O APOIO INSTITUCIONAL COMO FERRAMENTA DE GESTÃO: O CASO DA MACRORREGIÃO METROPOLITANA DO RS

INSTITUTIONAL SUPPORT AS A MANAGEMENT TOOL: THE CASE OF THE METROPOLITAN MACROREGION OF RIO GRANDE DO SUL STATE

Rebel Zambrano Machado*
Carmen Luisa Teixeira Bagatini**
Priscilla da Silva Lunardelli***

RESUMO
Este artigo apresenta parcialmente a experiência desenvolvida pelo Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, junto às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e aos municípios, a partir do ano de 2011, em relação à utilização das ferramentas de Apoio Institucional enquanto dispositivos de Educação Permanente. Relata o processo desencadeado centralmente para o Fortalecimento da Atenção Básica no Estado, por meio da constituição de grupos multiprofissionais e georreferenciados como potência para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a reestruturação das demais políticas e programas de saúde (ciclos vitais e transversalidades) a partir da concepção e da organização das Linhas de Cuidado e da relação com o território.

PALAVRAS-CHAVE
Educação Permanente. Apoio Institucional. Gestão Estadual. Processos de Trabalho.

ABSTRACT
This article presents the experience developed by the Department of Actions in Health of the State Department of Health of Rio Grande do Sul, in partnership with the Coordenadorias Regionais de Saúde (Regional Health Coordination Offices – CRS) and the municipalities, from the year 2011, in relation to the use of the Institutional Support tools, part of Permanent Education devices. It reports the process triggered centrally for the Strengthening of the Primary Care in the State, through the establishment of multiprofessional and georeferenced groups as a power for the implementation of Redes de Atenção à Saúde (Health Care Networks – RAS) and the restructuring of other policies and health programs (cycles and transversalities) from the conception and organization of the care lines and the relationship with the territory.

KEYWORDS
Permanent Education. Institutional Support. State Management. Work Processes.

*Assistente Social. Monitoramento e Avaliação da SES/RS. Mestre em Serviço Social pela PUCRS e Mestre em Administração, pela Escola de Administração, PPGA da UFRGS. Doutoranda do PPSS da PUCRS, Escola de Humanidades.
**Enfermeira. Especialista em Auditoria em Saúde. Mestre em Saúde Coletiva pela UFRGS. Coordenadora Estadual da Atenção Básica-Estratégia Saúde da Família, da SES/RS.
***Assistente Social. Coordenadora Estadual da Política do Idoso, SES/RS. Especialista em Direito Sanitário.

Correspondência
Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde.
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar – Porto Alegre – RS.
E-mail: *rebel-machado@saude.rs.gov.br | **carmen-bagatini@saude.rs.gov.br | ***priscilla-lunardelli@saude.rs.gov.br

INTRODUÇÃO

A reorganização do processo de trabalho a partir das ferramentas de Apoio Institucional é um desafio a ser construído e incorporado pelos níveis de gestão interfederativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo que perpassado por importantes consolidações teórico-práticas nos últimos anos, o campo da gestão em saúde configura-se, ainda, como um campo em construção.

Para compartilhar a experiência que vem sendo desenvolvida junto ao Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Estado da Saúde no Rio Grande do Sul (SES/RS) utilizaremos neste a função discursiva. Organizamos nossa explanação pensando a tessitura de redes de produção de saúde com base na função Apoio Institucional, mais especificamente, a partir de como tal função vem sendo experimentada no cotidiano da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul, desde o nosso departamento.

Relembrando a Política Nacional de Humanização, o Apoio Institucional deve ser realizado a partir de uma implicação-inserção no cotidiano dos espaços de produção de saúde, de um olhar construído em conjunto com gestores, trabalhadores, usuários e comunidade. Alinhando-nos a tal perspectiva e aposta ético-política, pensando a função Apoio Institucional, como potente dispositivo de problematização de conceitos e métodos habituais, às vezes cronificados, inerentes aos SUS, possibilitando novas articulações e produção de redes de saúde e cuidado.

O artigo apresenta as mudanças ocorridas nos processos de trabalho do departamento e como se constituiu o processo de apoio institucional. Ainda, como aconteceu a organização dos técnicos do nível central para apoiar as CRS e municípios.

A GESTÃO

A discussão mais recente sobre o Estado tem se voltado para a estruturação de requisitos políticos, sociais, organizacionais e gerenciais que o tornem eficaz e eficiente, capaz de enfrentar e oferecer respostas aos grandes desafios que se impõem na sociedade. E justamente, em um momento onde existe uma interação de diferentes fatores importantes, particularmente no que tange a democracia e as demandas populares, o DAS propõe a reorganização de seus processos de trabalho.

No campo das teorias da administração, a gestão participativa corresponde a um conjunto de princípios e processos que defendem e permitem o envolvimento regular e significativo dos colaboradores na tomada de decisão. Esse envolvimento manifesta-se, em geral, na participação dos colaboradores na definição de metas e objetivos, na resolução de problemas, no processo de tomada de decisão, no acesso à informação e no controle da execução. Ele pode assumir graus diferentes de poder e responsabilidade e afetar quer a organização no seu conjunto quer cada colaborador e o seu posto de trabalho, embora esteja quase sempre orientado para a realização das finalidades da organização.

O tipo de gestão mais adequado para as organizações públicas de serviços de saúde recomenda-se ser o consensual e/ou colegiado. Essa gestão para Dussault (1992) deve reconhecer o papel central dos profissionais. Enfatiza a utilização de mecanismos de tomada de decisões e utiliza-se de uma lógica que preconiza que "os profissionais trabalhem não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade" (DUSSAULT, 1992, p. 15).

Como contraponto e, também crítica ao que se observa na gestão em saúde, Merhy

e Onocko (1997, p. 71-72) afirmam que é justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho é que configura um dos grandes nós críticos das propostas que apostam na mudança do modelo técnico-assistencial em saúde no Brasil, "[...] que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos". O papel da gestão passa a ser imprescindível num cenário de mudanças necessárias.

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta o SUS, imprime um novo conceito, o de governança, ao definir como seus componentes estratégicos os espaços interfederativos de pactuação – Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR). A governança apresenta em sua essência a capacidade de conduzir conforme Araújo (2002) os processos de formulação, execução e avaliação de políticas públicas, integrando ferramentas e estruturas de gestão que viabilizem amoldar as relações econômicas e sociais, privilegiando o fortalecimento das ações governamentais, por meio da eficácia e efetividade dos resultados esperados e da transparência dos processos de tomada de decisão. Esse termo no SUS é compreendido como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para que ocorra a gestão regional compartilhada. Nessa lógica, pode auxiliar a articulação interfederativa; o processo decisório; a pactuação de recursos e o monitoramento e avaliação de desempenho da Rede de Atenção à Saúde.

O modelo de gestão dos processos de trabalho inspirado nessa lógica possui destaque singular em razão de estar estruturado a partir de princípios e práticas coletivas e democráticas que vão sendo incorporadas nos processos de tomada de decisões corporativas, resultando em deliberações colegiadas. A partir desse tipo de estrutura no DAS foram criados e/ou legitimados os seguintes espaços: o Colegiado Gestor, o Colegiado de Eixos Estruturantes, a Coordenação das Políticas e/ou de Programas de Saúde, que se materializaram como fóruns de tomada de decisões.

> O colegiado gestor é um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), eles garantem o compartilhamento do poder, assim como a coanálise, a codecisão e a coavaliação (BRASIL, 2008, p. 56).

Esse processo de gestão democrática e participativa desencadeado desde 2011 no DAS vem possibilitando o comprometimento, cada vez maior, dos trabalhadores de saúde com funções gerenciais, tendo como proposta principal a preparação deste coletivo técnico para as funções próprias da gestão estadual do SUS no Estado do Rio Grande do Sul, apostando no resultado positivo que o desencadeamento desses novos processos de trabalho pode impactar no cotidiano organizacional. Esta estratégia apoia-se na conformação do método proposto por Campos (2008, 2010), que busca o fortalecimento do sujeito e a democracia institucional por meio da construção de espaços coletivos e de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção como tática para a democracia institucional.

Com o trabalho desenvolvido no DAS pretendeu-se constituir um paralelo entre a organização interna dos processos administrativos e da organização básica das políticas e programas de saúde com os proces-

sos pedagógicos, garantindo a construção de mudanças nos métodos de organização do trabalho e no próprio funcionamento organizacional. A gestão por processos organizacionais difere da gestão tradicional em pelo menos três pontos importantes: emprega objetivos externos; os trabalhadores e os recursos são agrupados para produzir um trabalho completo; e a informação segue diretamente para onde é necessária, sem filtros da hierarquia (STEWART, 1992 apud GONÇALVES, 2000).

A adoção do ponto de vista de processos na gestão em saúde desenvolve e salienta a importância dos papéis ligados à organização dos processos de trabalho e incluem: a liderança do grupo, a ligação entre as pessoas, a facilitação dos mecanismos grupais, o desenvolvimento do conhecimento, o gerenciamento da rede de petição e compromisso e o suporte ao funcionamento das equipes (GRAHAM, 1994 apud GONÇALVES, 2000). Isso implica diretamente na aquisição e no desenvolvimento de habilidades básicas em relações interpessoais, polivalência, treinamento interfuncional, solução de problemas, criatividade, coordenação, planejamento e autogestão do trabalho (MOHRMAN, 1995 apud GONÇALVES, 2000).

As mudanças ocorridas até o momento no departamento foram garantidas a partir de mudanças na gestão e de um conjunto articulado de ações, o empoderamento dos trabalhadores levou a uma maior autonomia das equipes de trabalho, o que tem permitido avançar na construção de relações horizontais, no compromisso em relação aos novos processos de trabalho e, por conseguinte, no fortalecimento das competências de gestão do SUS. Por isso, a gestão participativa conforme a Cartilha de Humanização (BRASIL, 2009b, p. 25)

> [...] é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

A construção da articulação para a gestão da atenção requer "iniciativas que resultem na organização da Atenção Básica como gestora do cuidado e responsável pela garantia da sua continuidade, ou seja, a Atenção Básica deve ter o papel de ordenadora da Rede" (BRASIL, 2010c). Isso significa fortalecer a participação das equipes gestoras da atenção básica nos espaços de decisão para uma gestão qualificada e a inclusão da Atenção Básica como pauta prioritária da agenda política de efetivação do SUS.

Para qualificar ainda mais é importante refletir sobre a liderança em saúde, que trata da necessidade do líder, conforme Gramigna (2004) de possuir conhecimentos, habilidades e atitudes focados para dar conta do contexto da área da saúde. As organizações cada vez mais, para Chanes (2006), buscam esta capacidade em seus colaboradores para que a estrutura organizacional se torne flexível, dinâmica e eficaz. Então, "[...] a liderança tem sido entendida como uma capacidade de fazer acontecer o planejamento estratégico por meio de pessoas da organização [...]" (CHANES, 2006).

A liderança é destacada como componente organizacional que associa comunicação, planejamento, relações interpessoais, o compromisso com o êxito e a resolutividade de conflitos (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Sendo assim, "a liderança é um fator importante, que gera e aplica energia nas pessoas, proporciona-lhes uma direção e sincroniza seus esforços" (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011, p. 2).

A liderança é, portanto, compreendida atualmente como a habilidade de inspirar confiança e apoio entre pessoas de cuja competência e compromisso depende o desempenho da organização (DUBRIN, 2003). Isso também não descarta, na opinião de Azevedo (2002), os limites das ferramentas gerenciais para viabilizar os processos de mudanças nas organizações de saúde, especialmente no que se refere à problemática da relação dos indivíduos nas organizações, subjacentes às questões de participação, compromisso e adesão dos funcionários a um determinado projeto institucional. Nesta perspectiva, a direção do DAS utilizou as estratégias de gestão colegiada e organização georreferenciada para a implementação das ações no SUS no território gaúcho.

Para Faria (2009), a gestão participativa sugere que a base de qualquer modelo de democratização nas unidades produtivas envolve a participação coletiva nos processos de decisão e de controle sobre os elementos constitutivos da gestão do processo e da organização do trabalho. Não existe democracia sem participação coletiva, com isso pode-se remeter ao processo de gestão no DAS, o qual tem sido um exercício democrático.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

As demandas atuais em saúde implicam em desafios para a formação de recursos humanos que ultrapassam os limites da educação formal. Para superar esta questão, o referencial teórico da Educação Permanente em Saúde (EPS), que está ancorado na concepção crítico-reflexiva, é tomado neste artigo como um dos seus pilares. A EPS conforme Sarreta (2009) é também uma estratégia de gestão participativa que proporciona aos trabalhadores e usuários espaços democráticos de debate e produção, abrindo oportunidades para uma efetiva pactuação de compromissos e o alcance de mudanças das práticas nos serviços de saúde.

A EPS tem finalidade da transformação das práticas de gestão e da organização do processo de trabalho das equipes. Baseia-se em um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no cotidiano, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e, que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos, caracterizando-se, portanto, enquanto aprendizagem significativa.

A EPS deve estar sustentada em uma reflexão crítica sobre as práticas reais, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde. Seu objetivo é a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social em saúde.

Pode ser compreendida como estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem.

> [...] ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005, p. 21).

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer, que na perspectiva da Educação Permanente, esteja focado na prática concreta dos serviços de saúde e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Essa estratégia se torna mais importante porque "a formação dos profissionais de saúde não tem oferecido a potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 82).

Nessa perspectiva, a Educação Permanente, além da sua manifesta dimensão pedagógica, pode ser compreendida também como

> [...] uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1994). Nessa perspectiva, a EPS

> [...] está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (CECCIM, 2005, p. 161).

O APOIO INSTITUCIONAL

O Apoio Institucional assume uma dimensão estratégica para o exercício de gestão, suplantando as formas tradicionais até então utilizadas de algumas funções gerenciais, como o modo de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação. Implica num modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental, com base na troca problematizadora, no compromisso e na ampliação da capacidade de ação do outro.

Essa concepção se edifica no estabelecimento de novas relações dialógicas, interativas, pautadas no princípio de gestão que "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" (BRASIL, 2012).

Tal perspectiva deve considerar a inclusão de sujeitos congregando suas diferentes experiências, desejos e interesses, considerando o campo e núcleo no trabalho em saúde. Essa abordagem possibilita um movimento para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos.

A adoção de linhas de cuidado e de concepção de Rede coordenada pela Atenção Básica se insere na perspectiva de Redes Integrais de Atenção à Saúde, integrando-se às demais redes, e a outras iniciativas intra e intersetoriais de apoio à organização e qualificação da Atenção Básica, visando a aumentar a resolutividade de suas ações e de forma a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada. Essa estratégia oferece maior solidariedade e capilaridade ao SUS.

A integralidade como modo de organizar as práticas recomenda a importância de superação dos programas verticais, que desenham estruturas e ações homogêneas, diminuindo a possibilidade de criação presente nos espaços locais. A Rede de Atenção Integral à Saúde deve estabelecer uma malha de cuidados capaz de oferecer respostas qualificadas às necessidades de saúde percebidas tanto pelos usuários quanto pelo sistema de saúde (BRASIL, 2009a). Uma configuração possível de operacionalizar a integração entre esses níveis é o apoio institucional, que pode ser caracterizado de diferentes formas, como Apoio Matricial, Apoio Temático, metodologia de gestão do trabalho em saúde na concepção de rede.

Trata de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Como produto espera-se novos arranjos tecno-assistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, em busca da integralidade da atenção pelo conjunto de serviços e ações a serem realizados.

O Apoio Institucional poderá ser constituído a partir de diferentes possibilidades. Portanto, a partir de apoio integrado, podendo contar com as diferentes formas de apoio combinadas entre si: apoio matricial, apoio temático, apoio à gestão e com os diferentes atores presentes das três esferas de governo. Esse processo está estruturado, utilizando Campos (2010) na lógica da cogestão, não separando quem planeja de quem executa e avalia.

O apoio temático é pontual, traduzindo-se em alguma orientação de uma política ou de um programa de forma objetiva. O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar.

O Apoiador Matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoiador Institucional exerce uma função gerencial, que busca a reformulação dos processos de trabalho, atentando para as direções de seu uso. Objetiva a mudança nas organizações, tomando como base os problemas, soluções e tensões do cotidiano, busca auxiliar a equipe na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise. O Apoio Institucional deve ainda operar como forte disparador de processos que propiciem suporte ao movimento de mu-

dança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos.

AS REDES DE ATENÇÃO E AS LINHAS DE CUIDADO

A Linha de Cuidado para Franco e Magalhães Júnior (2007) é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A organização do atendimento por meio de Linhas de Cuidado propõe um novo funcionamento entre os serviços para garantir que o problema de cada pessoa seja resolvido com a estrutura adequada e no tempo oportuno, respeitando as especificidades de cada situação e as múltiplas necessidades expressas pelos cidadãos usuários do SUS.

Em 2010, o Documento de Referência contendo as "Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS" foi oficializado por meio da Portaria GM/MS nº 4.279, publicada no Diário Oficial de 31/12/2010. Esse documento, que também foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e define as Redes de Atenção à Saúde, como:

> [...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010a)

A implantação das Redes de Atenção à Saúde aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

A EXPERIÊNCIA DO DAS/SES/RS

O Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul desde 2011 vem diversificando seus processos de trabalho em relação às atribuições da gestão interfederativa de nível estadual do Sistema Único de Saúde, importantes mudanças institucionais decorrem desta reestruturação que foi decisiva para avançar na concepção e na implantação de Redes de Atenção à Saúde no Estado. As ações correlatas ao Fortalecimento da Atenção Básica foram definidas como prioridade de gestão e, vem junto ao arcabouço de transversalidades deste primeiro nível de atenção à saúde, redimensionando o lugar de coordenação do cuidado e de porta de entrada prioritária da própria Atenção Básica.

As políticas de saúde relativas ao ciclo vital – saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher e do homem e saúde do idoso – e às de caráter transversal - Política de Alimentação e Nutrição, Saúde Mental, Ações de Enfrentamento à Violência, Saúde da População Negra, Saúde Indígena, Saúde Prisional, Saúde da População do Campo, Saúde das Populações

de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis e Intersexuais (LGBTTS) e Saúde Bucal – foram sendo reestruturadas, considerando a constituição de linhas de cuidado como a forma de formular e garantir o cuidado a partir das necessidades concretas dos usuários. O avanço ainda maior tem sido o exercício de discuti-las sob a perspectiva da integralidade, da intersetorialidade, da transversalidade, caminhando para pensar o novo "por meio" e "com" a interdisciplinaridade.

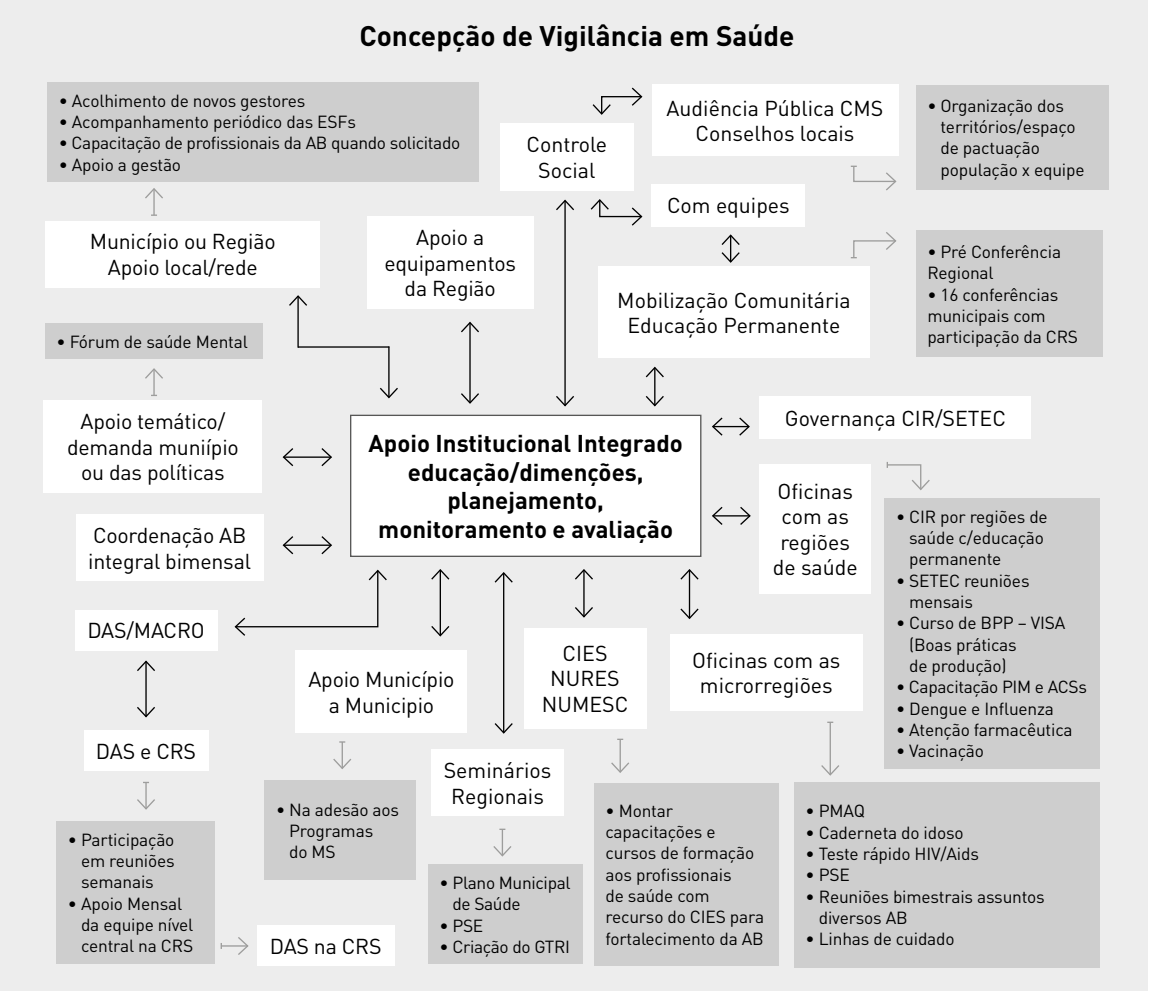
Os fundamentos para a constituição do trabalho ora relatado junto ao DAS/SES foram estruturados a partir da adoção da lógica de modelo matricial por meio de equipes para funcionamento de forma orgânica e sintônica dos processos de trabalho com as RAS. Essas formas são híbridas da existência de setores especializados e de grupos de trabalho multiprofissionais e georreferenciados e autogeridos, questões que são estratégicas para organizar as atividades de trabalho. Corresponde metaforicamente a uma estrutura em redes. Nesse tipo de estrutura de gestão do trabalho as fronteiras das atividades da organização vão se diluindo e as "caixas especializadas" de conhecimento se espraiando. A concepção de organização do trabalho do DAS abrange tanto a estrutura interna do departamento, como também seu relacionamento com outros departamentos e setores; os trabalhadores em saúde podem contribuir para múltiplas tarefas organizacionais, sendo que a coordenação e cooperação vão além dos limites de setor, com formas muito mais horizontalizadas.

O DAS/SES/RS, a partir de 2011, concentrou esforços concretos na mudança de seus processos de trabalho a partir e desde o Fortalecimento da Atenção Básica. Esse novo cenário tem reconfigurado o modo de trabalho das equipes do departamento, que passaram, então a se organizar, não somente em políticas específicas ou ações independentes umas das outras, mas em coletivos georreferenciados, por macrorregiões de saúde constituídas por diferentes representações, que em conjunto partilham a responsabilidade pelo planejamento, assessoramento e apoio às diferentes regiões de saúde do Estado na responsabilização pela oferta do cuidado oportuno em tempo adequado aos usuários do SUS.

O DAS, para tanto, utilizou o desenho de regionalização que existia na SES/RS, em que o Rio Grande do Sul compõe-se de sete macrorregiões de saúde: centro oeste, metropolitana, missioneira, norte, serra, sul e vales. O objetivo do trabalho dos grupos multiprofissionais e georreferenciados é o próprio Fortalecimento da Atenção Básica com foco no territorial. Esse processo tem demandado o exercício de inclusão das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde da SES e dos diferentes municípios na construção de processos de gestão coletiva do cuidado em saúde a partir das necessidades de cada território. O georreferenciamento foi uma escolha estratégica para ampliar a capilaridade, estruturar uma das formas de Apoio Institucional às CRS e aos municípios.

A experimentação dessa nova forma de organização e as práticas na construção de Redes de Atenção à Saúde no Estado, têm se constituído como importantes disparadores do processo de construção e implantação das Linhas de Cuidado das demais políticas de saúde específicas em articulação com a Atenção Básica. Observando e experimentando métodos e estratégias de análise coletiva do trabalho desenvolvido no DAS, na expectativa de reinvenção dos processos de gestão e de atenção, temos garantido avanços nos processos de trabalho em saúde já instituídos.

Figura 1 - Modelo de Apoio Institucional e suas possibilidades, desenhado para a macrorregião metropolitana.



Fonte: Versão atualizada do desenho elaborado pela técnica Rebel Zambrano Machado integrante do Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação do DAS/SES-RS e discutido em reunião de Apoio Institucional Integrado da Atenção Básica, da macro metropolitana, coordenado pelas técnicas da Coordenação Estadual da Atenção Básica da SES/RS Micheli Scolari Rossetto e Patrícia Ligocki Silva, 2013.

Procura-se descrever a seguir as diferentes possibilidades de arranjos organizativos do Apoio Institucional do DAS/CRS/SES/RS, observando que eles podem ocorrer de forma simultânea, portanto com mais de um objetivo e/ou formato ao mesmo tempo:

1. Apoio Institucional do nível central do DAS às CRS: a partir da lógica de matriciamento, construindo e reconstruindo possibilidades de mudanças que possam refletir sobre o processo de trabalho na CRS para atender ao papel da SES nas suas diferentes instâncias. Apoiar em suas atividades junto aos municípios, seja nos momentos de discussão para construção e/ou de monitoramento e de avaliação; para a realização de Oficinas com cada Região de Saúde, vinculadas às CRS ou de todas elas em conjunto, com foco em um trabalho continuado, mas

aberto, com propostas e temas apresentados pelas próprias equipes técnicas e/ou com Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

2. Apoio temático: quando é a partir de demandas das equipes da gestão municipal ou da própria SES por meio de suas políticas;

3. Apoio ao município: apoio local, com diferentes perspectivas; colocar em análise o processo de trabalho a partir da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ ou do processo de autoavaliação das equipes, que poderá utilizar o monitoramento e avaliação, como dispositivo para refletir sobre os resultados, garantindo que o processo se constitua a partir da lógica de EPS;

4. Entre municípios: constituí a possibilidade de troca entre municípios, com o objetivo de trabalhar de forma solidária e horizontal para troca de experiências, o que também poderá representar um formato de EPS;

5. Apoio à Região de Saúde: troca de experiências a partir das questões locorregionais, guardando as especificidades do território, possibilitando incorporar e compreender o conceito de região e construir os acessos, processos para garantir a integralidade do cuidado, assim como de Redes de Atenção à Saúde;

6. Apoio ao Controle Social: juntamente com as equipes e/ou gestão, que pode ser em audiência pública, conferências ou junto ao Conselho Municipal de Saúde. Pode ser também no território das equipes de saúde, estimulando a formação de conselhos locais de saúde ou de identificação de líderes locais, com o objetivo de auxiliar a mobilização comunitária ou induzir o desenvolvimento comunitário, observando a lógica da educação popular.

7. Apoio à governança: por meio do espaço das CIR e às Setecs regionais, com o objetivo de propor discussões, mediação e/ou de apoio temático a partir da realidade e necessidades de cada território/Região de Saúde. Colocar a pauta da Atenção básica como estratégia de consolidar a política como prioridade e possibilitar a visualização de uma nova organização do SUS, disputando para que ela seja a ordenadora da rede e com isso auxilie no repensar do modelo assistencial. Existe sugestão de criar um grupo de atenção básica em cada CIR ou em macro.

*8. Apoio da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES), Estadual, Regional, Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (*Nuresc*) e Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (Numesc):* necessidade de articular com a Rede de Apoio Intersetorial em Saúde. Como instâncias de organização e de preocupação com a integração ensino e serviço e de garantia de práticas que atendam aos objetivos da EP, tornam-se fundamentais nesse processo de construção e de futuros desenhos no Estado. Procura nos territórios o resgate e/ou mobilização dos movimentos e saberes populares.

9. Apoio aos apoiadores Institucionais do DAS: A Escola de Apoiadores se coloca como uma ferramenta, já que se trata de uma estratégia de acompanhamento técnico e pedagógico de apoiadores matriciais, institucionais e/ou de gestão, configurada como espaço de educação permanente e de articulação de ações de apoio, com abrangência intersetorial. Tem como objetivos promover, de modo sistemático e sustentável, espaços de colaboração entre práticas de apoio nas redes e nas linhas de cuidado em saúde, nos eixos de gestão, atenção, controle social e educação. O espaço de EP do DAS, que mensalmente discute e instrumentaliza os técnicos para o processo de trabalho.

10. Apoio Institucional Integrado: garantindo as dimensões de educação e de monitoramento e de avaliação. Espaço para pensar os recursos e os sistemas municipais de saúde e/ou o sistema regional de saúde, assim como de acúmulo de propostas socializadoras de formação, práticas e metodologias analisadoras do processo de trabalho e de qualidade do acesso. Reflexão crítica, inovações e alternativas pedagógicas para colocar o processo de trabalho na centralidade do processo reflexivo. Aqui o modelo é pensado, construído a partir de propostas de ações a serem desencadeadas com os municípios, para tanto o modelo de vigilância em saúde, a Estratégia de Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, procuram dar respostas às necessidades da população.

ALGUMAS CONCLUSÕES

O DAS/SES tem reconfigurado o modo de trabalho de suas equipes, que passaram então a se organizar não somente em políticas ou ações independentes umas das outras, mas em coletivos georreferenciados, por macrorregiões de saúde constituídas por representações das diferentes políticas, que em conjunto devem partilhar a responsabilidade pelo planejamento, assessoramento e apoio às diferentes regiões do RS na realização das ações de saúde.

Em relação à Macrorregião de Saúde Metropolitana, importante pela densidade demográfica (concentra quase 50% da população do Rio Grande do Sul), ter em seu território a capital do estado, a proximidade das três Coordenadorias Regionais de Saúde (1ª, 2ª e 18ª) com o nível central da SES/RS e pela concentração de equipamentos do SUS com variadas densidades tecnológicas, observam-se os seguintes movimentos para a implantação do Apoio Institucional como dispositivo de Educação Permanente:

- Participação dos Coordenadores Regionais e das chefias das CRS em reuniões semanais da macrorregião.
- Realização de Apoio Institucional nas CRS, mensalmente para acompanhar os processos instituídos pela CRS ou por demanda da Coordenadoria de tema específico.
- Realização de momentos de educação permanente, quinzenais, nos encontros da macrorregião.
- Promoção de encontros macrorregional com temática de apoio institucional.
- Apoio integrado para o Fortalecimento da Atenção Básica nas Coordenadorias Regionais de Saúde, com rodízio entre as três CRS a cada mês.
- Oficina para tratar de apoios temáticos com adesão de todas as Regiões de Saúde.
- Participação da macrorregião para subsidiar o plano de Apoio Institucional e de Monitoramento e Avaliação Estadual.
- Utilização do espaço de educação permanente do DAS, como forma de instrumentalização para o apoio.
- Frequência na Escola de Apoiadores, como forma de obter subsídios para o trabalho desenvolvido.

O desenho apresentado anteriormente foi construído a partir de reuniões e discussões com a equipe da macrorregião e das coordenações da Atenção Básica de cada CRS, com o objetivo de se instrumentalizar e de apresentar nas CIR. A Resolução nº 698, de 12/12/2012, que aprova o Plano Estadual, coloca a exigência de construção de Planos Singulares Regionais para o apoio instrucional das Regiões de Saúde, observando, portanto, as realidades locorregionais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Vinícius de Carvalho. **A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho**. Brasília, DF: ENAP, 2002. 27 f. (Texto para discussão, 45).

AZEVEDO, Creuza da Silva. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 349-361, 2002.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil**: caderno do tutor. Brasília, DF, 2009a. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2010b. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestão participativa e co-gestão. In:_____. **HumanizaSUS – caderno de textos**: cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2009b. p. 24-41. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2010c. 256 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 2).

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010, p. 2337-2344.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARDOSO, M. L. A. P.; RAMOS, L. H.; D'INNCENZO, M. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 730-737, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHANES, Marcelo. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. **O Mundo em Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 326-331, abr./jun. 2006.

DUBRIN, A. J. **Fundamentos do comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2003.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

FARIA, José Henrique de. **Gestão participativa**: relações de poder e de trabalho nas organizações. São Paulo: Atlas, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-133.

GONÇALVES, J. E. L. As empresas são grandes coleções de processos. **RAE**: Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6-19, 2000.

GRAMIGNA, Maria Rita. **Modelos de competências e gestão de talentos**. São Paulo: Pearson; Makron Books, 2004.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, H. S.. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 4, p. 557-563, jul./ago. 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Praxis en salud**: un desafío para ló público. São Paulo: Hucitec, 1997.

ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS, 1994. (Série Desarollo de Recursos Humanos, 100).

SARRETA, Fernanda de Oliveira**. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.