apoiador” e “apoiador temático”. Apesar de não considerar o apoiador temático como matricial, a definição é semelhante à conceituação de apoio matricial, construída pela PNH.

Reforçamos nosso entendimento, em consonância com o método da roda, visto que há diferença entre apoio institucional e matricial. Apesar de partirem da mesma concepção, o apoio institucional é

um arranjo de gestão das redes de atenção, dos serviços e dos sistemas de saúde, enquanto o apoio matricial é um dispositivo de gestão da clínica.

Assim, primeiramente, consideramos que todos os apoiadores do MS deveriam ser apoiadores institucionais, porque atuam na relação com gestores descentralizados, buscando aumentar suas capacidades de gestão e governo, mesmo quando estão focalizados em uma rede temática.

Em segundo lugar, questionamos a potência e eficácia da separação entre apoiadores e apoiadores temáticos. Pela concepção Paideia e pela prática vivenciada de apoio à gestão, entendemos que sempre que o apoio faz ofertas temáticas ou específicas, estas se tornam dispositivos para diálogos e construções coletivas ampliadas, sendo necessário articular aquela rede temática com o conjunto do sistema de saúde e com a complexidade da gestão do SUS. Se o apoiador acumula experiência e saber específicos apenas em uma rede ou especialidade, ele terá dificuldades em dar suporte ao coletivo de gestores das regiões de saúde, pois estes vivenciam a necessidade e a complexidade das redes territoriais.

Concomitantemente à produção e aprovação das “diretrizes”, a gestão do MS formulou também as bases e diretrizes para o processo de formação dos apoiadores institucionais, que eram incorporados na estrutura de diversas secretarias e políticas.

O documento, “Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde”, publicizado ao final de 2011¹⁹, explicita uma posição em defesa do apoio, como uma estratégia de análise institucional, democratização das instituições e aumento da autonomia dos sujeitos, a qual não apareceu, ou ficou velada, no texto das “diretrizes”.

[...] a *função apoio institucional* se concretiza num modo inovador de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da **análise institucional** e da gestão. Ofertar suporte aos movimentos de mudança deflagrados por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. As diretrizes do apoio institucional integrado são a **democracia institucional** e a **autonomia dos sujeitos**, aproveitando as lacunas para ativar movimentos que produzam **diferença/ruptura com o que está instituído**, ou seja, que busque novos modos de produção da atenção e da gestão na saúde e maior **implicação** e satisfação dos trabalhadores com seu próprio trabalho.¹⁹ (p. 15) (grifos nossos)

Notamos a influência do movimento institucionalista francês, que produziu um campo do conhecimento denominado análise institucional, na conceituação da função apoio institucional, que é o mesmo referencial é utilizado por Campos⁵ para a sua formulação do apoio Paideia. Observe-se, contudo, que Campos desenvolveu a estratégia metodológica do apoio utilizando um referencial teórico e prático amplo, em que a análise institucional foi modificada com base em conceitos da pedagogia construtivista, pela concepção de Gramsci (1976) e vários outros pensadores. Essa reelaboração produziu várias diferenças entre a formulação do autor e a análise institucional, sendo a principal delas a própria metodologia de trabalho do apoiador e dos analistas institucionais.

O apoio institucional interage ativamente com os apoiados, trabalha em vários “*settings*” e não sempre com o mesmo grupo de “*analisandos*”. O apoiador tem uma postura interativa, lida com ofertas, ou seja, interfere na construção de agenda, na análise e formulação de projetos e tarefas. Em alguma medida, essa conceituação do apoio institucional, como uma mescla de análise institucional e gestão, poderia indicar uma tentativa de “esterilizar” o potencial criativo e de novidade do método da roda. O método da roda busca evidenciar conflitos, procura estimular a cogestão – ou seja, a contestação de diretrizes e políticas vindas de “cima”. Recomenda, ainda, que o apoiador tenha “ofertas”, projetos, políticas, arranjos, valores, mas que esteja autorizado – que tenha autonomia – para modificá-los em função do contato com os atores de cada local.

Trata-se de uma prática contra-hegemônica. Em geral, as administrações tomam seus projetos e programas como leis a serem implantadas. Os apoiadores do MS, ao trabalhar com estados e municípios, estariam autorizados a modificar prioridades, arranjos e modelos das Redes Temáticas?

Enquanto o “caderno” enfatiza o papel da função apoio na democratização institucional, as “diretrizes” definem como “fortalecimento” e “qualificação da gestão”¹⁸, reduzindo o compromisso ético-político do SUS com a democratização das instituições e da sociedade. Os termos “fortalecimento” e “qualificação da gestão” podem ser tomados em várias concepções, inclusive serem interpretados como incentivo para buscar socorro na qualidade total ou no gerencialismo tecnocrático.

Em outro momento, fica explícita a escolha da gestão do MS por não considerar a análise institucional como estratégia e objeto de trabalho do apoiador. No “caderno” está colocado que “[...] o apoiador institucional integrado deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, **ajudando na análise da instituição**, buscando novos modos de operar e produzir as organizações”¹⁹ (p. 15) (grifo nosso).

Nas “diretrizes” no mesmo trecho é repetido, entretanto é excluída a expressão grifada acima. “O apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações”¹⁸ (p. 6).

O “caderno” retoma a primeira formulação de apoio integrado no Ministério, pelo DAD, em 2004, que constitui o apoio como nova estratégia e postura de relação federativa:

O apoio institucional proposto pelo Ministério da Saúde implica um modo de relacionar com outros entes (municípios, estados, regiões), para além das normas, além da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS.¹⁹ (p. 16)

Seu objetivo geral é a formação de apoiadores “para a implementação de políticas públicas orientadas para o acolhimento e a ampliação do acesso com qualidade no âmbito do SUS, na perspectiva da cooperação interfederativa”¹⁹ (p. 21). Como objetivos específicos, o caderno busca desenvolver competências para o apoio integrado; favorecer a integração entre as áreas técnicas; apoiar a implantação do Pmaq-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), das redes temáticas, do QualiSUS-Rede (Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde) e dos instrumentos e dispositivos do Decreto nº. 7.508/2011; apoiar o planejamento integrado, monitoramento e avaliação das políticas de saúde; contribuir no desenvolvimento da gestão do trabalho e da educação em saúde e desenvolver processos de Educação Permanente.

Observa-se que não fica explícito que os apoiadores tomariam esses objetivos específicos como “ofertas”, conforme recomendado por Campos⁵, ou seja, como discursos e projetos que eles deveriam reconstruir em função do contexto singular de cada local. Ao contrário, entende-se que os “apoiadores”, a julgar pelo objetivo da formação sugerida, seriam, de fato, muito mais “agentes de implantação” dos programas do MS.

O processo de ensino e aprendizagem proposto utilizará a estratégia da problematização, que possibilita a construção de novos conceitos e induz processos de mudança dos modos de fazer e produzir apoio institucional. Essa abordagem pedagógica dialoga com a estratégia utilizada pelo método do apoio Paideia para formação de profissionais de saúde, que considera os processos formativos “[...] dispositivos capazes de disparar mudanças efetivas no modo de produzir ações de saúde e contribuir para a coconstrução de autonomia dos profissionais de saúde para lidar com as situações que permeiam o cotidiano do trabalho em saúde”²¹ (p. 16-7).

O método do apoio Paideia avança para além da problematização. O método da roda sugere a utilização da estratégia metodológica de apoio para a própria formação de apoiadores. Além da problematização, assenta a formação na discussão, elaboração e análise da prática de projetos concretos. Dessa forma, busca não somente refletir e problematizar, mas experimentar e refletir, com ofertas teóricas, sobre a prática concreta. Além disso, o apoio ressalta a importância na formação do momento de autorreflexão, bem como a análise permanente do jogo da micropolítica. Figueiredo²² aponta a necessidade de aprofundarmos os propósitos da Educação Permanente:

[...] Além de tomar os problemas reais dos serviços de saúde, afirmamos como cerne dos processos de formação as intervenções concretas e necessariamente ligadas às relações de poder, à dimensão da gestão e da política. Trata-se de imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, clínica e gestão, e realçar a formação como dispositivo de coprodução de mudanças nos sujeitos, nas práticas e na organização dos serviços.²² (p. 100)

Finalmente, destacamos a coerência do “caderno” com o método da roda ao explicitar, em seus produtos e resultados esperados, além de citado também na introdução e nos objetivos, a ampliação da democracia institucional e a coconstrução de sujeitos com mais autonomia, o que não observamos nas “diretrizes”.

Considerações finais

Entendemos que os sujeitos (individuais e coletivos) são influenciados e determinados pela macroestrutura, inclusive estatal, com disputa de hegemonia no conjunto de instituições, nas práticas sociais, na ideologia, na cultura, na política, na educação, etc. Essa disputa é uma relação pedagógica, que forma novos sujeitos sociais e políticos, determinando assim a formação de outras instituições, outras estruturas, outras disputas de hegemonia²³⁻²⁵. O SUS, suas instituições, sua organização e sua gestão são atravessados e condicionados por todas essas variáveis. A análise fria de uma estratégia isolada de gestão seria insuficiente para compreendermos os modos de gestão de uma instituição.

Por isso, consideramos que o objeto deste estudo não se limita apenas à análise do apoio institucional no MS. Trata-se de uma pesquisa teórica incompleta sobre os fatores determinantes das formulações de políticas e estratégias de gestão no SUS. Para esse objetivo, precisamos desenvolver outros estudos e investigações em diferentes níveis de gestão, com seus diferentes atores sociais.

Evidenciamos que os documentos analisados expressam desejo de mudança e consistência teórico-política. Entretanto, também apresentam contradições, visto que mostram dificuldade de integração entre as áreas do MS e deste com os gestores descentralizados.

A análise dos documentos oficiais evidencia a forte influência do método da roda, principalmente o dispositivo do apoio institucional, na formulação das políticas estudadas. A maior parte dos textos cita e desenvolve os conceitos de cogestão e apoio institucional. Defendem e objetivam a qualificação/melhoria ou a mudança/transformação dos modelos hegemônicos de gestão e atenção à saúde. Essa dicotomia, entre melhoria e mudança, está presente em todo o período estudado, caracterizando uma disputa político-ideológica de modelos de gestão e de atenção à saúde. Há crítica ao modelo tradicional, mas em vários momentos se prefere qualificá-lo e não promover uma transformação radical.

Os movimentos estudados vislumbram novas perspectivas na relação do MS com os estados e municípios, com maior autonomia dos gestores estaduais e municipais, superando a tradicional relação hierárquica, cartorial e autoritária do MS, por meio de normas, financiamento e auditoria.

Essa é uma dimensão do dilema da integração. Não é possível aprofundar a integração interfederativa buscada, baseada na responsabilidade solidária e no apoio, se o ente federal atuar na lógica instrumental, verticalizada, fiscalizadora e punitiva, tradicionalmente construída. As propostas de apoio institucional, mesmo buscando romper com a tradição, por vezes, manifestam a intenção de reprodução da lógica instrumental e vertical.

Outra dimensão do dilema da integração se baseia na excessiva fragmentação e baixa articulação das diversas áreas e políticas do MS. Todos os textos apostam no apoio como dispositivo de cogestão, sendo capaz de aproximar e transversalizar as áreas e políticas, historicamente desarticuladas e isoladas, em suas especificidades e particularidades. Entretanto a formulação de apoio “geral” e apoio “temático” mantém a separação em políticas, secretarias e departamentos, reproduzindo a tradição das ações programáticas em uma nova roupagem de redes temáticas.

Os documentos contribuem com o debate sobre as singularidades do apoio institucional e do apoio matricial. Corroboram a formulação original, justificando a necessidade de constituir

coletivos de apoiadores que tenham uma atuação generalista e territorializada, por um lado, e uma abordagem mais específica e técnica, por outro. A principal diferença demarcada é a caracterização do apoio institucional como função gerencial, assumindo, inclusive, cargo na hierarquia. Mas ainda os apoiadores “temáticos” são vistos, por algumas áreas, como apoiadores matriciais e não como apoiadores institucionais para um território geográfico e político.

A dupla perspectiva do apoio, como agenciador da ampliação da capacidade de análise e intervenção dos coletivos organizados, é um elemento comum na maioria das formulações, exceto nas “Diretrizes do Apoio Integrado”, que desconsidera a função analítica do apoiador institucional.

Nesse mesmo caminho, a maioria defende a tríade: democratização institucional, construção de autonomia dos sujeitos e a análise institucional. Contudo as “diretrizes” retiram a dimensão de análise institucional do apoio e redefinem a democratização institucional como fortalecimento da gestão, mostrando um recuo na postura ético-política do apoio e reduzindo a importância e a centralidade da cogestão como determinante da função apoio.

As principais tecnologias de gestão do apoio são o planejamento, a avaliação e o monitoramento, porém são trabalhadas com pressupostos distintos. Enquanto algumas formulações consideram essas tecnologias como dispositivos que agenciam espaços coletivos e formação de redes e rodas, outras áreas incorporam a lógica do gerencialismo hegemônico e utilizam os instrumentos de gestão para aumentar o controle e a supervisão sobre os coletivos e trabalhadores, inclusive sobre os próprios apoiadores.

O apoio e a Educação Permanente caminham juntos desde o início do período em análise. Seja articulando o apoio para induzir, operar e coordenar espaços e processos de educação permanente, ou na formação dos apoiadores.

Consideramos essa hermenêutica como disparadora para estudos mais abrangentes, que possam articular abordagens quantitativas e qualitativas. Além disso, que esses estudos possam considerar as múltiplas vozes do SUS, para acompanhar e vivenciar experiências práticas de apoio institucional, articulando, assim, a pesquisa com formação e intervenção, reproduzindo a lógica da cogestão e da produção de sujeitos com ampliação da capacidade de análise e aumento do coeficiente de autonomia.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
2. Campos GWS. Reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
3. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Cienc Saude Colet. 2007; 12(2):429-35.

4. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida e Ampasa. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade [Internet]. Rio de Janeiro; 2006 [acesso 2014 Set 26]. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/O%20SUS%20pra%20Valer.pdf>
5. Campos GWS. 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; 2000.
6. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-226.
8. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-108.
9. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2367-82.
10. Portaria nº. 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/ PNS - um pacto pela Saúde no Brasil. Brasília (DF): MS; 2005.
11. Vasconcelos CM. Paradoxos da mudança no SUS [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 2005.
12. Ministério da Saúde. Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília (DF): MS; 2004.
13. Ministério da Saúde. Oficina Nacional HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. Relatório de Atividades 2003. Brasília (DF): MS; 2004.
14. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2004.
15. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização [relatório]. Brasília (DF): MS; 2004.
16. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a ed. Brasília (DF): MS; 2006.
17. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2008.
18. Ministério da Saúde. Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS. Brasília (DF): MS; 2012.
19. Ministério da Saúde. Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE. Brasília (DF): MS; 2011.
20. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007; 23(2):399-407.
21. Furlan PG, Amaral MA. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de Atenção Básica. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p.15-33.
22. Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação [tese]. Campinas (DF): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 2012.

23. Gramsci A. Maquiavel, a política e o Estado moderno. Gazaneo LM, tradutor. 2a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.
24. Gramsci A. Cadernos do cárcere. 2a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007. v. 4.
25. Foucault M. Microfísica do poder. Machado R, organizador e tradutor. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Pereira Júnior N, Campos GWS. El apoyo institucional en el Sistema Brasileño de Salud (SUS): los dilemas de la integración entre las unidades de la federación y la cogestión. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908.

El objetivo de este estudio fue comprender la formulación de apoyo institucional por parte del Ministerio de Salud (MS) y de como esa estrategia del método de la rueda se ha incorporado en el discurso oficial de la gestión federal del SUS. El estudio se sitúa en la categoría de investigación cualitativa. Analizamos los documentos oficiales, las directrices nacionales, los cuadernos de formación y políticas del MS. Identificamos dilemas, dificultades y límites vividos cotidianamente por los gestores del SUS, al buscar estrategias de cambio de la lógica tradicional de gobierno (racionalidad gerencial hegemónica), tanto en la gestión democrática y participativa como en la relación entre los entes de la federación. A partir de los documentos analizados es posible suponer un deseo de cambio por parte de esos gestores, considerando la consistencia teórico-política adecuada a ello. No obstante, presentan contradicciones, mostrando la dificultad de integración entre las áreas del MS y de él con los gestores descentralizados (estados y municipios).

Palabras clave: Método Paideia. Apoyo institucional. Sistema Único de Salud. Ministerio de la Salud. Administración de la Salud.

Recebido em 26/06/13. Aprovado em 22/08/14.