



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Maria Carolina Califrér Falcão de Alcantara Prazeres

**Implementação do apoio institucional na atenção primária à saúde no  
município do Rio de Janeiro: diálogo entre teoria e prática**

Rio de Janeiro

2023

Maria Carolina Califrér Falcão de Alcantara Prazeres

**Implementação do apoio institucional na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro: diálogo entre teoria e prática**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cláudia Santos Chazan

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariana Bteshe

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

P921 Prazeres, Maria Carolina Califrér Falcão de Alcantara.  
Implementação do apoio institucional na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro: diálogo entre teoria e prática / Maria Carolina Califrér Falcão de Alcantara Prazeres. – 2023.

83 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cláudia Santos Chazan

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariana Bteshe

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Gestão em saúde – Teses. 2. Atenção primária à saúde – Legislação & jurisprudência – Teses. 3. Educação profissional em saúde pública – Organização & administração – Teses. I. Chazan, Ana Cláudia Santos. II. Bteshe, Mariana. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 614.2(815.3)

Bibliotecário: Felipe Caldonazzo CRB7/7341

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Maria Carolina Califrér Falcão de Alcantara Prazeres

**Implementação do apoio institucional na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro: diálogo entre teoria e prática**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 30 de junho de 2023.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariana Bteshe  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cláudia Santos Chazan (Orientadora)  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Katlin Darlen Maia  
Faculdade de Odontologia - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Karen Santo Athié  
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta pesquisa àquelas pessoas que, nos bastidores, se empenham diuturnamente para que os trabalhadores da saúde possam entrar em cena, exercendo suas funções de maneira plena. Aos gestores que direcionam seu trabalho à centralidade do cuidado do usuário, prezando também pelo protagonismo de suas equipes. Àqueles e àquelas que se dedicam na construção, manutenção e inovação de um SUS cada vez mais sustentável, reconhecido por seus profissionais e defensável pela população.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que me incentivaram, acolheram, cuidaram e amaram, para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao time de professores do PROFSAÚDE - UERJ, pelas trocas, compromisso e dedicação com o nosso aprendizado. Em especial à Ana e Mariana, pela paciência com os tempos de produção, pelo acolhimento nas inconstâncias e pela companhia durante as orientações.

À Bianca, Cris, Juliana, Luciene e Maria Olívia, pela parceria ao longo dessa jornada, pelo privilégio de compartilharmos as dores e delícias da academia e pela cumplicidade criativa que nos manterá unidas para além desse tempo.

À Paula, pela confiança em mim e por me inspirar a seguir firme por um SUS que acreditamos. Ao Victor, Silvana, Carla e Alessandro, por terem ouvidos e ombros sempre presentes em meio ao turbilhão cotidiano. À Marianna e Rodrigo, por partilharem comigo desse desafio acadêmico. À toda a equipe da AP 3.2, por fazerem parte da minha formação enquanto gestora.

Aos meus pais, especialmente, por terem me ensinado o caminho em que eu deveria andar. Pelo estímulo à leitura, ao cuidado e ao afeto. Por acreditarem. Por amarem incondicionalmente. Ao Juan, pela companhia nas aventuras e desventuras da vida. Por me encorajar nos momentos esmorecidos. Pela ternura da compreensão.

Acima de tudo, agradeço Àquele que não me deixa vacilar o pé e que me guarda à sombra da Sua mão. Àquele que até aqui me ajudou e me mantém alegre.

Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado.

*Leonardo Boff*

## RESUMO

PRAZERES, Maria Carolina Califrér Falcão de Alcantara. **Implementação do apoio institucional na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro: diálogo entre teoria e prática.** 2023. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2023.

O Apoio Institucional (AI) vem sendo utilizado como metodologia de gestão do trabalho em saúde, pautada pela democratização institucional e cogestão de coletivos. O apoiador institucional ocupa lugar privilegiado de proximidade com os trabalhadores, participando das atividades de avaliação e planejamento com as equipes, podendo colaborar com as práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS), de democratização das instituições de saúde e ao redirecionamento do resultado final do trabalho, que é o cuidado ao usuário. Entretanto é sabido que a aplicação do AI tal qual descrito na literatura é uma atividade de alta complexidade e requer preparo e direcionamento de trabalho. O objetivo deste estudo foi analisar os processos da implementação do AI na Atenção Primária à Saúde (APS) do município Rio de Janeiro (MRJ) a partir de 2009, por meio da análise de publicações oficiais, normativas sobre AI para APS no município e da experiência de gestores atuantes nas Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP). Nas publicações analisadas, há pouco direcionamento sobre as práticas de apoio na APS do MRJ, embora iniciativas vêm sendo tomadas nas CAP. Através das entrevistas realizadas com os gestores, foi possível identificar os diferentes formatos de operacionalização das práticas de AI nas CAP; os desafios impostos por atravessamentos políticos e reflexos da pandemia de Covid-19; as contribuições positivas da implementação do AI no campo relacional entre gestores e as equipes de saúde; e a importância dessa metodologia como propulsor da EPS no cotidiano da gestão e equipes. Identifica-se que a formação voltada à APS contribui fortemente com a motivação não apenas para o trabalho, como também na condução de práticas horizontais e colegiadas de gestão. Entretanto, ainda é necessária a consolidação do AI como orientador da cultura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio). Verificou-se que o AI, mesmo aplicado de maneira incipiente, traz benefícios na comunicação entre a gestão estratégica e setor operacional, além de favorecer as práticas de EPS. Espera-se que esta pesquisa estimule a discussão sobre o modelo de gestão atual, valorizando o produto das relações, além do saber técnico e instrumental na prática gerencial. Ainda como produto desse trabalho foi possível organizar uma matriz de competências esperadas para o exercício do AI, para contribuir com os processos formativos para a gestão da APS.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Apoio institucional; Educação permanente; Atenção primária à saúde; Capacitação de recursos humanos em saúde.



## ABSTRACT

PRAZERES, Maria Carolina Califrér Falcão de Alcantara. *The implementation of institutional support in Rio de Janeiro's primary health care: dialogue between theory and practice*. 2023. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2023.

Institutional Support (IS) is being used as a healthcare management methodology, guided by institutional democratization and collective co-management. The institutional support manager occupies a privileged position of proximity to the healthcare workers, participating in the evaluation and planning activities alongside the health teams, collaborating with clinical training and improving health institutions democratization, which guarantees better care provision. However, it is known that the application of IS as described in the literature is a highly complex activity and requires preparation and work direction. The objective of this study was to analyze the processes of implementation of IS in the Primary Health Care (PHC) system in the municipality of Rio de Janeiro from 2009 onwards, through the analysis of official publications, normative on IS for PHC in the municipality and the experience of health managers working in the General Coordination of Primary Health Care (CAP). In the analyzed publications, there is little guidance on support practices in Rio de Janeiro's PHC system, although initiatives have been taken in the different CAP. Through the interviews carried out with managers, it shown the different ways IS was conducted; the challenges imposed by political crossings and reflections of the Covid-19 pandemic; the positive contributions of IS implementation in the relational field between managers and health teams; and the importance of this methodology as a health education catalyzer. It is identified that training focused on PHC strongly contributes to motivation not only for work, but also in conducting horizontal and collegiate management practices. However, it is still necessary to consolidate IS as a guide for the organizational culture of the Municipal Health Department of Rio de Janeiro. It was found that IS, even applied in an incipient way, brings benefits in the communication between strategic management and the operational sector, in addition to favoring educational practices. It is hoped that this research will stimulate the discussion about the current management model, valuing the product of relationships, in addition to technical and instrumental knowledge in management practice. As a product of this work, it was organized a matrix of expected competences for the exercise of the IA, to contribute to the formative processes for PHC management.

Keyword: Health management; Institutional support; Continuous learning; Primary health care; Health human resource training.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Distribuição das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro .....	29
Figura 2 –	Modelo de Organograma de uma Coordenadoria de Atenção Primária da SMS-Rio .....	31
Quadro 1 –	Taxa de cobertura da APS no município do Rio de Janeiro entre dezembro de 2018 a dezembro de 2020 .....	33
Quadro 2 –	Total de publicações encontradas no Diário Oficial do MRJ que fazem menção a AI entre os anos de 2009 e 2020 .....	38
Quadro 3 –	Lista de publicações válidas analisadas .....	40
Quadro 4 –	Conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas do gestor para a prática do apoio institucional .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Apoio Institucional
AM	Apoio Matricial
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGA	Coordenadoria de Gestão Administrativa
CODS	Conselho Distrital de Saúde
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DICA	Divisão de Informação, Controle e Avaliação
DIL	Divisão de Infraestrutura e Logística
DRH	Divisão de Recursos Humanos
DVS	Divisão de Vigilância em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
eqAPS	Equipes de Atenção Primária à Saúde
eqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MRJ	Município do Rio de Janeiro
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PNAB	Política Nacional De Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RT	Responsável Técnico
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBHUE	Subsecretaria de Atenção Hospitalar e Emergências
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidade de Atenção Primária

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	16
1.2	<b>Objetivo específico</b> .....	16
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
2.1	<b>A função do apoiador</b> .....	17
2.2	<b>Educação Permanente em Saúde</b> .....	19
2.3	<b>Apoiar é cuidar, educar e transformar</b> .....	21
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	23
3.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	23
3.2	<b>Coleta de dados</b> .....	23
3.2.1	<u>Pesquisa documental</u> .....	24
3.2.2	<u>Entrevista e participantes</u> .....	24
3.3	<b>Análise de dados</b> .....	26
3.4	<b>Aspectos éticos e procedimentos</b> .....	27
3.5	<b>Riscos</b> .....	28
3.6	<b>Benefícios</b> .....	28
4	<b>ONDE ESTA PESQUISA FOI REALIZADA</b> .....	29
4.1	<b>A organização da gestão da saúde no município do Rio de Janeiro</b> .....	29
4.2	<b>As Coordenadorias de Atenção Primária: uma ponte na gestão da APS carioca</b> .....	30
4.3	<b>Contexto da APS do Rio de Janeiro e a pandemia de covid-19</b> .....	33
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	38
5.1	<b>O que o Diário Oficial do município do Rio de Janeiro diz sobre apoio institucional?</b> .....	38
5.2	<b>Análise das entrevistas</b> .....	46
5.2.1	<u>Identificação social e profissional: lugar de fala, de saberes e motivações</u> .....	46
5.2.2	<u>Operacionalizando a gestão</u> .....	49
5.2.3	<u>E a Educação Permanente?</u> .....	65
5.3	<b>Gestora, apoiadora e pesquisadora: uma jornada de aprendizado e</b>	

<b>reconhecimento de funções</b> .....	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
<b>ANEXO A - Convite para participação da pesquisa</b> .....	78
<b>ANEXO B - Roteiro para entrevista</b> .....	79
<b>ANEXO C - Roteiro de análise documental</b> .....	80
<b>ANEXO D - TCLE</b> .....	82

## INTRODUÇÃO

A reformulação da gestão pública no campo da saúde, em seus diferentes níveis, é assunto recorrente quando se trata de desafios para a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). O incentivo à transformação do modelo tradicional de gestão, vertical e autoritário, é amparado por produções e documentos oficiais do Ministério da Saúde a partir de 2003 (PEREIRA JR e CAMPOS, 2014), dando margem a novas formas de coordenar, planejar, avaliar e supervisionar.

Tais práticas de gestão seguem a metodologia do Apoio Institucional (AI) que, por sua vez, recebe fortes influências do método Paidéia (ou Método da Roda), descrito por Campos (2003). O apoio em saúde, na perspectiva da Paidéia, tem características fundamentadas no diálogo, na participação ativa dos trabalhadores na tomada de decisão e gestão de seus processos de trabalho, visando, além da qualificação da assistência, a cogestão e autonomia dos sujeitos (CAMPOS et al., 2014).

O AI segue como tendência de metodologia de gestão, apresentada em outros documentos que regem o SUS (PEREIRA JR e CAMPOS, 2014). De acordo com a versão mais recente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o AI “deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano” (BRASIL, 2017, Item 5, parágrafo XIX), sendo representado como uma das estratégias sugeridas para garantia de espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS) na Atenção Primária à Saúde (APS).

Considerando o exposto, fica claro que estimular uma prática de gestão participativa e rever a direção dos modelos assistenciais é relevante para o fortalecimento do SUS, cujos princípios e diretrizes (BRASIL, 1990), apontam para a lógica da participação e integralidade. Também a APS carrega em seus atributos (STARFIELD, 2002) as dimensões da centralidade no usuário, da participação comunitária e do modelo de atenção em rede, favorecendo a construção de um modelo de atenção com vistas às necessidades e direitos dos usuários<sup>1</sup>.

Promover transformação efetiva na gestão é desafiador, pois não envolve apenas a instituição de normas e políticas, mas pressupõe a implicação dos próprios trabalhadores nos processos de mudança. Segundo Franco et al. (2012) a associação da incorporação de novos

---

<sup>1</sup> Segundo esta autora, os atributos da APS se dividem em atributos essenciais: primeiro acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, e atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

saberes e atribuição de novos sentidos ao trabalho e ao cuidado pode ser operada por meio da EPS. Entretanto é imperioso que a EPS seja qualificada, a fim de que seja possível combinar as dimensões do saber e da subjetividade, disparando “processos de cognição e subjetivação ao mesmo tempo” (FRANCO et al, 2012, p.47).

Na PNAB de 2017, a EPS é descrita como indissociável do processo de trabalho das equipes de saúde, onde a aprendizagem está diretamente relacionada à problematização do cotidiano (BRASIL, 2017). Já na redação anterior da PNAB (2011), a EPS ganha destaque para além de sua função pedagógica, sendo referida também como uma “ferramenta de gestão” capaz de promover mudanças no cotidiano (BRASIL, 2011).

A associação entre AI e EPS pode, portanto, potencializar as estratégias de resolução de problemas no dia-a-dia dos trabalhadores na APS (BRASIL, 2017). Já os arranjos organizacionais de apoio variam conforme os níveis de gestão. No que tange a APS, o AI se organiza em uma “multiplicidade de arranjos e públicos” (p.3), sendo ainda pouco exploradas as limitações e potências das suas múltiplas configurações, variando desde apoio às secretarias municipais de saúde, até direcionado diretamente às equipes de Atenção Primária à Saúde (eqAPS) (GUIZARDI et al., 2018).

No contexto do município do Rio de Janeiro a gestão político-administrativa da saúde foi descentralizada a partir de 1993, com a divisão do território em 10 Áreas de Planejamento (AP) (BRASIL, 2007). À época, as AP já tinham sua gestão realizada localmente, através das Coordenadorias de Saúde que, posteriormente, foram chamadas Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP).

Este estudo propõe-se a explorar a implementação do AI na APS do município do Rio de Janeiro e suas contribuições para a gestão e as práticas de EPS na APS carioca. Com isso, surgiram as seguintes perguntas que motivaram esta pesquisa: Existem documentos normativos e orientadores sobre a condução do AI na APS do município? Como o AI ocorre na prática dos gestores? O Apoio Institucional é uma ferramenta facilitadora para promoção da Educação Permanente na APS, na percepção dos profissionais que atuam na gestão?

O fator propulsor destas perguntas foi a participação enquanto gestora e apoiadora no contexto de uma CAP no município do Rio de Janeiro, onde identificou-se a necessidade de reorganizar a lógica do AI, visto as necessidades sanitárias locais.

O AI é descrito como uma importante ferramenta de gestão, que promove a participação ativa dos trabalhadores nas decisões de gestão, potencializando as ações de coordenação, planejamento e execução em saúde, ampliando a democratização e autonomia de trabalhadores e gestores do SUS (BRASIL, 2017).

Esta outra perspectiva de “fazer gestão” pressupõe além de ajuda técnica para o cumprimento das atividades nas unidades de saúde, a prática da cogestão, impulsionando a produção social dos próprios trabalhadores da saúde, visando o:

desenvolvimento de uma postura analítica sobre si mesmos, sobre o outro e seu contexto, uma postura crítica e ético-política, para que possam experimentar novas práticas, capazes de responder à complexidade que envolve o trabalho em saúde (CAMPOS et al, p. 993).

Nesse mesmo sentido, Guizardi et al. (2018) consideram que a institucionalização do apoio na APS gerou avanços e efeitos positivos nas práticas sociais dos serviços de saúde, bem como nas relações de poder entre “ponta” e “centro” do sistema” (p. 11). Entretanto, esses autores indicam a necessidade de melhor observação dos limites e potências de arranjos de AI na APS, no tocante às possibilidades interventivas nos processos decisórios.

Tendo em vista o organograma do município do Rio de Janeiro, a existência das CAP podem ser consideradas como espaço facilitador da microgestão e da micropolítica, já que as funções dos profissionais atuantes nas diferentes divisões das CAP estão intimamente relacionadas às atividades dos trabalhadores das unidades de atenção primária (UAP), dialogando frequentemente com as equipes.

Como “micropolítica” entende-se o espaço da atividade cotidiana do trabalho em saúde, da construção da relação e do vínculo entre trabalhador e usuário, onde o trabalhador tem autonomia e autogoverno sobre suas decisões. Este espaço é considerado potente na criação de novos sentidos sobre o trabalho e, conseqüentemente, na intervenção sobre esses processos (FRANCO et al, 2012, p. 46). Santos (2007) aponta que é no âmbito “da microgestão, do microprocesso de trabalho e da micropolítica que está localizado o espaço para acumulação de êxitos visíveis e consecução de mudanças significativas do SUS” (SANTOS, 2007, p.434). Sendo assim, torna-se relevante a reflexão sobre a contribuição da metodologia de AI a este nível de gestão.

Uma vez que o processo de reflexão sobre a prática proporciona o encontro por sentidos e propósitos, reduzindo a mecanização e burocratização do trabalho (MAZUELO, 2017) e considerando que a EPS se dá a partir da problemática do cotidiano (BRASIL, 2017), o envolvimento reflexivo dos atores participantes na oferta de apoio se faz um enfoque valoroso nesta pesquisa. Não apenas na intenção de conhecer mais a fundo sobre o tema, mas especialmente de incentivar uma avaliação formativa sobre processos de apoio.

A expectativa deste estudo é contribuir para um diagnóstico sobre as práticas de AI na APS carioca, podendo identificar as fragilidades e potencialidades dos processos de apoio já



implementados. A reflexão sobre as práticas de AI pode favorecer a adaptação e melhoria dos processos de apoio, bem como indicar as necessidades de educação permanente aos profissionais que atuam enquanto apoiadores no município.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo geral**

Analisar os processos da implementação do AI na APS do Rio de Janeiro a partir de 2009 e sua contribuição para as práticas de EPS.

### **1.2 Objetivos específicos**

- a) Realizar pesquisa documental sobre a implementação e aplicação do AI na APS do Rio de Janeiro a partir de 2009;
- b) Conhecer e relatar a experiência de gestores e apoiadores na APS do Rio de Janeiro;
- c) Relacionar a teoria do AI com a prática identificada no MRJ.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A função do apoiador

O AI no Brasil recebe forte influência da perspectiva de Campos (2003) sobre um novo modelo de pensar o modo de organização do trabalho, a partir da cogestão. O chamado Método Paidéia (ou Método da Roda) se baseia em premissas de diversos campos de conhecimento, como o da saúde coletiva, pedagogia, psicanálise, clínica, política, administração, planejamento e análise institucional.

Este método propõe a democratização da gestão nas organizações, incentivando a participação dos sujeitos na análise e gestão de seus processos de trabalho. A democratização institucional, ainda segundo Campos (2003), significa apostar em espaços coletivos como possibilidade de ampliação da capacidade das pessoas em lidarem com o poder, com a circulação de afetos e com o saber. Para tanto, se faz necessária a transformação das organizações de saúde para construção de espaços de diálogo, seja entre gestores e trabalhadores, seja entre trabalhadores e usuários.

Campos, et al (2014) sugerem metodologias para a aplicação da concepção Paidéia na prática de apoio em saúde. Estes autores descrevem núcleos estruturais onde se costuma prestar apoio na perspectiva Paidéia. Dentre eles estão o Apoio Matricial (AM) (que parte de um lugar de paridade), o apoio na relação clínica (partindo da clínica ampliada e compartilhada) e o Apoio Institucional (realizado a partir de um lugar de suposto poder institucional).

Este último é referido como um recurso metodológico utilizado para facilitar a interação entre sujeitos, prezando sempre pela aproximação, cogestão, mediação de conflitos, composição coletiva de planos e, ainda, pela ajuda àqueles que necessitem de auxílio para cumprir com o esperado. Segundo os autores, o apoio institucional escapa ao modelo hegemônico de fazer gestão quando deixa de enxergar trabalhadores e usuários como “objetos” e reconhece que “toda a gestão é produto de uma interação entre pessoas” (p. 987) (CAMPOS et al, 2014).

Pereira Jr e Campos (2014) também reforçam a figura do apoiador institucional enquanto potência para a facilitação da cogestão, uma vez que está inserido nos processos de análise, elaboração e planejamento de tarefas, fazendo “*com as equipes*” (PEREIRA JR e

CAMPOS, 2014). Na análise documental realizada, estes autores destacam que apenas a Política Nacional de Humanização (PNH) mantém a formulação técnica sobre o apoio institucional.

Em sua quarta edição, a PNH descreve as funções do apoiador institucional como propulsoras dos processos de mudança nas organizações, justamente por ser o objeto de trabalho do apoiador os processos de trabalho dos coletivos, devendo estar sempre inserido nesses movimentos (BRASIL, 2010). Tal conceituação corrobora com a lógica da participação e da integração entre sujeitos na operacionalização da cogestão, como descrita por Campos (2003).

Alguns estudos apontam as implicações positivas do AI no escopo da APS. Em um estudo de revisão integrativa da literatura, Guizardi et. al. (2018) mapearam 68 documentos com o objetivo de identificar os efeitos relacionados ao AI na APS e problematizar o alcance e questões relevantes para sua implementação. Este estudo conclui que a prática do apoio pode promover impactos reais na cultura das organizações. Entretanto, pondera que ainda é necessário que tal prática não se atenha apenas à promoção de mudanças processuais, mas, especialmente, aos processos decisórios, com vistas à democratização institucional.

Em outra revisão integrativa da literatura, Brito et al (2021) trazem a análise de 24 publicações acerca da operacionalização do AI na APS brasileira. Estes autores identificaram avanços na produção científica sobre o tema, como a aplicação da metodologia Paidéia nas práticas de apoio. Contudo, o estudo aponta a incipiente compreensão sobre as funções do apoiador, além de fragilidades com relação a construção de autonomia e participação ativa dos trabalhadores em processos decisórios.

É perceptível que o AI é amplamente compreendido como metodologia eficaz para alcance dessa “nova gestão” proposta. Todavia, é uma tarefa de alto grau de complexidade, por se tratar de um mecanismo transversal de trabalho, que prevê a integração entre pessoas, a mobilização de coletivos e a construção conjunta de uma nova lógica de relação entre poderes.

Para isso, Campos (2013b) diria que é preciso “saber sobre os problemas e agir sobre eles” (p. 26). Nesse sentido, vale considerar uma segunda ferramenta de trabalho, como catalisador de transformação, que, por definição, possibilita aproximação de gestores e trabalhadores, é apoiada em problemas reais do cotidiano das equipes e promove melhorias das práticas: a EPS.

## 2.2 Educação Permanente em Saúde

A adequação da formação de trabalhadores em saúde às necessidades da população é um constante desafio da construção do SUS. O Ministério da Saúde reconhece a Educação na Saúde como responsabilidade sanitária dividida entre as três esferas de governo e propõe diretrizes no Pacto de Gestão do SUS (2006) que incorporam a EPS como parte essencial para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Educação Permanente surge como estratégia para atingir este objetivo, assegurando a participação das três esferas de governo para a sua implementação (BRASIL, 2006). A EPS é descrita no glossário temático da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (BRASIL, 2009, p 22)

A EPS também é relacionada com metodologias ativas de ensino e com a aprendizagem significativa, sendo descrita como instrumento que possibilita a análise crítica e constituição sobre conhecimento da realidade local (BRASIL, 2018).

Para Ceccim (2005a), a EPS reforça o elo entre formação, gestão, atenção e participação, sugerindo a necessidade de ampliar a capacidade pedagógica dentro do setor Saúde, visando a transformação do trabalho em uma atuação “crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005a). Este autor também considera a EPS como um processo pedagógico baseado na aprendizagem significativa, que traz à reflexão as situações vividas. Esta autorreflexão sobre e no trabalho pode ser facilitada pela implementação de espaços de discussão, análise e reflexão sobre o cotidiano. (CECCIM, 2005b).

O modelo de aprendizagem significativa, formulado inicialmente por Ausubel (1982) propõe que o novo conteúdo incorporado pelo aluno se relacione com seus conhecimentos prévios, a fim de que essas novas informações possam adquirir significado. Desse modo, haverá interação dos conceitos apreendidos, facilitando a conexão entre eles e sendo retidos por mais tempo (PELIZZARI et al. 2002).

Segundo estas autoras, a construção significativa do conhecimento parte da necessidade de “aprender a aprender” (PELIZZARI et al. 2002, p. 40) e incorpora três processos: a adaptação da ação educativa ao desenvolvimento do aluno, explorando o conhecimento prévio e as bases cognitivas de quem aprende; a vinculação ou conexão do conteúdo novo ao conteúdo prévio, visando facilitar a compreensão de novos saberes; por fim, a ampliação das estruturas de conhecimento do aluno, através da problematização e reconstrução do conhecimento de maneira autônoma.

A participação ativa do sujeito que aprende visa, portanto, a centralidade no educando, respeitando sua autonomia e protagonismo. Esse conceito dialoga com a proposta de Paulo Freire, que diz que “educar exige respeito à autonomia do ser educando” (FREIRE, 2006, p. 24). Em sua obra “Pedagogia da autonomia”, Freire discorre sobre a prática da docência, destacando o valor do diálogo, da ética, do respeito e da amorosidade no educar.

Há de se considerar, porém, que este modelo de aprendizagem exige que alguns conceitos de educação sejam ressignificados, alterando a ótica da formação “mecânica”, aproximando a realidade de quem aprende ao conhecimento adquirido (PELIZZARI et al. 2002). Franco et al. (2012) também consideram que essa forma de conceber a educação pode facilitar a construção de uma rede de saberes e aproximar a teoria da prática, tornando o conhecimento “um bem social” (FRANCO , et al 2012 p. 52).

Paralelamente, estes autores sugerem que para a prática da EPS de maneira dialógica, crítica e transformadora de práticas assistenciais, também é necessário romper com as práticas educacionais hierarquizadas e os processos de gestão normativos (FRANCO et al, 2012; PELIZZARI et al. 2002). Para Ceccim (2005c) essa transformação se dá a partir do momento que os trabalhadores passam a ser entendidos como sujeitos ativos na produção de saúde.

Cabe destacar que esta proposta, assim como a metodologia de apoio Paidéia, aponta para a urgência em reformular o modelo tradicional de relação hierárquica distanciada na saúde, seja no escopo da gestão, seja na educação. Para isso, é preciso ir além da mera intervenção instrumentalizada sobre os trabalhadores. É necessário que gestores que praticam o AI reconheçam o produto final de seu trabalho como um ato de cuidado.

### 2.3 Apoiar é cuidar, educar e transformar

Merhy (2006) destaca a revisão dos modelos de gestão como nó crítico a ser trabalhado entre gestores e trabalhadores. Este autor parte do conceito do Trabalho Vivo em ato enquanto tecnologia leve que implica na relação entre trabalhadores e usuários de serviços como produtores do cuidado, inferindo protagonismo e responsabilidade mútuos na produção de saúde (MERHY e FRANCO, 2003).

Segundo o Dicionário da Educação Profissional em Saúde (2008) a expressão "trabalho em saúde" escrito por Merhy e Franco (p. 427) descreve o "trabalho vivo em ato" como referente às 'relações intercessoras' que ocorrem durante a produção do cuidado. Esses autores afirmam que o trabalho em saúde, para produção do cuidado, não pode estar pautado apenas no saber técnico e instrumental, mas ainda no produto da relação entre trabalhadores e usuários durante o processo do cuidar.

Merhy (2006) segue apontando que o gestor teria a possibilidade de negociar sobre a "cara do modelo de atenção a ser perseguido no dia a dia do fabricar as intervenções em saúde" (p. 8), possibilitando modelos de produção de cuidado voltados às necessidades dos usuários. Um modelo gerencial seria usuário-centrado à medida que estimula o protagonismo dos trabalhadores sobre a gestão de seu cotidiano e incentiva a autonomia e coparticipação do usuário em seu processo de cuidado (MERHY, 2006).

Nessa toada, o apoiador participa da promoção do cuidado, estimulando a atuação das equipes a partir e a favor das necessidades individuais e coletivas dos usuários. É necessário que o apoiador seja, também, uma figura comprometida com o que o autor define como "sentido final do trabalho em saúde": defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado (MERHY, 2006, p 11).

Ao mesmo tempo, o trabalhador também deve ser estimulado a participar ativamente dos processos de tomada de decisão, uma vez que tem papel na execução e avaliação dos processos de cuidado (BRASIL, 2004). Para isso, é necessário que o gestor desenvolva habilidades para a aplicação das metodologias que estimulem o diálogo e a corresponsabilidade. Torna-se necessário, portanto, estimular e fortalecer essas habilidades entre os gestores, para, então, desenvolverem as atividades de apoio.

Traçando um paralelo com a participação social e controle popular em saúde, a participação ativa dos trabalhadores/gestores na avaliação e construção dos processos de

trabalho se relaciona à construção coletiva de saberes, permitindo transformação pessoal e, conseqüentemente, social.

A educação na perspectiva freiriana tem papel de transformação social, quando baseada na construção coletiva, dialógica e crítica (FREIRE, 2006). O “como aprender” está ligado à construção de autonomia e liberdade, portanto, a forma de ensinar precisa permitir e incentivar o protagonismo de quem aprende.

É possível afirmar que, assim como a aprendizagem pode ser mecânica e repetitiva quando nela não há atribuição de significado, também a prática profissional pode perder seu sentido quando não há espaço para reflexão. Esse distanciamento implica em perda de identidade e propósito profissional, possibilitando desvio de funções, burocratização excessiva e adoecimento profissional (MAZUELO, 2017).

No escopo do AI, pode-se considerar que o apoiador/gestor também assume o papel de educador, que instiga a participação ativa do educando/trabalhador. Seja na educação popular de Paulo Freire, seja na perspectiva da Paidéia de Campos (2003), percebe-se o protagonismo do “foco do apoio” (educando/trabalhador), sem excluir o “provedor do apoio” (educador/apoiador) do diálogo. Ou seja, quem educa/apoia, também aprende e é apoiado. A perspectiva do apoio deixa de ser meramente institucional e assume características pedagógicas e terapêuticas (CAMPOS et al, 2014).

Nesse ponto, encontra-se uma interseção importante entre as propostas do apoio Paidéia, a educação freireana estimada pela EPS e a defesa na gestão em saúde e tecnologias leves, promovida por Merhy: o compromisso com o produto das relações entre pessoas. Este debate instiga pensar, portanto, sobre as potencialidades do AI aplicado na APS.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

A estratégia metodológica escolhida deve responder à indagação principal, que questiona “como” ocorre o AI na APS do município do Rio de Janeiro e sua interlocução com a EPS. Dada a subjetividade da questão, este estudo pode ser entendido como um estudo qualitativo de natureza exploratória (GIL, 2019).

Optou-se nesta pesquisa conhecer com maior profundidade a implementação do AI no município do Rio de Janeiro e como essa ferramenta de gestão se dá na prática da APS carioca. Dessa forma, a estratégia metodológica utilizada foi a do estudo de caso que, segundo Yin (2010), visa investigar empiricamente um fenômeno em seu contexto real.

#### **3.2 Coleta de Dados**

Yin (2010) sugere explorar múltiplas fontes de evidência ao longo de um estudo de caso, aumentando a confiabilidade e validade dos resultados obtidos. Com isso, as estratégias para coleta de dados devem ser aplicadas de acordo com as fontes estipuladas pelo pesquisador (YIN, 2010). Este estudo utilizou como fontes de evidência: documentos oficiais, publicações em periódicos científicos, entrevistas e registros pessoais da pesquisadora (observação direta e participante).

A coleta de dados para realização deste estudo de caso consistiu em duas diferentes ferramentas, tendo em vista os objetivos específicos do estudo: pesquisa documental e entrevista com apoiadores.

Além disso, foi usado o Diário de Campo, que vem sendo construído desde a concepção do projeto de pesquisa e ao longo da elaboração deste trabalho, como fonte de reflexões e observações cotidianas.

Por fim, toda a referência da literatura utilizada na composição do referencial teórico, embasamento das suposições e discussão também deve ser mencionada como fonte de dados.

### 3.2.1. Pesquisa Documental

Esta etapa inicial teve objetivo de identificar documentos que abordam a implementação do AI na APS carioca. A fonte desses documentos foi o Diário Oficial do município do Rio de Janeiro. As publicações no Diário Oficial foram consultadas na plataforma online, disponível publicamente através do link: <https://doweb.rio.rj.gov.br>.

Foi utilizado o termo “apoio institucional” no buscador disponível na plataforma e o recorte temporal utilizado foi entre janeiro de 2009 e dezembro de 2020. A escolha deste recorte foi influenciada pelo primeiro processo de reforma da APS no Rio de Janeiro, iniciado em 2009 (SORANZ, 2017).

Segundo Gil (2019) a pesquisa documental apresenta a vantagem de se basear em fontes estáveis de dados que subsistem ao longo do tempo, portanto favorecendo a avaliação histórica proposta nesta etapa da pesquisa. Foram utilizados apenas os documentos relacionados à SMS-Rio.

### 3.2.2 Entrevista e participantes

Foram convidados a participar das entrevistas representantes das dez CAP do Rio de Janeiro. A seleção dos entrevistados ocorreu inicialmente de modo intencional, quando foram enviados pessoalmente pela pesquisadora convites individuais (anexo I) através de aplicativo de troca de mensagens (*WhatsApp*) para profissionais que desempenhavam funções que contemplassem os critérios de inclusão. Foi pedido aos entrevistados, a indicação de outros profissionais com perfil para participar da pesquisa. Esse método de seleção da amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, é nomeado de amostragem “bola de neve”. Geralmente, é útil para acessar grupos difíceis de serem acessados e pressupõe que dada uma característica de interesse em comum, as pessoas chaves de um grupo são capazes de identificar e ajudar a recrutar outras do mesmo. (VINUTO, 2014). O convite procurou elencar o tema, justificativa, objetivos, riscos e benefícios da participação, bem como expor o link de acesso ao Termo de Consentimento online.

É possível interpretar que, para aplicar a metodologia do AI, não há necessidade da instituição do cargo de “apoiador institucional”. Segundo Campos (2013a) qualquer gestor pode atuar segundo o Método Paidéia, aplicando o AI, ainda que ocorram variações das necessidades e do modo de proceder a depender da estrutura organizacional (CAMPOS, 2013a, p. 92 - 93). Os entrevistados, por ocuparem cargos na “gestão intermediária” da APS carioca, tem interface cotidiana com os profissionais das eqAPS, executando diversas atividades de planejamento, construção de projetos de intervenção, análise de indicadores, orientações técnicas, articulação da RAS, mediação de conflitos, gestão de RH etc. Dessa forma, independentemente do cargo em que ocupam, esses gestores podem ser considerados informantes chave sobre a implementação e aplicação do AI no cenário estudado.

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: o profissional estar ativo e vinculado a uma das dez Coordenações Gerais de Atenção Primária (CAP) e exercer funções que exigissem lidar diretamente com as equipes e os profissionais das Unidades de Atenção Primária (UAP).

Foram excluídos dessa pesquisa aqueles que estavam de férias ou licença no período da pesquisa e aqueles profissionais que não desempenhavam funções que tratavam diretamente com as equipes e/ou profissionais das UAP.

Segundo Gray (2012) as entrevistas são úteis em estudos que objetivam aprofundar as questões, permitindo inclusive que os entrevistados possam refletir sobre o que é indagado. Dentre as abordagens da entrevista, a não diretiva permite que o entrevistado fale livremente sobre o tema pesquisado, a fim de explorar com profundidade essa questão (GRAY, 2012). É possível que o pesquisador lance mão de tópicos para nortear a discussão. Este estudo propôs dimensões que foram abordadas nas entrevistas, bem como algumas perguntas disparadoras, elaboradas em um roteiro, disponível no anexo II.

As entrevistas foram realizadas na modalidade online, em horário previamente agendado com o entrevistado. Esta modalidade teve a vantagem de afastar o entrevistado do local de trabalho, reforçando o caráter confidencial do estudo e garantindo um ambiente confortável para o livre discurso. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas.

### 3.3 Análise de dados

A análise dos dados consistiu em duas etapas, de acordo com as duas fontes de dados: documentos e entrevistas.

A análise documental teve como objetivos coletar informações que possam complementar esta pesquisa, visando publicações que abordam ou corroboram para a implementação do AI na APS do MRJ. Vale ressaltar que os documentos consultados nesta fase da pesquisa foram extraídos do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, disposto publicamente através do site: <https://doweb.rio.rj.gov.br/> e não houve consulta em bases sigilosas da SMS-Rio.

Foram etapas desta análise: a escolha das publicações; a exploração do material; análise do material selecionado. Foram incluídos na fase de análise as publicações referentes à SMS-Rio que utilizavam o termo “apoio institucional” publicados entre 01/01/2009 e 31/12/2020. Foram excluídos da fase de análise as publicações que utilizaram os termos “apoio” e “institucional” separadamente, não condizentes com o conceito de “apoio Institucional” pesquisado.

As publicações obtidas nesta primeira consulta passaram por leitura flutuante, com objetivo de definir a Secretaria de origem e confirmar se o uso do termo “apoio institucional” estava dentro do critério estabelecido para esta pesquisa, sendo então classificadas em válidas ou inválidas para a leitura. As publicações classificadas como válidas foram analisadas na íntegra. Foram avaliadas as maneiras que o termo “apoio institucional” é usado pela SMS-Rio, relacionando com o conceito utilizado no marco teórico desta pesquisa. O roteiro de análise documental encontra-se disponível no anexo III.

A análise das entrevistas consistiu em análise qualitativa de conteúdo, de caráter temático, balizada pelas fases propostas por Bardin (2006): 1) pré análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados. Esta metodologia de análise visa explorar os núcleos de sentido existentes no conteúdo avaliado. As entrevistas foram transcritas para leitura e organização do *corpus* de análise. Posteriormente o material passou pela exploração e categorização temática para, então, ser interpretado. As categorias que emergiram durante a análise do material são apresentadas no capítulo de resultados, discutidas à luz do referencial teórico.

### 3.4 Aspectos éticos e procedimentos

Após avaliação pela banca de qualificação do PROFSAÚDE, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ambos através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado por ambas as instituições por meio dos pareceres de número 5.746.672 e 5.972.109.

A confirmação dos interessados em participar da pesquisa ocorreu com a entrega de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital, seguindo as orientações da Carta Circular nº 1/2021 - CONEP/SECNS/MS, através das etapas descritas abaixo. O formulário foi elaborado com a ferramenta GoogleForms, sendo acessado e editado apenas pela própria pesquisadora.

1. Envio individual de convite para participação de pesquisa, através de aplicativo WhatsApp, onde foram elencados o tema, justificativa, objetivos, riscos e benefícios da participação, bem como exposto link de acesso ao formulário para obtenção de consentimento de participação (vide anexo I);
2. Os candidatos interessados puderam acessar o formulário para obtenção de consentimento do participante através do link disponível no convite ou solicitar envio para a pesquisadora.

Foi coletado o nome completo apenas do entrevistado que selecionou a opção afirmativa no termo de aceite. O candidato que assinalou a opção afirmativa, teve acesso ao link para *download* em formato PDF do TCLE na íntegra, valendo-se de termo de aceite (vide anexo IV).

Foi esclarecido aos entrevistados que este estudo não tem qualquer cunho político ou interesse administrativo, sendo sua participação voluntária para fins estritamente acadêmicos. Foram tomadas todas as precauções cabíveis para a preservação do anonimato dos entrevistados, bem como seus locais de trabalho. Vale ressaltar que os áudios gravados durante a etapa da entrevista foram transcritos para análise e utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, não havendo intenção em divulgá-los em nenhum momento da construção ou apresentação desta pesquisa.

### 3.5 Riscos

Foi ponderado o risco de respostas enviesadas ou alteradas por possível constrangimento por parte dos entrevistados. Para minimizar esses riscos, foi reiterado aos participantes a liberdade sobre não responder aos questionamentos ou interromper a entrevista a qualquer momento desejado. Além disso, foram omitidos seus nomes, cargos e AP nas quais atuavam.

### 3.6 Benefícios

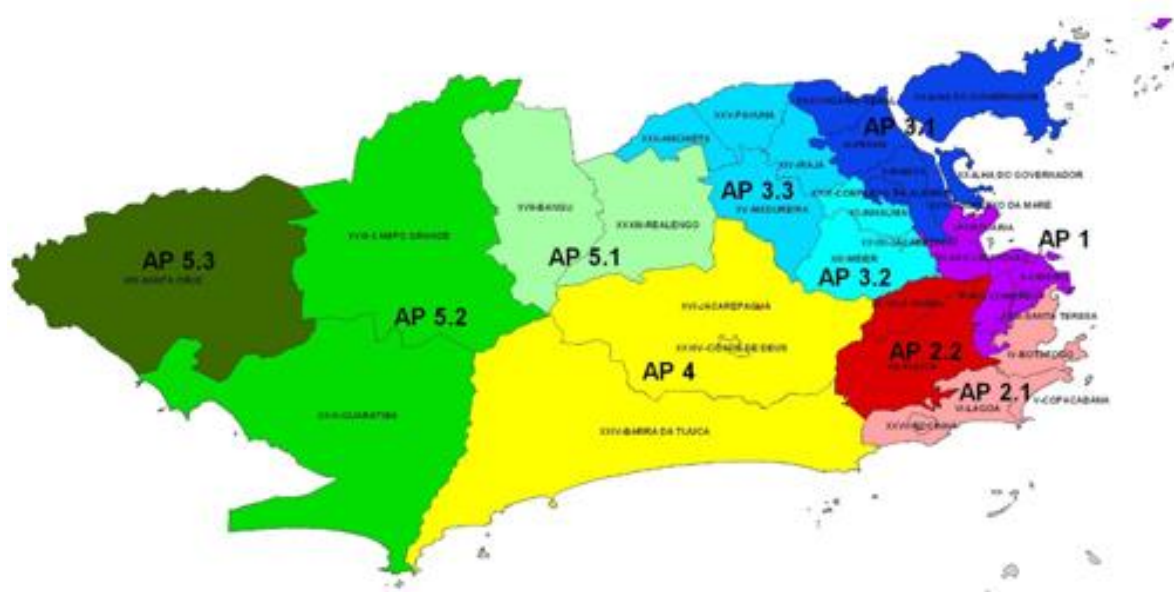
Para além do benefício social e acadêmico desta pesquisa, pode-se considerar como benefício para os participantes das entrevistas a possibilidade de refletir sobre sua atuação profissional enquanto apoiador, suscitando discussões futuras sobre seu aprimoramento ou planejamento de ações de educação permanente em seu cenário de trabalho.

## 4 ONDE ESTA PESQUISA FOI REALIZADA

### 4.1 A organização da gestão da saúde no município do Rio de Janeiro

A Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro de 1990 estabelece em seu artigo 355º sete diretrizes para organização de ações e serviços do SUS no município. A primeira versa sobre a descentralização político-administrativa da saúde no município. Desde 1993, na expectativa de viabilizar uma gestão descentralizada, o município do Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas de Planejamento (AP) (BRASIL 2007) - antes chamadas de “áreas programáticas” - conforme mostra a figura abaixo:

Figura 1 - Distribuição das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro:



(Fonte: SMS-Rio/SUBPAV, 2022)

Cada AP abrange diferentes bairros do município, com particularidades inerentes à história de ocupação, perfil sócio-econômico, morbi-mortalidade e oferta de serviços de saúde. Cabe apontar que a rede de saúde disponível em cada AP é variável, seja em número de centros municipais de saúde e clínicas da família (ou Unidades de Atenção Primária (UAP)), Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) etc. À época, as AP já tinham sua gestão realizada localmente, através das

Coordenadorias de Saúde. Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município, viu-se a necessidade de modernizar as estruturas gerenciais e orçamentárias, tanto a nível Central, quanto a nível local.

Seguindo o processo de reorganização estrutural da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) em 2009, a APS foi colocada como a principal ordenadora da rede de saúde carioca. Um dos marcos da reforma da SMS-Rio ocorreu com a criação da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), que otimizou o processo de expansão da ESF no município, não apenas por permitir a visibilidade das ações desta estratégia, mas ainda por facilitar a descentralização de recursos para as AP. Tal reformulação orçamentária foi embasada pela reformulação jurídica ocorrida à época, que contou com a inclusão de Organizações Sociais (OS) para apoio à gestão da saúde (SORANZ, 2017).

Coube então às Coordenadorias de Saúde, agora chamadas de Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP) das APs a participação ativa na gestão dos territórios, contribuindo para identificação, organização e integração dos serviços de saúde. Além disso, as CAP são figuras centrais na fiscalização do cumprimento do contrato de gestão firmado com as OS em atividade no MRJ.

#### **4.2 As Coordenadorias de Atenção Primária: uma ponte na gestão da APS carioca**

São consideradas atribuições das CAP as ações de avaliação, planejamento, integração, execução, regulação e educação em saúde, relacionadas aos serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde no território adscrito.

O decreto nº 28.452, de 19 de Setembro de 2007 (RIO DE JANEIRO, 2007), que inicia a reestruturação organizacional da SMS-Rio, discorre sobre as atribuições das Coordenadorias de Atenção Primária, até então chamadas de Coordenadorias de Saúde, sendo atualizado em 2019 a partir do decreto nº 46508 de 19 de Setembro de 2019.

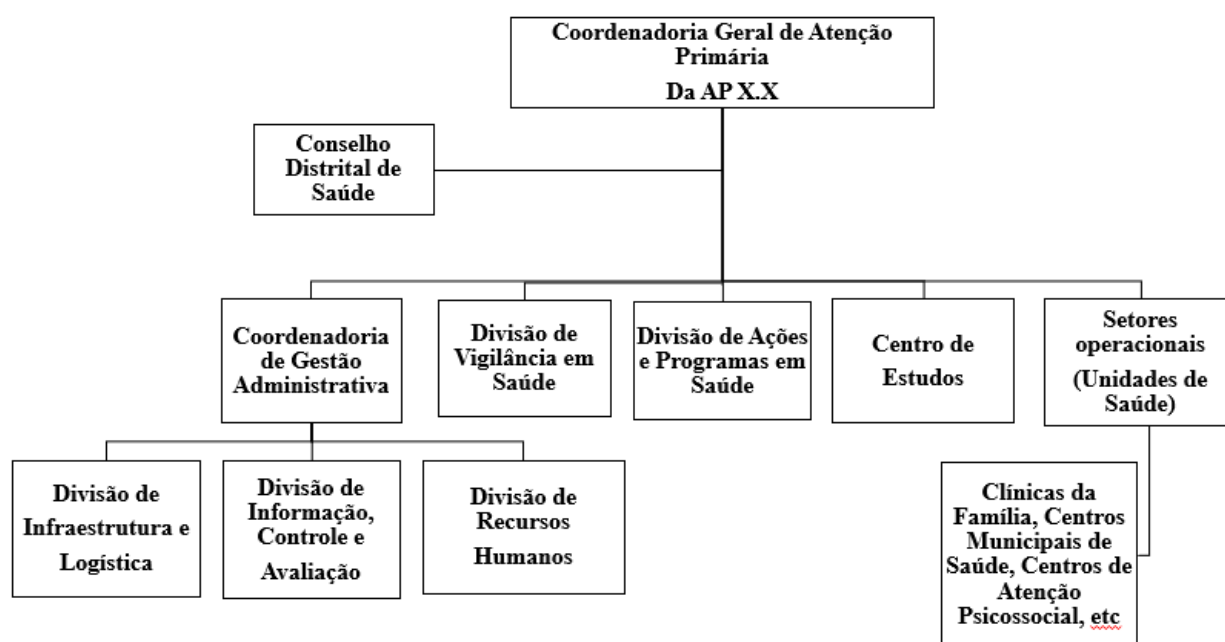
Entende-se então a CAP como um órgão gestor intermediário, interlocutor entre a SMS-Rio e as unidades prestadoras de serviço circunscritas em seu território. É possível afirmar que a CAP é pensada como facilitadora da gestão da Rede de Assistência à Saúde (RAS), a nível da APS carioca. Na lógica da descentralização da gestão, considerando a proximidade com o território, a CAP pode contribuir para melhor gerência das ações de saúde



a nível local, articulando com os usuários ou lideranças sociais (BRASIL, 2007). Em resumo, a CAP pode ser considerada uma ponte entre a gestão estratégica (SMS-Rio) e o setor operacional (serviços de saúde).

Para viabilizar suas atribuições, a CAP é ramificada em setores operacionais (unidades de saúde do território), acadêmico (centro de estudos) e organizacionais. Sobre os setores organizacionais tem-se: Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) e Coordenadoria de Gestão Administrativa (CGA). A CGA abrange a Divisão de Infraestrutura e Logística (DIL), a Divisão de Recursos Humanos (DRH) e a Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA), conforme ilustrado na figura abaixo.

Figura 2 - Modelo de Organograma de uma Coordenadoria de Atenção Primária da SMS-Rio



(Fonte: elaboração própria<sup>2</sup>, 2023)

Segundo o decreto nº 46508 de 19 de Setembro de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019a) a DVS concentra suas atividades de vigilância em saúde, especialmente voltada aos agravos mais sensíveis, à avaliação dos óbitos ocorridos no território, à condução de investigação de eventos, à coordenação da rede de frio e, ainda, à orientação técnica para as equipes de saúde

<sup>2</sup> Adaptado do Organograma da Estrutura Organizacional da SMS-RJ, disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/028ae108-4b83-4300-9b85-3fca50963b97>>

do território, no que diz respeito à indicação de testagens, notificação de agravos, investigação de óbitos, entre outras necessidades.

Já a DAPS assume a responsabilidade de coordenar e integrar os planejamentos e ações das diversas Linhas de Cuidado - anteriormente conhecidos como “programas de saúde” - desenvolvidos pelas unidades de saúde do território, dentre elas as linhas de saúde da mulher, saúde da criança, das doenças crônicas não transmissíveis, de tuberculose, das hepatites virais e HIV, da saúde do idoso, entre outras. Os profissionais que compõem a DAPS, de modo geral, prestam suporte às equipes da AP sobre as questões relacionadas à linha de cuidado específica, seja sanando dúvidas com relação a protocolos, seja conduzindo treinamentos e encontros de atualização ou mediando na discussão de casos complexos.

As CAPs contam ainda com um Núcleo Interno de regulação (NIR), responsável pelo monitoramento, orientação e facilitação da regulação ambulatorial. Além disso, o NIR promove treinamento sobre o uso dos sistemas de regulação disponíveis para as equipes do MRJ. Embora não seja geralmente ilustrado nos organogramas, o NIR costuma estar vinculado à DAPS.

É possível dizer que os profissionais que integram as divisões descritas exercem atividades de suporte técnico às equipes de saúde, de educação e de integração da rede de saúde e rede intersetorial. Não há, entretanto, um cargo específico destacado como “apoiador institucional”, cabendo à coordenação de área e a direção de cada divisão organizar o processo de trabalho desses gestores, abrangendo as funções de apoio direto às equipes.

Todas as APs têm participação no Conselho Distrital de Saúde (CODS), composto por representantes da gestão, dos trabalhadores da saúde e dos usuários do SUS. Dentre as atribuições do CODS destacam-se a promoção da integração entre os serviços de saúde, colaborando na construção de estratégias para a organização do SUS, elaborando diretrizes e planos distritais de saúde voltados às necessidades da população moradora daquele distrito sanitário. Além disso, os integrantes do CODS têm papel importante no acompanhamento da execução de projetos, fiscalização de contratos e na participação na formulação da política de desenvolvimento de recursos humanos das Áreas de Planejamento de Saúde.

### 4.3 Contexto da APS do Rio de Janeiro e a Pandemia de Covid-19

O então chamado “remodelamento” ou “redesenho” da APS no Rio de Janeiro teve seu início no quarto trimestre de 2018, sendo justificado pela gestão em questão como uma forma de otimização de recursos destinados à saúde, sem que isso implicasse na qualidade da prestação de serviços. A proposta inicial era o remanejamento de equipes de UAP de áreas supostamente consideradas de menor vulnerabilidade, para áreas com demandas sanitárias mais urgentes.

Em 13 de novembro de 2018 foi divulgado documento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) intitulado “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos” (RIO DE JANEIRO, 2018), onde é apresentado o resultado de um estudo visando a “racionalização dos recursos e otimização dos serviços de saúde”. O estudo foi baseado na filosofia *Lean* que, por sua vez, visa “evitar desperdícios” e tem forte influência na avaliação da produtividade das equipes como base para decisões na reforma.

Equipes de APS identificadas como de “baixa produtividade”, segundo o estudo, apresentavam baixo número de usuários cadastrados com “baixa performance quantitativa e qualitativa” (RIO DE JANEIRO, 2018. p. 4). Baseado na premissa de “otimização e o uso responsável do recurso público”, o estudo conclui que para evitar o dito “desperdício”, as tipologias das eqAPS seriam reorganizadas a partir das características do território e utilização do serviço pela população. Com isso, 184 das 1263 eqAPS à época seriam suprimidas.

As alterações de configuração das UAPs entraram em vigor a partir de janeiro de 2019, culminando na queda da taxa de cobertura da APS no município, ilustrada no quadro abaixo.

Quadro 1 - Taxa de cobertura da APS no município do Rio de Janeiro entre dezembro 2018 a dezembro de 2020:

<b>Mês</b>	<b>Taxa de cobertura da APS</b>
Dezembro 2018	64,98%
Janeiro 2019	62,48%
Junho 2019	56,32%

Dezembro 2019	50,5%
Janeiro 2020	49,35%
Dezembro 2020	45,98%

Fonte: Website eGestor Atenção Básica - Informação e Gestão da Atenção Básica<sup>3</sup>.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a covid-19 como uma pandemia, devido a sua distribuição geográfica. A prefeitura do Rio de Janeiro emitiu em 13 de março daquele ano orientações sobre medidas de prevenção contra a doença. Dentre elas, foi orientada a suspensão das aulas na rede pública municipal; a suspensão de atividades coletivas como cinemas, teatros e lonas culturais; e a suspensão do período de férias do pessoal da saúde e da assistência social até segunda ordem. Em 18 de março, foi declarada situação de emergência na cidade.

Com isso, a SMS-Rio emitiu documentos norteadores com orientações sobre estratégias a serem implementadas pelas equipes das UAP para realizar o acolhimento de pessoas com sintomas respiratórios suspeitos de Covid-19, testagem e monitoramento dos casos positivos. Por um período, as equipes foram desestimuladas a seguir com visitas domiciliares de pacientes não considerados “críticos”; suspender as atividades em grupo e qualquer procedimento considerado eletivo, com a justificativa de evitar exposições desnecessárias e aglomerações nas unidades de saúde.

Sobre este assunto, o documento “Orientações sobre a prevenção e manejo da covid - 19 e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro”, lançado em março de 2020 e atualizado em 27 de abril de 2020 diz: “As visitas domiciliares de agentes comunitários devem ter foco principal no monitoramento de famílias com pessoas com Síndrome Gripal (...)” e segue enfatizando que “Todas as **atividades coletivas** programadas ou que aglomerem pessoas de alguma forma (...) **devem ser suspensas**” (grifo realizado pela autora) (RIO DE JANEIRO, 2020a).

Houve ainda a recomendação de suspensão de consultas de pacientes com doenças crônicas (RIO DE JANEIRO, 2020b), bem como a sugestão de que consultas de puericultura e pediatria poderiam ser “suspensas do atendimento de rotina”. A Nota Técnica emitida em março de 2020 recomenda, entretanto, a manutenção do acolhimento à demanda espontânea deste público e a realização da consulta de primeira vez do recém nascido, bem como da

<sup>3</sup> Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=VI82pZq0k4Ew9cDOeiTW34U>. Consultado em 10/01/2023.

consulta de primeiro mês de vida. Por não dispor de recomendação para a organização das consultas subsequentes, deixa facultado aos trabalhadores das unidades de saúde a organização da agenda, segundo as necessidades observadas no território (RIO DE JANEIRO, 2020c, p. 4).

Neste período, as equipes da APS que a pouco haviam iniciado as atividades na nova realidade imposta, encontravam-se participando de treinamentos de ressuscitação cardiopulmonar, intubação orotraqueal, utilização de equipamentos de proteção individual de insumos em geral mais reservados para uso hospitalar. As UAP eram reconhecidas como principal local de testagem e atendimento de casos de síndrome gripal, em qualquer nível de gravidade.

A cada momento, o mundo se deparava com novas recomendações, derivadas das novas descobertas relacionadas à propagação viral, a fisiopatologia da infecção e suas consequências individuais, sanitárias, econômicas e sociais. Além das medidas de redução de aglomerações e trânsito de pessoas, foram construídos no município hospitais de campanha, organização de hospedagem de idosos moradores de áreas de vulnerabilidade e abrigo de pessoas em situação de rua, com vistas a redução dos contágios pela covid-19.

O ano de 2020 no MRJ também foi marcado por estratégias de contingenciamento e parcerias com entidades da sociedade civil organizada, na tentativa de mitigar os impactos socioeconômicos, como a distribuição de cestas básicas, material de higiene e de proteção individual para trabalhadores e população em situação de vulnerabilidade. Cabe mencionar que, no segundo semestre do ano de 2020, ocorriam no MRJ as eleições para prefeito, com consequente mudança de gestão em 2021.

Em 17 de janeiro de 2021, uma enfermeira da linha de frente aos atendimentos a covid-19 de um hospital de São Paulo receberia a primeira dose de vacina contra a covid-19 aplicada no Brasil. Este marco histórico deu início a renovação da esperança da população com a possibilidade da redução das infecções, da gravidade dos casos e da mortalidade.

Neste ínterim, o cenário da APS carioca encontrava-se ainda desfavorável. O “remodelamento” iniciado em 2019 culminou em redução da cobertura de atenção primária para 45,98% - segundo dados do Website eGestor Atenção Básica<sup>4</sup> - e as equipes foram desafiadas a assumir o protagonismo em uma das mais importantes medidas de combate à pandemia: a vacinação em massa da população. Até meados de dezembro de 2021, através do esforço de trabalhadores, profissionais de saúde, gestores e voluntários, foram aplicadas

---

<sup>4</sup> Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>> Acessado em: 02/04/2023.

11.640.729 doses de imunizantes contra covid-19 no MRJ, representando 87,5% de pessoas vacinadas com a primeira dose ou dose única da vacina.

Foram organizados inúmeros pólos de vacinação distribuídos pelo município. Uma das estratégias utilizadas foi a organização de postos de vacina externos (PV-externo) em modelo *drive thru*, utilizando espaços como estádios esportivos e parques para facilitação de locomoção e parceria com Escolas de Samba e casas de show para utilização dos espaços que pudessem comportar a massa de pessoas transitando, evitando aglomerações.

Vale lembrar que cada aplicação de novas medidas para vacinação ou testagem exigia reorganização dos serviços da APS, pois era necessário deslocamento de pessoal para assumir os novos postos criados, extensão dos horários de trabalho e desvio de algumas atribuições para apoio na logística de planejamento, montagem, gestão de recursos e de pessoal de cada PV-externo. Cada nova onda de casos demandava da gestão local e da AP criatividade para equilibrar os cuidados ainda exigidos pela pandemia, a sobrecarga conflagrada entre os trabalhadores e os avanços que a nova gestão municipal desejava imprimir na saúde.

Entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022 houve um importante crescimento do número de casos de síndrome gripal no município, sendo representado pela maior onda de casos registrados até então. A chegada da variante ômicron trouxe à tona o preparo aprendido ao longo dos anos anteriores e, embora muitos tenham sido infectados, o número de óbitos reduziu drasticamente.

O processo de retomada do trabalho original das equipes ainda tem sido atravessado pelas atribuições impostas pelo enfrentamento da Pandemia de Covid-19 como: o seguimento de casos de pessoas com sequelas de Covid-19; a monitorização de novos casos que seguem ocorrendo no município; e o manejo da vacinação contra a Covid-19.

Embora as medidas de enfrentamento da pandemia tenham sido flexibilizadas ao longo de 2021 e de 2022, cada onda trouxe impacto no dia a dia de trabalho na APS. A pressão assistencial nas UAP segue, reflexo da demanda reprimida resultante das orientações de distanciamento social ao longo de 2020 e 2021. Apoiar os trabalhadores de saúde na reconstrução do vínculo com os usuários, bem como na reorientação das práticas torna-se um desafio necessário e atual para a gestão.

O cenário caótico induzido pelos acontecimentos políticos, decisões gerenciais e reviravoltas epidemiológicas ocorridas nos últimos três anos exigiu inventividade de todos atuantes na saúde. Gestores e trabalhadores precisaram organizar em meio às condições adversas, meios mais eficazes e efetivos de comunicação, planejamento e ação, que pudessem atender às exigências sanitárias, sem deixar de considerar a sensibilidade e delicadeza frente

ao vivenciado. Pode-se inferir que ter experienciado esse período, fosse em qual frente de atuação, tenha forjado um impulso por mudança na maneira de se relacionar e, porque não dizer, de organizar novas formas de gestão.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 O que o Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro diz sobre Apoio Institucional?

Foi realizada a busca pelo termo “apoio institucional” no Diário Oficial do município do Rio de Janeiro, a fim de identificar processos de implementação do AI na APS carioca. Foram desconsideradas todas as menções das palavras “apoio” e “institucional” isoladamente nesta análise. Posteriormente, foram avaliadas as menções referentes às publicações da Secretaria de Saúde e, destas, separadas para leitura integral aquelas cuja expressão “apoio institucional” seria referente ao modelo de gestão.

Quadro 2 - Total de publicações encontradas no Diário Oficial do MRJ que fazem menção a AI entre os anos de 2009 e 2020

Ano	Menções	SMS-Rio	Válidas
2009	7	1	0
2010	8	2	0
2011	15	1	1
2012	40	1	0
2013	43	4	0
2014	18	0	0
2015	34	0	0
2016	22	1	0
2017	9	0	0
2018	21	1	0
2019	16	2	2
2020	18	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

Fonte: A autora, 2023.



O termo “apoio institucional” foi mencionado 251 vezes entre 2009 e 2020, por diversas Secretarias, em diversos contextos e com significados distintos. Foram no total 14 as menções pela Secretaria de Saúde, sendo 3 consideradas válidas para a análise neste estudo.

Em sua maioria, as secretarias mencionam “apoio institucional” a eventos ocorridos no MRJ, tais como inauguração de instituições públicas, ocorrência de eventos religiosos, festivais culturais, congressos científicos, torneios esportivos, entre outros. Cada Secretaria Municipal utiliza o termo “apoio institucional” dentro de um contexto ligeiramente diferente, embora geralmente relacionados ao apoio administrativo e logístico, que reproduz o conceito de “apoio” como uma função exercida de maneira distante entre o gestor e o executor de um processo ou tarefa (CAMPOS, 2013a).

Há que se reconhecer que, pelo senso comum, a palavra “apoio” isoladamente evoca o conceito de “auxílio” ou “ajuda”. No Dicionário Michaelis encontramos “apoio” como algo que serve para amparar, sustentar, firmar; proteção, ajuda ou socorro; informação, subsídio ou dado que sanciona ou financia alguma coisa. Cada área de conhecimento traz uma leitura de “apoio” algo diferente. Na arquitetura, por exemplo, “apoio” é entendido como “elemento de uma estrutura usada para receber e suportar a força resultante de um arco, abóbada ou montante”. Já na astronomia, como “superfície para suportar carga construída como base sobre a qual se pode colocar uma plataforma de lançamento”.

Seguindo essa semântica, o “apoio” referido por Campos (2013a) como “postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão (...) um modo complementar para realizar coordenação” (CAMPOS, 2013a. p.85) também traz em seu sentido a dimensão de algo (no caso, alguém) que suporta, ampara e ajuda - por partir de um lugar de suposto saber e/ou de poder institucional - mas que vai além, reconhecendo que “quem apóia sustenta e empurra o outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção” (CAMPOS, 2013a. p.87).

Tal qual o conceito da física newtoniana, onde a força é um agente que tira um corpo do estado de repouso e gera movimento, também o apoiador recebe “carga” a partir da demanda de seus “apoiados”, ao passo que também traz algo externo ao grupo, permitindo que o conjunto, de alguma forma, saia da inércia.

De maneira geral, o termo “apoio” ou “apoio institucional” é utilizado genericamente pelas diversas Secretarias da Prefeitura do Rio de Janeiro quando há alguma relação estabelecida momentaneamente com alguma outra instituição, sem qualquer aplicação do conceito teórico do Apoio Institucional ou Apoio Paidéia apresentado. Mesmo a própria SMS-Rio utiliza o termo “apoio” majoritariamente sob uma ótica de suporte administrativo,

como referindo-se a um “patrocínio”, como por exemplo na organização de congressos ou outros eventos científicos.

Dentre as referências realizadas pela SMS-Rio ao termo “apoio institucional” a partir do conceito estudado nesta pesquisa, destacam-se três publicações, descritas no quadro 3.

Quadro 3 - Lista de publicações válidas analisadas

Ano de publicação	Título do documento
2011	Edital nº 011 de 19 de outubro de 2011: Processo seletivo – seleção de entidades. ANEXO I: Termo de Referência - Projeto de Sustentação das Redes Locais de Saúde.
2019	Resolução SMS Nº 3996 de 26 de fevereiro de 2019: Institui, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Apoio Institucional em Saúde e dá outras providências.
2019	Portaria S/SUBG/CGGP nº 106 de 09 de março de 2019: Dispõe sobre o curso de Apoio Institucional em Saúde e dá outras providências.

Fonte: elaboração própria (2023).

Em 2011 foi lançado o Edital nº 011 de 19 de outubro de 2011 (RIO DE JANEIRO, 2011), sobre um processo seletivo público com objetivo de implantar e manter dispositivos de supervisão clínico-institucionais, sendo o campo de atuação ao serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como por exemplo os CAPS. Em seu termo de referência, o edital explicita o contexto, a proposta, o local de trabalho e as atividades a serem realizadas, justificando-se na necessidade de transformação do modelo hospitalocêntrico, pelo modelo comunitário de atenção psicossocial:

O Apoio Matricial enquanto estratégia de saúde mental na atenção básica auxilia a comunicação e qualificação da rede de saúde a partir de experiência em áreas específicas no território, possibilita criar um **apoio institucional** para promover uma interlocução entre a rede de saúde mental, especialmente os CAPS, e as Unidades Básicas de Saúde, **facilitando a organização do serviço** e do **fluxo de atendimento local**, além de **tornar horizontal** as especialidades e **favorecer a interdisciplinaridade**. Contribui, portanto, para ampliação da clínica, oferecendo acolhimento, fomentando a lógica da intersetorialidade e **superando a lógica da fragmentação** das especialidades, para alcançar a integralidade do cuidado à clientela com transtorno mental. (RIO DE JANEIRO, 2011 - grifo da autora).

Percebe-se que são aglutinados conceitos do apoio institucional, apoio matricial, da clínica ampliada e da Educação Permanente na construção desta função chamada “supervisão clínico-institucional”. Não surpreende que um dos textos recomendados pelos organizadores

do edital como orientador para facilitar a execução do trabalho tenha a contribuição do autor que descreve o Apoio Paidéia: “Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde” (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Embora haja diferença teórica sobre o apoio matricial (AM) e o AI, o conceito exposto no edital se aproxima ao delineado pela teoria Paidéia e os objetivos do AI anteriormente apresentados. No documento, está clara a intenção de trabalho pautado na gestão de redes de atenção, serviços e coletivos - AI - ao passo que há incentivo de que o apoiador não se restrinja ao seu conhecimento específico, possibilitando mais do que “somente” a gestão clínica - AM.

Tal formulação está em consonância com o sugerido por Pereira Jr. e Campos (2014), acerca da não fragmentação de atuação de apoiadores. Esses autores defendem que, ao acumular experiências apenas relacionadas a um tema ou rede específica, o gestor terá mais dificuldade em apoiar integralmente o grupo (PEREIRA JR e CAMPOS, 2014, p. 903). Com isso, fica a reflexão sobre a possibilidade de garantia, dentro do projeto exposto no edital analisado, da atuação desses profissionais para além da lógica de apoio matricial (temático), atingindo o restante da rede de saúde, para além da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A segunda publicação analisada é de 2019 e chama muito a atenção pelo teor: trata-se de ato da Resolução SMS nº 3996 de 26 de Fevereiro de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019b) que “Institui, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Apoio Institucional em Saúde e dá outras providências”.

O documento inicialmente discorre considerações sobre a necessidade de qualificação da gestão em saúde com a finalidade de atingir as diretrizes do SUS, através do compromisso com a valorização do servidor público que, segundo o documento, contribuem para a efetividade do SUS quando suas ações estão alinhadas com as diretrizes organizacionais. O texto também traz a consideração de que é dever do agente público atender da melhor forma possível o interesse público, através de prestação de serviço de qualidade e com racionalidade na gestão de recursos financeiros.

Quanto às resoluções, nota-se uma centralidade no servidor público como figura de escolha para a operacionalização do Apoio:

**Art. 1º** Fica instituído o **Apoio Institucional em Saúde** no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde como estratégia para **reorganização da gestão e dos processos de trabalho de cuidado em saúde** do Município do Rio de Janeiro.

**Art. 2º** O Apoio Institucional em Saúde será **operacionalizado por servidores do quadro permanente**, consoante definição do Art. 26 da Lei nº 1.680, de 26 de março de 1981, que “dispõe sobre o plano de cargos, carreiras e remuneração dos

servidores do Município, fixa a remuneração no Serviço Público Municipal, estabelece a estrutura básica da administração pública, e dá outras providências.

**Art. 3º** O servidor municipal interessado em participar do Apoio Institucional em Saúde **deverá participar de um curso de capacitação** a ser oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Art. 4º** Fica a Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas **responsável pela capacitação dos servidores municipais** interessados em participar do Apoio Institucional em Saúde. (RIO DE JANEIRO, 2019b - grifo da autora)

Observa-se a influência da PNH (BRASIL, 2010) e da PNAB (BRASIL, 2017) na lógica referida pelo documento analisado quanto ao AI como estratégia tomada para “reorganização da gestão e dos processos de trabalho de cuidado em saúde do Município”, o que expressa um aparente desejo pela mudança. Além disso, o documento indica a necessidade de ocorrer um treinamento para aqueles interessados em "participar" do dito “Apoio Institucional em Saúde”.

A compreensão sobre sua atuação e o escopo das suas atividades é de grande valia para o apoiador institucional, evitando-se que seu papel esteja restrito a repassar instruções técnico-administrativas (BRITO et al, 2021). Não há, porém, no documento analisado, aprofundamento sobre as competências, atribuições e responsabilidades esperadas deste servidor que “participará do Apoio”, citando sucintamente que o Apoio Institucional em Saúde estaria “instituído”. Com isso, não ficam claros os meios de promoção da transformação da gestão, conforme mencionado no artigo primeiro da resolução.

Também não há descrição do local de atuação deste apoiador, seja no tocante à esfera de atenção à saúde, seja na localização do organograma da SMS-Rio. Seriam criados novos cargos? O trabalho estaria direcionado às equipes da APS, aos gestores das policlínicas ou às direções de hospitais municipais? Quantos apoiadores estariam previstos? Como se daria esta operacionalização mencionada? Questionamentos que este documento não permite responder, embora abra margem para presumir que o AI estaria sendo “destacado” das atribuições dos gestores para ser aplicado por um grupo específico de servidores.

Tal nuance se afasta do pressuposto da “não fragmentação” que o AI traz: destacar apenas um grupo de servidores para conduzir AI - sem incentivar que outros setores mudem a lógica de atuação - é arriscar reproduzir um modelo pouco integrado de gestão, “terceirizando” a este grupo a responsabilidade de “operacionalizar” apoio. Corre-se o risco de não atingir a transformação proposta no documento, caso não haja aprofundamento da integração intersetorial dentro da própria SMS-Rio. Limitar o exercício de apoio a um cargo

pode reduzir os espaços possíveis de aplicação da metodologia do AI e, conseqüentemente, sua potência enquanto indutor de mudança de cultura organizacional.

Vale refletir ainda sobre a intencionalidade da instituição do AI, sendo operada por servidores públicos do quadro permanente do Município. Por um lado pode-se compreender como uma estratégia de valorização deste profissional, conforme enunciado nas considerações do documento. Por outro, a escolha por este grupo de profissionais também significa um meio de atender à “racionalidade da gestão de recursos financeiros”, não havendo necessidade de novas contratações. Entretanto, não fica explícito se estes servidores seriam remanejados de cargo, garantindo exclusividade de atuação como “apoiador institucional”. Tampouco há outros critérios de seleção para esse grupo de apoiadores, além do interesse do próprio servidor em participar.

Importante mencionar que uma das medidas da reforma da APS no MRJ foi agregar o apoio de OS à gestão (SORANZ, 2017). As OS assumiram, dentre outras funções, a contratação de RH para atuar na APS, desde profissionais das eqAPS até alguns gestores atuantes nas CAP e outras esferas de gestão. Dessa forma, nem todos os componentes da gestão da saúde no MRJ são servidores públicos e, mediante a resolução analisada, não poderiam ser selecionados para as atividades de AI.

O documento aponta a necessidade de “capacitação” para que estes profissionais exerçam suas atividades, atribuindo à Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas a responsabilidade por este treinamento. O Curso de Apoio Institucional em Saúde é, então, oficializado na Portaria S/SUBG/CGGP nº 106 de 09 de março de 2019, o terceiro e último documento analisado.

As considerações respondem a algumas lacunas abertas pelo documento anterior. Das atividades que seriam exercidas pelo grupo de servidores que prestaria o AI no MRJ, destacam-se:

(...) fomentar a qualificação da gestão em saúde, por meio da potencialização de parcerias; do incentivo às boas práticas assistenciais; do aperfeiçoamento do uso e do controle dos recursos públicos e da integridade no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2019c)

Embora não expresse uma conceituação do que a SMS-Rio entende por AI, este trecho traz algumas atribuições do apoiador institucional, bem como habilidades, conhecimentos e atitudes esperadas para o exercício da função, sendo elas a articulação da rede de saúde (potencialização de parcerias), conhecimento técnico (boas práticas assistenciais) e gestão

financeira (uso de controle de recursos públicos). Assim, entende-se que o apoiador terá papel na articulação da rede, além de ser uma referência técnica, garantindo produção de um bem comum à gestão municipal (integridade no âmbito da SMS-Rio), em conformidade parcial com os conceitos apresentados.

Ainda não fica explícito, contudo, se o local de atuação deste grupo de apoiadores permitiria abertura e autonomia suficiente para ir além do papel de articulação de rede, conseguindo atingir a articulação de coletivos e o desenvolvimento integral de pessoas, exercitando de fato a metodologia paidéia (CAMPOS, 2013b).

Na sequência, o documento elabora os objetivos do curso de formação de apoiadores institucionais, a duração do curso e demais formalidades, como a distribuição das aulas em modalidade teórica e prática, percentual de frequência do participante exigido para aprovação e orientações quanto às inscrições. Com relação aos participantes, a resolução segue a orientação do documento anterior, restringindo a participação aos servidores municipais integrantes do quadro permanente de pessoal.

O documento não se aprofunda nas técnicas de gestão a serem abordadas nas aulas teóricas, limitando-se a expor o objetivo do curso em apresentar aos participantes um “conjunto de conhecimentos” que favoreçam sua atuação como apoiadores para a “ampliação e aprimoramento do cuidado em saúde”. Aparentemente o objeto de trabalho dos apoiadores institucionais, neste caso, estaria mais voltado à qualidade técnica da produção do cuidado, sem mencionar o exercício da cogestão como indutor de reflexões e intervenção sobre a realidade das equipes (CAMPOS et al, 2014).

O documento explora em seu artigo 3º o plano pedagógico do curso, estipulando a proporção da carga horária teórica e prática, os horários de encontros, média para obtenção de aprovação e metodologias de ensino:

Art 3º - § 2º As aulas teóricas serão baseadas no processo de aprendizagem vivencial. O conteúdo das aulas serão trabalhados em aulas expositivas; ensino com debate; estudo em grupo; dinâmica de grupo; e estudos de casos com solução de problemas. (RIO DE JANEIRO, 2019c)

A aprendizagem vivencial pode ser caracterizada como uma teoria de aprendizagem experiencial descrita por David Kolb em 1980, baseada nos pressupostos construtivistas e socioconstrutivistas. Este autor defende que as experiências e vivências do educando potencializam a consolidação de informações e utilização dos novos conhecimentos adquiridos (ILLERIS, 2013). Este conceito se aproxima da prática da Educação Permanente

em Saúde na espiral da observação da realidade, problematização da prática, ressignificação e transformação de ações (FRANCO et al, 2012, p. 56).

A proposta de estudos de casos com solução de problemas também é promissora para o curso, considerando as atividades do apoiador institucional e converge com a literatura no tocante à importância da elaboração de projetos de intervenção de forma participativa entre gestores/apoiadores e equipes como potência para construção da cogestão e aumento da capacidade interventiva das equipes apoiadas (CAMPOS, 2013b, p. 33).

Contudo, os artigos 4º e 5º da resolução dão margem à interpretação de ainda não haver um plano consolidado de trabalho para os formandos no curso de apoiadores:

Art. 4º O candidato que for aprovado no curso de Apoio Institucional em Saúde do Município do Rio de Janeiro fará automaticamente **parte do banco de talentos** da SMS-Rio.

Art. 5º As inscrições, o período e o local do curso de Apoio Institucional em Saúde do Município do Rio de Janeiro **serão divulgados por meio de Edital** a ser publicado no Diário Oficial do Município. (RIO DE JANEIRO, 2019c, grifo da autora).

O documento não deixa claro o período em que os egressos do curso iniciariam suas atividades. A configuração de um “banco de talentos” pressupõe que os formandos ainda aguardariam direcionamento sobre lotação, cargo, atribuições e plano de trabalho.

Houve, portanto, iniciativa de formalizar o AI como metodologia de gestão de saúde no MRJ. No que diz respeito ao edital mencionado no artigo 5º, a busca em diário oficial foi estendida para os anos subsequentes, porém sem retorno. Durante as entrevistas também foi perguntado sobre o edital mencionado, entretanto concluiu-se que a iniciativa do curso não seguiu adiante, presumidamente devido ao estopim da pandemia de covid-19 e, em seguida, pela mudança da gestão municipal ocorrida após as eleições de 2020.

Verifica-se, portanto, a influência do Método Paidéia na abordagem do AI nos documentos analisados, destacando o interesse da gestão atuante em 2019 na formulação de um grupo de apoiadores institucionais para atuação na SMS-Rio. Em contrapartida não se pode afirmar que este projeto estaria amparado por outras ações voltadas à mudança da cultura organizacional e do modelo fragmentado e verticalizado tradicional de gestão.

Faz-se necessário ampliar a busca em outros banco de dados, a fim de verificar se houveram outras publicações do MRJ relacionadas ao tema, seja fomentando o AI como metodologia de gestão, seja retomando a proposta de organização de curso de formação para grupo de apoiadores institucionais.

## 5.2 Análise das entrevistas

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 9 profissionais atuantes em 8 das 10 CAP do município do Rio de Janeiro. Vale mencionar que a não representatividade das 10 CAP previstas no projeto de pesquisa se deu por falta de adesão de alguns convidados, incompatibilidade de agendas para os encontros e a necessidade de encerramento da coleta de dados para cumprimento do prazo estipulado no cronograma. As entrevistas coletadas são, portanto, um recorte da realidade do MRJ no período estudado.

No momento da entrevista, os participantes ocupavam os cargos de: coordenação geral de área de planejamento, coordenação médica, regulador do NIR ou direção de DAPS. A fim de preservar a identidade dos entrevistados, cada um deles foi relacionado à letra E (entrevistado), seguida de um numeral (E1 a E9).

Após transcrição e leitura em profundidade do material, os temas que emergiram foram organizados em subcategorias e categorias, norteadas pelos pressupostos teóricos, a saber: a) “motivação e lugar de fala”; b) “operacionalizando a gestão”; i) “compreensão sobre AP”, ii) “estratégias para aplicação do AP”; iii) “construção do perfil profissional”; iv) “desafios em “ser ponte””; v) “avanços percebidos”; e c) “e a educação permanente?”. Os resultados e discussão após a análise estão elencadas abaixo, juntamente com a identificação social e profissional dos entrevistados.

Como contribuição à análise das entrevistas, a autora, também gestora na APS carioca, incluiu suas reflexões pessoais sobre o seu processo de trabalho e construção de sua identidade profissional, sob a ótica da pesquisa, a partir do uso do diário de campo.

### 5.2.1 Identificação social e profissional: lugar de fala, de saberes e motivações

*“O SUS ele é feito por pessoas(...). O SUS sou eu, é você” (E3)*

Com relação ao perfil social e profissional dos gestores entrevistados, o grupo foi representado por 5 mulheres e 4 homens, sendo eles 4 representantes da categoria médica, 3 da enfermagem e 2 da odontologia. No que se refere à educação continuada, 7 entrevistados fizeram residência/especialização em saúde da família ou em saúde coletiva e 4 concluíram o



mestrado nas áreas de saúde pública ou atenção primária. Cinco entrevistados chegaram a exercer função de preceptoria de residentes durante a sua trajetória profissional.

Dentre os entrevistados, o maior tempo de atuação no cargo foi de 4 anos e o menor de 5 meses. Porém a maior parte dos participantes - à época da realização das entrevistas - estava atuando há cerca de 2 anos no cargo, o que coincide com o momento da mudança da gestão municipal. A movimentação de pessoas entre cargos, após transição de governos é comentada por E1, com relação à descontinuidade de agendas e projetos:

“(...) a gente percebe que a cada mudança de prefeito ou de subsecretário, (...) roda quase todo mundo. Dificilmente você vê diretores e coordenadores que conseguem se sustentar em mais de um ou dois governos e isso é natural. Nessas escolhas a gente percebe escolhas mais técnicas e outras não, ainda reproduzindo algum modelo...” (E1)

Já sobre o espaço de formação e atuação, a maior parte das trajetórias acadêmicas e profissionais ocorreram no SUS e, mais especificamente, na APS. Todos os entrevistados referem ter atuado na assistência direta a usuários, como integrantes de eqAPS ou gerentes de UAP. Dos 4 médicos, 2 exerceram função de RT Médico nas unidades em que trabalharam e uma entrevistada relata ter apoiado a direção de uma das unidades onde atuou. Os enfermeiros já haviam atuado como RT de Enfermagem ou como gerentes de UAP e os cirurgiões dentistas também tiveram experiência como gerentes de unidades, tendo um deles também atuado enquanto dentista de eqSF. Com isso, pode-se afirmar que a gestão à época valorizou o saber técnico e experiência de atuação na rede de APS como fator de escolha para priorizar a lotação de pessoas em cargos estratégicos.

A experiência de ter atuado na ponta da rede, com assistência direta aos usuários, é relatada pelos entrevistados como potencialidade para o exercício de funções gerenciais e de planejamento, podendo ser enxergada como resultante da construção de um olhar mais sistêmico:

“A assistência faz uma boa base para eu chegar na gestão, o fato de eu ter ficado sete anos na ponta, na saúde da família e na preceptoria, (...) e logo em seguida o convite pra vir pra CAP (...) Essa conjunção de situações hoje me dá uma ampla visão ai da rede do SUS.” (E2)

“(...) trazer a experiência da ponta para a gestão, a gente via o quanto que isso contribuía na hora das tomadas das decisões e da elaboração as diretrizes (...)” (E7)

O conhecimento de causa também permite aos gestores identificar as necessidades de uma equipe, suas fragilidades e potencialidades, além de facilitar a comunicação e a

abordagem ao grupo de maneira mais horizontal. É relatado pelos gestores que a vivência na assistência influencia, inclusive, a forma como são recebidos pelos grupos com quem vão realizar alguma atividade, como resume E8:

Acho que o caminho é fundamental pra você saber o lugar do outro. E às vezes as pessoas nasceram num espaço muito distante do espaço da ponta. O espaço da ponta te dá a vivência e a experiência acumulada pra você saber dialogar com aquele lugar. E isso me ajuda muito a conversar. (...).

Embora nem todos os entrevistados relatem tão explicitamente uma motivação para atuar na saúde pública, é perceptível uma afetividade pela escolha da APS como campo de trabalho, transparecendo um senso comum de compromisso e, até mesmo, de propósito. Pode-se dizer que é comum aos gestores a dedicação ao trabalho, numa perspectiva de contribuição para melhoria dos processos em prol do usuário, do trabalhador e da comunidade, como exemplifica E3:

“É muita responsabilidade social. Você agora vai ter que voltar pro território onde você nasceu, onde você cresceu e mudar a vida da população que mora ali, que reside ali. Então, além de ter a questão do trabalho, além de ser técnico, satisfatório pro cargo, eu tenho muita força de vontade de fazer as coisas acontecerem, porque eu nasci aqui, eu cresci ali. Diferente dos artigos científicos eu sei o que é, quais são as reais necessidades da população. Eu sei o que é sentir dor e ir pra casa, eu sei a diferença que faz a saúde bucal da unidade funcionar.”

Outros entrevistados compartilham da mesma motivação de qualificar o cuidado, com objetivo de facilitar o dia a dia dos profissionais da assistência, com quem trabalham diretamente. Pode-se interpretar que, para este grupo de gestores, o fato de ter vivido desafios na ponta influencia esta atitude, o que pode ser percebido através da fala de E9: “(...) tem também alguns objetivos, da gente tentar melhorar o fluxo, melhorar o processo de trabalho, facilitar o processo de trabalho para quem está na ponta.”

A prática recheada de sentido é fundamental para redução de mecanização do trabalho e aumento da satisfação do trabalhador (MAZUELO, 2017) e este movimento de conjunção de sentido ao cotidiano de trabalho vem à tona no discurso dos entrevistados como fundamental para seguir atuando, como conclui E1: “(...) essa questão da motivação vem muito de cada um entender o porque que acorda e sai da cama. Se você pensar que é apenas para ganhar dinheiro e aquele dinheiro não vai satisfazer (...)”.

### 5.2.2 Operacionalizando a gestão

O MRJ apresenta uma heterogeneidade de necessidades em saúde, inerentes às cidades desse porte. Por isso, as CAP são responsáveis pela gestão da APS em cada AP. Porém, é importante problematizar que a comparação entre AP deve ocorrer de forma cautelosa e crítica. Como mencionado anteriormente, cada AP possui territórios de dimensões geográficas distintas, que incluem diferentes número de unidades básicas e outros dispositivos de saúde. A RAS de cada AP é única, com mais ou menos diversidade e quantidade de serviços, exigindo articulações diferentes de cada CAP. Não obstante, o perfil sociodemográfico também é variável de uma AP para outra, ampliando o desafio em traçar comparações.

Um terceiro ponto é a composição da equipe de gestores das CAP, também variável entre as APs, resultando em maior ou menor número de pessoas em cada setor. Isso envolve uma série de consequências, especialmente no que diz respeito à operacionalização de ações gerenciais, de planejamento e monitoramento. Gestores de CAPs com quadro mais enxuto tendem a acumular mais atribuições, ao passo que outros podem repartir tarefas em equipes mais amplas, impactando nas atividades cotidianas.

Foi solicitado aos entrevistados que contassem sobre suas atividades do dia a dia, em especial sobre a compreensão de suas funções e sua atuação junto às eqAPS na perspectiva do AI. As diferentes realidades territoriais produzem experiências de gestão distintas. Entretanto, observa-se que os desafios em construir uma identidade profissional e manter atividades neste nível de gestão são similares, além de ser frequente o relato sobre a atuação enquanto apoio. Com isso, destacam-se as subcategorias abaixo, que dizem respeito à concepção que os entrevistados têm sobre o conceito de AI, as estratégias utilizadas para aplicar o AI, os desafios compartilhados e os avanços percebidos.

Compreensão sobre Apoio Institucional: conceituação

*“(...)esse conceito de apoio institucional não é um conceito simples...” (E8)*

De acordo com o exposto na PNAB, o AI é sugerido como uma das estratégias a ser utilizada por gestores a fim de “transformar os processos de trabalho no dia-a-dia”, reformulando o modelo “tradicional” de se fazer gestão (BRASIL, 2017). Embora não seja detalhado pela política o *meio* que essa metodologia se dá, pressupõe-se que sua aplicação seja baseada em relações horizontais entre trabalhadores e gestores, partindo dos problemas do cotidiano.

Percebeu-se que os entrevistados que atuavam como coordenadores de área e diretores de DAPS tinham mais proximidade teórica com a temática da pesquisa, fosse por experiência profissional anterior ou formação acadêmica. Das definições mencionadas por este grupo, pode-se resumir que há um consenso sobre o AI ser uma ferramenta ou metodologia de gestão que tem objetivo de ajudar, mediar, construir e reconstruir processos de trabalho de forma transversal e ampliada, considerando as fragilidades e potências individuais e coletivas das equipes apoiadas: “Eu acredito muito no apoio enquanto dispositivo, estratégia e ferramenta (...) Um grupo com um olhar ampliado, com capacidade de fazer intervenções em todos os aspectos” (E1). É possível inferir que este grupo de gestores optou por conduzir suas equipes dentro da lógica de intervenção participativa, priorizando componentes de equipe com conhecimento técnico e sensível às necessidades emergentes do território.

Já aqueles entrevistados que ocupam cargos mais técnico-operacionais, como coordenadores médicos e integrantes do NIR, relatam não ter familiaridade com o conceito de AI, embora identifiquem que suas atribuições estejam voltadas à perspectiva de suporte às equipes de saúde. Ao serem incentivados a contar sobre seu cotidiano, o relato circula por atividades de identificação de nós críticos nos processos de trabalho, orientação sobre fluxos da rede de saúde, orientações técnicas, discussão de casos complexos, incentivo ou aplicação de atividades de educação permanente, mediação de conflitos e articulação intersetorial.

Em sua maioria, este grupo de profissionais tem maior dificuldade em delimitar suas funções, o que é atribuído à falta de orientação ao assumirem seu papel. Dessa forma, atuam de forma empírica no cotidiano, priorizando a proximidade com as equipes de saúde e o ‘saber fazer’ como base para a operacionalização do trabalho. Tal questão pode ser explicada pelo fato de não haver explicitado no organograma das CAP a figura e atribuições do coordenador médico, por exemplo.

Esse fato confirma em parte o estipulado na hipótese desta pesquisa. Percebeu-se o desconhecimento teórico sobre o AI por parte dos entrevistados, ainda que eles dirijam suas ações de forma integrada às equipes apoiadas. A experiência prática na assistência é relatada como de grande valia para sua atuação na gestão. Também percebe-se a importância da inclusão dos trabalhadores apoiados na construção dos projetos, seguindo o pressuposto do apoiador fazer *com* e não *pelos* coletivos:

“Por exemplo, a gente internamente aqui na CAP está pensando em algumas questões para não ficar só na cobrança, (...) como que eu cobro isso da unidade sem [dizer] “você tem que bater a meta, você tem que colher tantos preventivos”? Então a gente pensou em fazer o inverso, [perguntar] como as unidades podem fazer para atingir aquele indicador. E não a CAP falar “vocês tem que bater 100 preventivos

por mês”. (...) O Apoio Institucional para mim vem numa coisa de você estar mais próximo, mais presente, dizendo “eu tô aqui junto com você pra dividir essas questões”.”(E6).

“Eu me sinto advogando pela ponta, sabe? Essa coisa de advogar pelo meu paciente. Hoje meu paciente não é um indivíduo, mas eu encaro as unidades como sendo, então eu me sinto nesse papel de defender os RTs e os profissionais como um todo, de garantir um ambiente apropriado com material...” (E7)

É destaque nos discursos desse grupo de entrevistados que, por mais que não estejam conscientes da nomenclatura do Método Paidéia, por exemplo, o fio condutor de suas ações segue a tendência da coletividade, da valorização do conhecimento do outro, da educação permanente baseada nos problemas identificados no cotidiano dos trabalhadores e na construção coletiva de planos de intervenção. Pode-se dizer que a construção da identidade profissional deste grupo, dentro da lógica da APS, promoveu a aquisição de habilidades e desenvolvimento de atitudes que favorecem a cogestão, o olhar ampliado e a integralidade.

Nesse sentido, destaca-se o exemplo da figura do coordenador médico de CAP: em 2021 houve direcionamento por parte da SMS-Rio de que todas as AP deveriam contar com um médico especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC) atuando na função. Observa-se que o médico de família e comunidade pode contribuir para implementação da metodologia de AI na gestão, uma vez que os princípios fundamentais desta especialidade (ALLEN et al, 2002) em muito se assemelham ao preconizado pelo Método Paidéia: incentivar autonomia, resiliência e participação de pacientes (garantir o protagonismo das equipes/trabalhadores); desenvolver abordagem integral, incluindo abordagem comunitária (articulação de coletivos); estimular habilidades de desenvolvimento, planejamento, execução e avaliação de programas de atenção integral, juntamente com as equipes de saúde (habilidades de gestão e construção de Projeto de Intervenção<sup>5</sup>); além de garantir excelência técnica das ações realizadas.

Entretanto, faz-se necessário esclarecer e formalizar a definição do escopo de atuação destes profissionais (BRITO et al, 2021, p. 1383) a fim de evitar que seu papel seja reduzido a uma mera referência técnica formal, minimizando o potencial transformador de reflexão, discussão e análise que podem proporcionar. A avaliação da construção deste cargo, suas atribuições, atividades cotidianas e resultados de suas ações requer um estudo e aprofundamento à parte.

---

<sup>5</sup>“Projeto de Intervenção”, segundo Campos (2013b), devem ser construídos de maneira coletiva, a fim de aumentar a capacidade de análise e intervenção dos grupos geridos, de certa maneira “obrigando” gestores a “considerar os valores e a cultura da comunidade” (p. 33), visando a transformação verdadeira de processos.

## Estratégias de Apoio Institucional

*“Para você mudar uma realidade é preciso mudar toda uma cultura...” (E1)*

O apoio ocorre mediante demanda e diagnóstico situacional das necessidades locais. Sendo assim, é lógico que cada apoiador trabalhará com *settings* diferentes e recomenda-se que o apoiador possa ter autonomia para articular os objetivos institucionais de acordo com a realidade local, os saberes e interesses dos trabalhadores, estimulando a cogestão (PEREIRA JR e CAMPOS, 2014, p. 903). Para garantir que as atividades gerenciais atinjam o foco principal das ações em saúde - que é a defesa da vida através da produção do cuidado - Merhy (2006) sugere que os gestores devem lançar mão de lógicas administrativas eficientes, sem desviar o foco do protagonismo dos trabalhadores (MERHY, 2006, p.15-16).

Nesse sentido, identifica-se ao longo das entrevistas que houve investimento em diversos arranjos para a implementação do AI nas CAP do MRJ com a mesma intenção, reconhecendo uma fragilidade técnica da rede assistencial, um afastamento dos pressupostos das atividades da APS e uma percepção de gestão punitiva e fiscalizadora prévia. Esses elementos estão presentes na descrição das atribuições e processos de trabalho deste grupo de entrevistados, além de referências à perspectiva do Apoio Paidéia: interativo, colegiado, valorizando o saber e o pensar do grupo, autorizando-se a receber críticas em favor de mudanças (CAMPOS, 2013a). Nesse aspecto, destacam-se as falas de E8 e E5:

“Eu trabalho muito próximo com os gestores e profissionais, sobretudo as grandes lideranças técnicas das unidades de saúde, que são os responsáveis técnicos. Esse é o meu principal eixo de trabalho. A gente tem um trabalho que é direcionado pela SUBPAV(...) e a gente tem que reproduzir ele dentro do nosso microterritório (...). E trabalhamos com nossos indicadores de saúde prioritários, organização do processo de trabalho em equipe, equipe CAP/gestores e principais lideranças que são os RTs (...).” (E8)

“(...) a gente não trabalha com essa visão vertical, a gente trabalha horizontal. Toda vez que eu vou conversar com qualquer profissional sobre algum indicador eu falo: “se você precisar de ajuda, você me fala. Você não tem que achar que eu estou contra você, a gente está trabalhando junto”. Então vamos construindo.” (E5)

As estratégias de organização do AI adotadas pelas AP representadas podem ser resumidas em:

1. Organização de pequenos grupos de apoiadores institucionais com participação de integrantes da DAPS;

2. Organização de um único grupo de apoio institucional com integrantes de setores diversos da CAP;
3. Figuras de referência de apoio técnico-assistencial integrantes da CAP que forneçam apoio, sem necessariamente constituírem um grupo.

Cabe mencionar que não houve criação de nenhum novo cargo com a aplicação dessas estratégias. Ao contrário, todos os gestores envolvidos mantiveram suas atribuições relacionadas aos cargos originais, incluindo a estratégia adotada pela coordenação de cada CAP. Destacam-se três estratégias de apoio relatadas pelos entrevistados. Vale reforçar que em todas as APs encontra-se alguma configuração de iniciativa de AI em movimento, cada uma com grau de maturidade e estágio de implementação diferente. Em algumas, a organização do grupo partiu de uma estratégia de gestão da contratação de profissionais com expertise técnica e gerencial, como exemplifica E5:

“A gente montou um time de pessoas que eram gestoras, digamos “fora da curva”, e colocou elas como apoiadores institucionais. (...) eles eram gestores de unidade e hoje eles são apoiadores CAP. Eu tenho 3 que ficam no DAPS, 2 que ficam no DICA e 1 que perpassa DVS, então esse grupo une todos os setores e conversam na linguagem do gestor. (...) um grupo que entende o que é necessário, mas que sabe o que ‘tá rolando’ na ponta. Você não descola da ponta.”

Em consonância com o discurso dos outros entrevistados, a premissa de que os atores que prestam apoio às equipes tenham experiência de trabalho na assistência é avaliada como primordial para que o trabalho ocorra. Parte-se do pressuposto que o sucesso deste modelo se pauta no conhecimento prático dos atores envolvidos em gestão, sua proximidade com as equipes apoiadas (no sentido de reconhecimento das dificuldades) e a potencialidade de integração entre os setores da CAP.

Pereira Jr e Campos (2014) comentam que “se o apoiador acumula experiências e saber específicos apenas em uma rede ou especialidade, ele terá dificuldades em dar suporte ao coletivo de gestores das regiões de saúde” (PEREIRA JR E CAMPOS, 2014, p.903), dada a complexidade da vivência na rede. Tal conceito pode ser visto aplicado neste modelo de AI apresentado por E5, uma vez que intencionalmente o grupo de apoiadores está lotado em setores diferentes da CAP e é composto por diferentes categorias profissionais.

Já outras áreas identificaram a necessidade de qualificação do grupo estipulado, para condução da tarefa do apoio. Entretanto, é de comum acordo a todos os entrevistados que a

mudança do paradigma de gestão “verticalizado” para um modelo mais “horizontal” requer sensibilização dos gestores e equipes, como comenta E1:

“(…) Seria uma prioridade de fato poder trabalhar de forma mais qualificada a questão da gestão, mas é complicado. Para você mudar uma realidade é preciso mudar toda uma cultura e uma cultura não se muda da noite para o dia. Não adianta você ter as ferramentas de gestão e toda a teoria, você precisa mudar uma cultura. É preciso ter isso para te dar sustentabilidade no processo.”

Ao contar sua experiência, E2 demonstra uma etapa prévia à constituição do grupo de apoiadores da AP de referência. Identificou-se que o grupo em questão não tinha subsídios técnicos sobre ferramentas de gestão e apoio institucionais. Assim, foram organizadas etapas de apresentação aos profissionais da CAP e, posteriormente, das eqAPS sobre a proposta de apoio institucional, configuração de grupos de apoiadores e sua atuação. Foi elaborada uma oficina para discussão de artigos sobre AI e realização de dinâmicas com discussão de casos complexos com objetivo de consolidar a teoria do apoio. Vale mencionar que este foi o único exemplo que surgiu durante as entrevistas de uma organização mais concreta e organizada de educação permanente para os gestores, antes de iniciar o modelo local de apoio institucional.

“(…) a proposta era que os setores [da CAP] trabalhassem na perspectiva desse apoio. A gente fez algumas oficinas antes de começar, (...) fez grupos no *WhatsApp* justamente para explicar o apoio, entender qual era a nossa proposta (...) que não era algo impositivo, que não era algo para tirar autonomia do gestor [das UAP] (...) não podemos desconsiderar o protagonismo dos profissionais que fazem parte daquela unidade” (E2)

Também foi considerado por esta CAP o interesse e avaliação dos próprios participantes a disponibilidade e identificação com o papel de apoiador, inclusive com o grupo que seria apoiado. E2 comenta, porém, que um dos desafios para a implementação e continuidade desta estratégia é a rotatividade de profissionais, sendo necessário reconstruir não apenas o vínculo criado entre gestor e eqAPS, mas a própria lógica de trabalho, a cada nova chegada.

A necessidade de qualificação dos gestores que atuam como apoio também foi uma prioridade na estratégia apresentada por E8:

“Eu fui estudar muito o que era apoio institucional na CAP (...) não é simples chegar num consenso do que que é apoio institucional. (...) A gente conseguiu avançar, mas menos do que eu gostaria, porque pra isso, esses profissionais precisam compreender o que é o apoio institucional. Porque não são profissionais formados para isso (...), nessa percepção de que o AI é um *apoio* e não uma *supervisão*. E essa consolidação também parte de um contexto de que esse conceito de apoio



institucional não é um conceito simples e essa formação dos profissionais para fazer apoio institucional, não é uma formação dada. A gente não tem profissionais que tenham esse perfil.” (E8)

E8 segue elaborando que, embora a CAP tenha constituído um grupo de apoiadores e um roteiro para nortear as visitas institucionais, a execução das visitas de apoio tornavam-se semelhante a “supervisão”, não atingindo o objetivo esperado inicialmente, evidenciando uma lógica fragmentada de avaliação de trabalho e falta de compreensão do proposto pelo Método Paidéia. Identificou-se, então, que o trabalho “precisava ser para dentro e não para fora” (E8), no sentido da necessidade de qualificação dos profissionais participantes deste grupo de apoio.

Com isso, organizou-se uma agenda de reuniões semanais com o grupo de apoiadores, para atividades de educação permanente. Segundo E8, os avanços na implementação do apoio ainda são incipientes à expectativa, embora reconheça que houve desenvolvimento e fortalecimento técnico da equipe durante o processo. A garantia de espaços de reflexão, discussão e análise do processo de trabalho são fundamentais para formação de apoiadores, considerando este ser um processo de aprendizado dinâmico, que ocorre na prática, no processo de apoiar (Campos, et al. 2014).

Construção da identidade profissional: o que é preciso para “ser apoio”

*“Tem que ter empatia, disponibilidade, tem que saber ouvir.” (E6)*

Campos (2013a) considera que o AI pode ser realizado em diferentes lugares institucionais, como por exemplo: um lugar de poder institucional (dirigentes de organizações), um lugar de suposto saber (consultor, assessor), lugar de paridade (membro da equipe) (p. 93). Para este autor, mesmo os apoiadores que ocupam cargos de poder institucional podem enriquecer discussões e contribuir para a análise e soluções de problemas, quando conseguem, dentre outras ações, “fazer junto com as pessoas e não em lugar delas” (p. 99).

Sobre isso, a PNH (2010) indica que o principal objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde, estando o apoiador atuando em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão” e que a “função apoio” deveria se apresentar “como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria

intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros” (BRASIL, 2010).

Campos aponta, ainda, uma série de recursos metodológicos para auxiliar na “função apoio”, que podem ser resumidas em capacidade do gestor/apoiador de ativar, transitar e incentivar espaços coletivos de construção de planejamento; valorizar o saber e demandas do grupo apoiado, incluindo no processo de qualificação institucional o desenvolvimento e realização profissional e pessoal dos trabalhadores; estimular pensamento crítico e análise pelo grupo, permitindo-se também ser criticado, orientado e apoiado pelo grupo (CAMPOS, 2010, p. 95 - 102).

Pode-se inferir, portanto, que para “ser” ou “fazer” apoio são necessárias uma série de características individuais, para além da mera designação de um cargo. Para que o apoiador atinja seu objetivo geral na coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (BRASIL, 2010), ao mesmo tempo sendo indutor de reflexão e mudança de práticas de coletivos, garantindo que tudo ocorra de maneira a respeitar os saberes e fomentar a capacidade de análise do grupo apoiado, não basta seguir uma “cartilha” de tarefas. Seria necessário um conjunto de saberes, práticas, habilidades e atitudes que conduzam o gestor no caminho da mudança de paradigma.

Tal reflexão vai de encontro ao relato dos gestores entrevistados. É notório que a bagagem de conhecimento e desenvolvimento de habilidades adquiridas ao longo do percurso acadêmico e profissional contribui para a prática na gestão. Nesse sentido, ao longo das entrevistas, os participantes foram estimulados a citar características que identificam em si mesmos ou que consideram importantes para o exercício do apoio.

Percebe-se que as habilidades e atitudes mencionadas trazem perspectiva de alguém compreensivo, compassivo, sensível às necessidades do outro, com olhar ampliado e escuta atenta. Tais características evocam uma maneira de enxergar o mundo e as relações interpessoais muito específica de um grupo que teve sua formação majoritariamente dentro da lógica da APS e seus atributos. Tivesse o grupo de entrevistados outra configuração e circunstância profissional, possivelmente seriam observadas outras prioridades de competência. Em todo o caso, é evidente que esta bagagem de conhecimento e vivência progressos favorece o desenvolvimento das atividades de AI segundo o Método Paidéia.

De todo o modo, para além do campo da subjetividade, alguns entrevistados reconhecem a necessidade de conhecer e aplicar ferramentas de gestão em sua rotina de trabalho. É mencionado, por exemplo, a falta de delimitação prévia das atribuições e domínio sobre técnicas mais gerenciais e administrativas que, muitas vezes, são necessárias para o

exercício da função. Nesse sentido, alguns gestores relatam a necessidade de melhor compreensão sobre suas funções e maneira de conduzir determinadas atividades, através de treinamento prévio ou aplicação de instrumento norteador, que pode ser exemplificado pela fala de E6:

“Uma coisa que entendia-se que era necessário era ter alguém que pudesse dar apoio pelo menos na parte da discussão técnica médica, de contratação desses profissionais, no apoio da discussão de casos.(...) Depois a gente acabou desenvolvendo outras funções, (...) mas se você falar pra mim “quais são todas as suas funções hoje” eu não sei dizer, é difícil. (...) Acho que um instrumento seria válido, no sentido de balizar mesmo o trabalho: o que eu faço quando estou numa visita institucional, o que seria legal abordar, talvez pensar em algumas divisões, não sei... no campo da gestão, o que eu tenho que olhar; no campo da assistência; no campo da ambiência... é necessário, porque as pessoas não sabem fazer (risos) e a gente tá fazendo na prática, na vivência, como eu falei. Eu tô vivendo aqui e nunca li sobre isso.”

É importante ponderar que alguns cargos ainda estão em construção, como o de coordenador médico, por exemplo. De fato, a falta de delimitação de atribuições para este e demais cargos gera margem ao acúmulo de tarefas e sensação de sobrecarga entre os profissionais. Já dentre os coordenadores de área e diretores de DAPS entrevistados, percebe-se ainda a necessidade de amadurecer a discussão sobre uso da metodologia do AI e a transversalidade da gestão para além das discussões acadêmicas, ganhando espaço técnico dentro da própria SMS-Rio:

“Mas só que hoje a gente tem um grande desafio de formação de apoiadores. A gente precisava dar um passo atrás e fazer uma qualificação em apoiadores, porque isso a gente não tem. Isso é o grande nó. (...) Aí volta o desafio: uma coisa é uma CAP pensar dessa forma e tentar se estruturar. Mas se a secretaria não pensa assim, a gente não consegue criar essa bolha. A gente pode ter um olhar horizontal, mas as cobranças serão sempre verticais.” (E1)

Após a análise das entrevistas, como produto e contribuição deste estudo, foi elaborado o quadro a seguir, onde estão dispostas as competências necessárias para a prática do apoio, segundo os entrevistados. As competências foram classificadas em conhecimento, habilidades e atitudes a fim de facilitar a compreensão e utilização desta matriz de competências para uso em futuras oficinas ou treinamentos para gestores sobre as práticas de apoio. Espera-se que, com isso, possam ser aprofundadas as discussões sobre a construção da identidade desses gestores e o aperfeiçoamento de suas ações.

Quadro 4 - Conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas do gestor para a prática do apoio institucional (continua)

<p>Conhecimentos</p>	<p>Formação em APS (residência ou pós-graduação);          Experiência prática na assistência;          Experiência como profissional de equipe;          Experiência como gerente ou responsável técnico de unidade de saúde;          Conhecimento sobre ferramentas de gestão;          Conhecimento sobre o contrato de gestão e plano municipal de saúde;          Conhecimento sobre a carteira de serviços;          Conhecimento sobre a área onde atua;          Conhecimento sobre a rede de saúde.</p>
<p>Habilidades</p>	<p>Habilidades de comunicação;          Gestão do tempo;          Mediação de conflitos;          Capacidade de interpretação de dados e de indicadores de saúde;          Construir planejamento estratégico (em conjunto da equipe);          Construir plano de intervenção (em conjunto da equipe);          Construir planejamento clínico (em conjunto da equipe);          Aplicar pensamento sistêmico;          Ter olhar técnico para espaços da unidade;          Capacidade de gestão de pessoas;          Ter dimensão de clínica ampliada;          Conduzir diagnóstico situacional;          Aplicar e receber feedback;          Conduzir treinamentos teóricos e práticos;          Ter habilidade de escuta;          Trabalhar em equipe;          Manter organização pessoal;          Estabelecer prioridades;          Manejar imprevistos e intercorrências.</p>

Quadro 4 - Conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas do gestor para a prática do apoio institucional (conclusão)

Atitudes	Postura empática; Disponibilidade; Humildade (no saber fazer); Perfil apaziguador; Assertividade; Proatividade; Ser propositivo; Dinamismo; Perfil agregador; Parceiro; Paciência; Persistência; Criatividade.
----------	--

(Fonte: elaboração própria, 2023)

#### Desafios em ser ponte

*“(...) você acaba tendo que apagar incêndios.” (E9)*

Ao mesmo tempo que pode-se considerar a CAP um espaço estratégico para exercício do AI, pela sua proximidade com o cotidiano das eqAPS, das comunidades e território, muitos são os desafios encontrados pelos gestores que ocupam este espaço. Entendendo a CAP como uma “ponte” entre a SMS-Rio (gestão estratégica) e a RAS, em especial os serviços de APS (setor operacional), é possível compreender a complexidade de suas atribuições.

Campos (2013a) destaca que o apoiador deve trabalhar com “uma metodologia dialética que traga ofertas externas e que ao mesmo tempo valorize as demandas do grupo” (p. 97), no sentido de “trazer para a roda” que há metas, prazos, demandas, sem deixar de valorizar e incluir os trabalhadores nas discussões, fomentando a adesão crítica (não automática) às ações (p. 98). Destaca-se, com isso, o primeiro desafio: mediar interesses e expectativas entre o estratégico e o operacional, lidando com as tensões políticas inerentes aos dois campos.

A fim de interromper a fragmentação entre demandas externas e necessidades locais, é preciso que ocorra um processo de reflexão sobre elas, maturação e entrega para o grupo operacional. Para os entrevistados, esse processo de alinhamento entre demandas e

expectativas é valoroso não apenas por aumentar a adesão das equipes às ações propostas, como por abordar as necessidades locais, como destacam E7 e E9:

“Algo que eu sempre tento fazer é, em vez de trazer aquela coisa meio vertical, eu recebo, digiro no sentido de “como vamos levar isso para as unidades” (...), porque nem sempre aquilo tem como fazer em um determinado local (...). Se você sempre leva o impossível, [a equipe] não faz nada. Então eu sempre tento levar aquilo que é possível, claro sempre com bom senso (...).” (E7)

“Acho que nesse sentido a gestão tem um papel super importante, de tentar redirecionar esse olhar: o que está sendo cobrado de fato, sabe? Qual é a motivação para essa cobrança? Sendo que talvez a gente tivesse uma abertura maior, talvez a gente tivesse esse espaço de pensar de fato em estratégias de ações educativas, de ações transformadoras mesmo.” (E9)

Essa fala suscita a hipótese de que a gestão estratégica não compreende as necessidades do setor operacional, tamanha a desarticulação entre o *modus operandi* de ambos. Como consequência, são geradas cobranças avaliadas como burocráticas, mecanizadas e afastadas da realidade das eqAPS e, porque não dizer, da dinâmica da cogestão. Além disso, toca em um outro aspecto, que é a fragilização da educação permanente. Sobre este ponto, Brito et al. (2021) apontam que:

deveria haver congruência de esforços no âmbito político para a desprecarização de vínculos, ampliação da educação permanente e o exercício da nova práxis no campo do trabalho em saúde, rompendo, assim, com o atual modelo caracterizado pela submissão e pela dependência política. (BRITO et al., 2021 p. 1384).

Pode-se afirmar com isso que é necessário aproximar os interesses políticos desses dois campos, a fim de evitar a perpetuação da mecanização do trabalho em saúde, abrindo margem para que as ações de planejamento ou ações em saúde sejam, de fato, significativas para as equipes e efetivas para o território em questão.

A necessidade de seguir uma agenda política, em detrimento de uma agenda de apoio, pautada pelas reais necessidades locais, coloca em discussão o grau de autonomia das CAP. Também deve se considerar as pautas urgentes que emergem no território, como demandas da assistência, no campo operacional que, na maioria das vezes, requerem uma resposta imediata e objetiva. A sobrecarga de tarefas, atrelada ao paradigma de gestão tradicional, pode causar desconforto, *a priori*, nos gestores mais recentes. A fala de E9 reforça a imprescindibilidade de reflexão acerca deste desafio e indica um aprofundamento sobre o tema:

“Mas é importante ver de forma crítica como é essa estrutura desse sistema, como esse apoio se dá e como a gente carrega esse apoio para poder passar pras outras

“pessoas. Será que a gente tá carregando muito mais coisa do que seria pra gente carregar, ou não? Será que a gente tá deixando de carregar, por demanda excessivas, talvez? Na verdade, a gente está deixando de lado coisas que de fato seriam prioridade.”

Nesse sentido, um artifício empregado pelos gestores, também identificado como uma habilidade necessária para conduzir suas atribuições, é a capacidade de priorização de demandas e gestão do tempo. Interessante perceber que, apesar de muitos dos entrevistados alegarem não ter familiaridade com o Método Paidéia, as ações caminham de encontro com os direcionamentos da cogestão e inclusão das necessidades dos trabalhadores da assistência dentre as prioridades.

Um segundo grande desafio relatado pelos entrevistados é a comunicação. Um primeiro aspecto, diz respeito aos meios de comunicação utilizados atualmente, seja para orientações pontuais ou para comunicados estratégicos. Ganha destaque a velocidade e frequência com que a troca de informações e as consequentes devolutivas vem sendo demandadas, o que se reflete numa constante interrupção de atividades. Como resultado, alguns gestores relatam a sensação de baixa resolutividade e produtividade, seja pelo excesso de demandas, seja pela periodicidade com que precisam iniciar novas tarefas: “Mas eu acho que nosso principal trabalho, a gente precisa falar, [é] que a gente apaga incêndio. (E8)”;

“O volume de coisas hoje é um desafio. Se você não ficar muito atento, você tá fazendo uma função e daqui a pouco você é atropelado por uma ligação, por [uma mensagem de] *WhatsApp* que chegou, por um e-mail que veio na frente... ou alguém que te interrompeu para construir um caso. Então eu acho que um desafio é você também conseguir dividir o tempo para cada atividade.” (E6)

Cabe aqui uma consideração acerca das ferramentas de comunicação atuais que vem sendo cada vez mais frequentemente oficializadas em espaços de trabalho, como os aplicativos de mensagem. Ao longo dos relatos dos gestores, todos informaram, de alguma maneira, lançar mão de grupos de trocas de mensagem em seu dia a dia, fosse para receber ou transmitir orientações. Entretanto faz-se necessário ponderar sobre a efetividade e a sustentabilidade a longo prazo deste modelo de comunicação.

Num primeiro aspecto, o volume e velocidade em que os comunicados chegam torna a compreensão, análise e transformação dos dados em informação e conhecimento mecanizada e pouco reflexiva. A possibilidade é que as informações se percam ou que não sejam compreendidas da maneira correta. Num segundo prisma, as trocas de mensagem via aparelho celular criam o pressuposto de disponibilidade absoluta, ocasionando a invasão de horários destinados a outras prioridades, pessoais ou profissionais.

A sobreposição do que é pessoal *versus* profissional, público *versus* privado, sem a devida atenção aos horários designados para o trabalho é reforçada pela urgência na resolução, na pronta resposta. Como consequência, percebe-se gestores e trabalhadores manifestando sensação de improdutividade e desmotivação, culminando em esgotamento físico e mental. Com isso, torna-se indispensável, no futuro, aprofundar a discussão sobre formato de comunicação e cobrança, além de equilíbrio e limites de horários de disponibilidade para o trabalho.

Outro lado da moeda comunicação encontra-se o desafio em garantir que as informações cheguem aos profissionais de maneira uniforme. Os gestores encaram a alta rotatividade de profissionais como um dos nós de impasse para capilarizar recomendações e orientações dentre as eqAPS em tempo oportuno, sendo desafiados a otimizar espaços para o encontro. A mudança constante do corpo de trabalhadores exige a constância de treinamentos sobre temas já abordados e atrasa o cumprimento de metas.

Com isso, pode-se citar, ainda, um terceiro grande desafio que é o da continuidade. A rotatividade de profissionais na assistência, no âmbito operacional, tem tanta influência quanto a rotatividade dos atores políticos da gestão estratégica. Por um lado, há a necessidade de começar do zero, pois a equipe demanda constante treinamento e reorganização de tarefas. Por outro, a mudança de governo gera instabilidade nas esferas da “gestão meio”, pois com ela, o direcionamento, objetivos e lógica de operar. Fica clara a interferência negativa das influências políticas na continuidade das ações de mudança, como relata E1:

“E também existe o atravessamento político do próprio nível central que não tem isso claro, não tem definição de papéis, as coisas são feitas de forma desorganizada e muitas demandas muitas vezes são demandas políticas e a todo momento você interrompe um processo, pq voce precisa atender uma exigência do nível central (...) A gente fica meio “marisco”, muito refém dessas ondas e sobrevivendo. Às vezes é um desgaste que a gestão não quer comprar e se você ousar, tentar mudar alguma coisa, se você não tiver a proteção política, nada vai acontecer. Vai ser um desgaste e vai ficar da mesma forma.”

Santos (2007) pondera que, além dos esforços para mudança empregados a nível da microgestão, não se pode deixar esmorecer estratégias transformadoras a nível central e intermediário da gestão. Já Guizardi et al (2018) identificaram que um dos limites encontrados na aplicação de novas metodologias de gestão estaria, justamente, na tentativa de intervir em outros espaços de poder, o que exigiria maior avaliação, para garantir a sustentabilidade dos processos. Nesse sentido, fica clara a interferência das mudanças políticas sobre a estabilidade da atuação na gestão intermediária.



Por outro lado, durante a fala dos entrevistados, nota-se o desejo pela modificação de toda uma cultura organizacional, menos influenciável por mudanças de política de governo e mais segura do ponto de vista da constante progressão. Com isso, pode-se inferir que a presença de gestores técnicos, a nível da “gestão meio” no MRJ, atuando com olhar diferenciado e qualificado pode potencializar a transformação necessária, garantindo continuidade de ações, apesar dos ventos político-partidários.

A consolidação do AI enquanto metodologia de trabalho para além do micro, sendo praticado desde o nível central da gestão municipal ao longo de toda a cascata organizacional, associada a retaguarda política e estrutural que favoreça sua operacionalização, pode romper com o modelo gerencial que se tem hoje.

#### Avanços percebidos

*"Acho que a cada ano que passa a CAP é mais presente nas unidades e isso não é visto (...) com um olhar de medo." (E7)*

Segundo a PNH (2010), seriam funções do apoiador institucional estar inserido em espaços coletivos, buscando a integração de dispositivos e interação entre sujeitos, incentivando a circulação de saberes e viabilizando construção de projetos, pactuação de objetivos comuns e qualificação de instituições (p.53). Desse modo, espera-se que o apoiador possa transitar entre espaços, facilitando comunicação e articulando serviços. Essa característica da transversalidade difere do atravessamento autoritário comum, favorecendo a receptividade dos gestores que praticam o AI:

*“Acho que essa ideia da cap visitar as unidades já foi mais um tabu, acho que a cada ano que passa a CAP é mais presente nas unidades e isso não é visto - pelo menos eu espero que não seja - com um olhar de medo. É comum a gente receber ligação assim “ah vem aqui nos ajudar”, receber convite pra gente estar presente...” (E7)*

Independentemente do grau de maturidade das iniciativas de implementação de apoio institucional nas diversas CAP, é relatado entre os entrevistados que já pode ser observado um horizonte diferente do experimentado nos anos anteriores, especialmente no que diz respeito à relação CAP e UAP. A criação de vínculo entre o gestor e a equipe, o sentimento de pertencimento e a melhoria da receptividade de demandas pelas eqAPS foram alguns dos resultados observados.

O relato de alguns entrevistados sobre suas experiências com a gestão, enquanto profissionais do campo operacional, corrobora com a percepção de mudança positiva com a implementação deste modelo gerencial:

“Houve algumas vezes mas foi muito pontual. (...) Quando vinha era sempre muito na cobrança: ‘ah pq vocês não bateram a meta, porque vocês não sei o que...’. Uma coisa que marcou muito no apoio foi quando houve o primeiro óbito de covid numa UAP em que eu trabalhei. (...) A CAP esteve lá presente, acho que isso fortaleceu, (...) foi logo quando tava começando aquela ‘neura’ toda, então eu acho que isso foi importante. Foi a única experiência que me lembre mais forte. Todas as que eu me recordo foi no sentido da cobrança, de tentar bater a meta, ‘você precisa fazer, você tem que fazer’.” (E6)

Nesse sentido, o AI na perspectiva Paidéia se torna potente na redução do “choque de realidade” entre as expectativas da gestão estratégica e setor operacional, exatamente por transitar e considerar demandas e necessidades de ambos. Consegue, portanto, facilitar as articulações necessárias que quem está na ponta não tem tempo para realizar, ao passo que compreende o quê a gestão macro não está próxima o bastante para enxergar.

Com isso, os gestores entrevistados identificam que sua prática de apoio, ainda que incipiente de métrica ou carecendo de instrumentalização, tem produzido: maior sentido em suas ações; reduzido sobrecarga daqueles atuando nas eqAPS; ampliando espaços de discussão; aprofundado a qualidade técnica dos profissionais; suscitado nós críticos mais individualizados, otimizando esforços de intervenção; e, não menos importante, elevado a satisfação pelo trabalho.

Assim como nos achados de Guizardi et al (2018, p.11), houve avanços em direção de posturas gerenciais menos autoritárias. Obviamente que esses resultados carregam o viés dos emissores desta mensagem. Um contraponto que precisa ser mencionado é que ainda não foi possível afirmar que houve impacto significativo na democratização institucional, por exemplo. Para verificar o grau de avanço e impacto nesse sentido, é essencial incluir a perspectiva dos outros lados da ponte: da gestão municipal e das equipes apoiadas.

Embora não seja possível garantir uma leitura quantitativa, percebe-se uma perspectiva promissora voltada à mudança organizacional. A potência dos resultados observados reside, porém, no fato de que é possível mudar, construir uma nova forma de fazer gestão e, com isso, promover gradativamente constância nesses processos. Além disso, reforçar a importância de qualificação de profissionais atuantes na gestão em saúde.

### 5.2.3 E a Educação Permanente?

*“O maior desafio é você ver o talento e fazer brilhar. ele vai trabalhar pro mundo, não vai trabalhar pra você” (E5)*

Partindo do pressuposto que a prática do apoio na perspectiva Paidéia implica em aumentar a capacidade de crítica e análise de coletivos para melhor resolução de problemas (CAMPOS, 2000), entende-se que não há como dissociar as práticas de apoio às práticas educativas. A íntima relação entre apoio e educação aparece a todo o momento ao longo das falas dos entrevistados, seja ao relatarem suas atribuições diretas, ao identificarem necessidades pessoais e, mais ainda, ao apontarem desafios cotidianos.

Com relação às atribuições, os gestores reconhecem que organizar atividades educativas faz parte do seu escopo de atuação. A EPS é mencionada repetidamente como principal ferramenta para qualificar o exercício do cuidado e prestação de serviços que, no caso do MRJ, é organizado com base em uma carteira de serviços para a APS. Além desse direcionamento à nível central, os entrevistados identificam a proximidade com o cotidiano das equipes e as dificuldades por elas enfrentadas como o maior norteador de intervenções educativas.

Quanto aos desafios, é identificada a problemática da rotatividade de profissionais como fator dificultador para garantia de qualidade de serviços, pois exige constante reavaliação e redirecionamento de ações. A baixa qualificação para atuação na APS, representada por lacunas na formação, exige esforços dos gestores em priorizar ações educativas embasadas nos princípios da APS e diretrizes do SUS. A fala de E2 resume esse processo, contextualizado pelos reflexos negativos do “remodelamento” da APS e da pandemia de Covid-19:

“Visto o desmonte anterior que nós havíamos sofrido (...) a gente teve redução da expansão da cobertura e saída de muitos profissionais que eram profissionais de referência. A gente chegou aqui e encontrou um cenário com uma infraestrutura muito ruim, profissionais pouco qualificados, muitos deles sem uma formação voltada para APS ou sem muita experiência. (...) No primeiro ano, o grande desafio foi minimizar as questões estruturais e ao mesmo tempo dar o mínimo de subsídio para aqueles profissionais que tinham uma lacuna na sua formação, para que eles pudessem gerenciar toda a demanda que a pandemia causava e, ao mesmo tempo, conseguir manter um mínimo de atividades de saúde da família.”

Ainda sobre desafios, verifica-se a característica de fragmentação já citada sobre o nível central da gestão estratégica, associada à incompatibilidade com as necessidades das equipes e territórios apoiados, como nó crítico para planejamento e execução de atividades de

EPS. Discute-se o autoritarismo também sob a ótica da educação, quando não é considerada a realidade das equipes à nível operacional:

“As atividades muitas vezes são verticalizadas e distantes daquele território e as equipes não vão entender. Então o próprio conceito de planejamento estratégico situacional é fundamental, porque os atores [gestores e trabalhadores] precisam estar envolvidos na compreensão daquela necessidade em saúde.” (E8)

Corroborando com a reflexão acima, Franco et al (2012) pondera que os planos de ensino em serviços de saúde devem ser flexíveis às necessidades e conhecimento prévio dos trabalhadores (p.53), considerando a influência positiva que a EPS pode exercer na aproximação da teoria e da prática. Dessa forma, seria possível dar início aos processos de mudança almejados (FRANCO et al, 2012).

Já no que tange às necessidades do grupo de gestores, há de se reconhecer a lacuna de processo formativo para os próprios gestores, especialmente na aquisição de conhecimento acerca de ferramentas de gestão e de práticas educativas, que são pouco exploradas nas formações em saúde. Além disso, é mencionado que a aplicação de ferramentas desconectadas de conhecimento da prática do AI não atingia o objetivo proposto. Tal ponto foi percebido por alguns coordenadores, quando implementaram estratégias de AI nas diferentes AP: “a gente começou a perceber que o trabalho era pra dentro, não era pra fora. Não adiantava a gente ir para uma unidade com um super roteiro, que a gente precisava qualificar as nossas equipes internamente” (E8).

De outro ângulo, a qualificação profissional também pode ser entendida como uma estratégia de gestão apresentada, não apenas no âmbito da produção do cuidado em saúde, mas sim individual, atingindo um grau de impacto social.

“Acho que o grande lance de estar numa posição de gestão é querer que sua equipe cresça em qualidade, não só em volume. Eu tenho sempre incentivado o pessoal a estudar, fazer cursos. Se puder pagar o curso a gente paga (...) a inscrição do mestrado (...) a gente vai estar formando pessoas e fazer pessoas brilharem que vão estar trabalhando na rede depois, então isso vai trazer mais qualidade pra rede.” (E5).

“(...) eu tenho dados pra você mostrando dos meus ASG [auxiliar de serviços gerais] que fizeram técnico de enfermagem. (...) só estou fazendo ultimamente processo seletivo interno (...). e eu posso te dar em dados de ACS [agentes comunitários de saúde] que se formaram, de ASG fazendo técnico [de enfermagem], de técnico fazendo enfermagem.” (E3).

As falas acima falam a favor da perspectiva de que a educação pode ser promotora de bem para a coletividade, compreendendo o conhecimento como um bem social (FRANCO et al, 2012, p.52).

Por fim, emerge nas falas de outros entrevistados o desejo por aprofundar o conceito do AI e Método Paidéia, o que, por si só, já pode ser identificado como um pequeno êxito desta pesquisa: um espaço para reflexão sobre o próprio trabalho, com identificação das necessidades individuais de aprendizagem. Nesse sentido, sugere-se prosseguir com essa discussão, na expectativa de promoção de encontros para troca de experiências sobre a operacionalização e aplicação do AI no âmbito das APS no MRJ.

### **5.3 Gestora, apoiadora e pesquisadora: uma jornada de aprendizado e reconhecimento de funções**

A construção desta pesquisa está intimamente atrelada a uma nova experiência profissional e pessoal que se iniciou em 2021, quando assumi o cargo de Coordenadora Médica de uma AP. Como qualquer processo de mudança, este exigiu esforço de reconhecimento. Reconhecimento do espaço, dos colegas de trabalho, do território assistido, das funções desempenhadas e das competências esperadas enquanto profissional. Reconhecimento pessoal dos recursos adquiridos para lidar com afetos e de adaptação a um novo ambiente, buscando entender que não estaria rompendo com a identidade de médica, mas sim produzindo cuidado por outro ponto de vista.

Inicialmente foi necessário compreender melhor a organização da gestão da saúde municipal que, até então, só havia experimentado enquanto médica da assistência direta aos usuários em unidades básicas de saúde. O que significava cada sigla, as funções de cada departamento e divisão, os horizontes de cada tronco, galho, ramo e folha da árvore que é o organograma da SMS-Rio.

Em sequência, conduzi meu reconhecimento como teria feito caso tivesse assumido uma nova equipe de saúde, num território novo, inserida numa nova comunidade: diagnóstico situacional da equipe. Tive a oportunidade de conhecer o território sob gestão da Coordenação à qual estava vinculada, através de visitas às unidades básicas e outros dispositivos de saúde. Esse momento inicial trouxe outro olhar sobre o mapa que me foi apresentado no dia da minha chegada. Pude ver, sentir, ouvir o território vivo do subúrbio do Rio de Janeiro, seus

desafios e potencialidades com os quais a Saúde poderia contribuir. Um mar de águas pouco navegadas por mim, que costumava atravessar aquele território apenas pela Linha Amarela, sem adentrar os bairros.

Me familiarizar com as pessoas também foi outro ponto significativo neste reconhecimento. Frequentar reuniões e espaços de gestão oportunizou colocar rostos aos cargos, siglas e órgãos que sempre ouvi dizer, porém até então não tinha total domínio sobre o que faziam ou como funcionavam. Assim que assumi a função, perguntei para a coordenação o que era esperado de mim. A resposta foi “preciso que você seja técnica”. Pois bem... A premissa do trabalho foi, então, conduzir as situações a partir de um olhar técnico de cuidado, com a centralidade no profissional da assistência e no usuário, que é o ponto focal do nosso trabalho, enquanto SUS. Obviamente a expectativa não condiz integralmente com a realidade e logo percebi que a relação com os outros profissionais - fosse da assistência, fosse da gestão - precisaria ser conquistada.

A primeira reflexão que trago é esta: há um curioso distanciamento entre as atividades da gestão estratégica e da assistência (campo operacional). Digo que é curioso, porque há um convívio intenso entre ambos, entretanto de uma superficialidade ordinária e cotidiana. Estar “do outro lado” me fez enxergar a dimensão e variedade das atividades e atribuições da gestão que, num primeiro momento, acreditava serem demasiado simples ou até intencionalmente fiscalizatórias e punitivas. Estar “do outro lado” também me exigiu aceitar que a noção de tempo é muito diferente. O que poderia ser mais célere na expectativa assistencial, muitas vezes requer prazos longos, capital político, *savoir-faire* do ponto de vista administrativo. Ao passo que muitas demandas chegam de maneira urgente por parte da Administração, contribuindo para uma longa lista de prioridades e urgências do dia, que se fundem com o frágil planejamento da semana e a busca por estabelecer uma mínima rotina de trabalho. Trabalhar na gestão é “*on demand*”. E estar na gestão é exercitar a imposição de limite diariamente.

Outro ponto curioso é o impacto que uma simples mudança de cargo gera quando você se apresenta como figura de gestão. Eu chamo de “efeito do colete azul” (usamos como uniforme um colete azul com os dizeres “Atenção Primária à Saúde”, como modo de identificação). Talvez pelo distanciamento mencionado anteriormente. Talvez pela lógica tradicional da gestão punitiva. Pude presenciar mais de uma vez um olhar de relance, algo assustado, com minha chegada à uma unidade de saúde. Reconheço que, eu mesma, já senti desconforto com a chegada de algum representante da gestão em unidades onde trabalhei e,

agora, tento entender o motivo. Gestores em geral estão atrelados a medidas disciplinares, decisões verticais e pouco dados ao diálogo. Mesmo antes de se apresentarem.

Por diversas vezes precisei reforçar que minha intenção com alguma visita tinha o foco de apoiar, contribuir coletivamente para algum processo ou discussão técnica, identificar fragilidades que pudessem se tornar temas para treinamentos e atualizações. Ou, até mesmo, apenas conhecer as pessoas. Percebo hoje que, em alguns aspectos, a relação com os profissionais tem sido de troca e diálogo e que isso está atrelado ao investimento em praticar os conceitos descritos sobre o apoio institucional e sobre o novo modo de fazer gestão.

O contraponto dessa questão é mais interno. A cobrança pessoal (que considero ser compartilhada entre a maioria das pessoas, especialmente profissionais de saúde), de ter sempre uma resposta, uma solução ou uma carta na manga. Afinal, você não está numa posição de liderança por qualquer motivo, certo? Por mais imaturo que esse pensamento possa ser, há a tendência de se voltar a ele sempre que existe um tensionamento por parte da equipe para tomada de decisões. Uma resposta rápida e resolutiva tende a apaziguar crises. Porém, para atingir a chamada cogestão, é imperativo tranquilizar essa necessidade de saber tudo, dar lugar ao outro e estimular uma participação ativa da equipe, buscando esse equilíbrio de forças e poderes. Talvez esse seja um dos maiores desafios que tenho enfrentado até o momento: a linha tênue entre a ação firme e a decisão colegiada, o dar direcionamento e o partir para ação, o não centralizar as respostas e o delegar atribuições.

Na perspectiva do apoio enquanto cuidado, destaco que se fazer presente e disponível é grande parte do caminho. Possibilitar que um profissional ou equipe amadureça seus processos e enxergue no seu trabalho resultados satisfatórios é de grande potência. Uma vantagem da qual o apoiador pode se beneficiar é estar próximo fisicamente, de forma tangível. Conhecer o dia a dia das equipes apoiadas torna a comunicação mais fácil e os movimentos de construção mais coletivos. O fazer junto se torna mais acessível e menos artificial. A vivência como médica da assistência também facilitou esse processo e compartilhar experiências com os demais tem sido uma das ferramentas mais potentes no cotidiano. Ser gestor e dar apoio torna-se um movimento espiral de avaliação, proposição, construção e implementação constantes. E há de se reconhecer o quanto é recompensador assistir o amadurecimento de uma equipe que entende suas limitações, desenha estratégias, se empenha em praticá-las e colhe frutos.

Nesse prisma, a educação permanente encaixa com perfeição, uma vez que o exercício desse movimento de auto-análise por parte das equipes levanta as lacunas técnicas e exige uma costura entre protocolos, necessidades do território e fluxos da rede. O caminhar pela

rede de saúde é único e cada caso exige um itinerário específico. Combinar saberes técnicos com o que se apresenta na realidade da rede de saúde pode facilitar o acesso dos usuários e incentivar profissionais a buscar maior qualificação para sua prática. Através disso, tenho experimentado trabalhar os nós de acesso a serviços de forma a estimular profissionais a buscar maior resolutividade, seja a partir de treinamentos em serviço, seja através de discussão de casos ou, melhor ainda, buscando integrar os componentes dos diferentes serviços de saúde da rede.

Outro lado desta mesma moeda é o difícil equilíbrio entre os papéis enquanto gestor. Um deles sendo o apoio institucional que se dá a partir dos problemas apresentados pela própria equipe, construído pela relação dialógica. Um outro representado pelos interesses e necessidades da Administração (entendida aqui como o conjunto da SMS-Rio) que nem sempre está em consonância com o que está se passando na assistência. Mediar as demandas de ambos os lados, trabalhando a frustração da equipe e buscando incentivar autonomia na resolução de problemas requer paciência e dedicação. E um dos cerne do apoio, o de facilitar a capacidade das pessoas de lidarem com o poder, em meio às atividades cotidianas e o cumprimento de metas para atingir os indicadores, enquanto figura de “poder” foi e ainda tem sido motivo de conflito interno.

Uma terceira consideração é que, por mais que tenha me aproximado da teoria de análise de qualidade, construção e avaliação de indicadores de saúde, instrumentos de planejamento e organização de metas, contratos de gestão e dimensões sobre captação de Recursos Humanos, a gestão se constrói na prática e ao longo do tempo. Após cerca de 2 anos nesta função percebo que ainda estou me apropriando do que é ser uma das tantas engrenagens da gestão de saúde de um município de grande porte como o Rio de Janeiro. A gestão, assim como o cuidado e o processo de aprendizagem, se dá na prática e vejo que é na dimensão mais micro que se encontra a sua maior potência.

Os atravessamentos políticos, as necessidades de pessoal, as demandas judiciais, os dilemas morais, os gargalos da rede, as expectativas pessoais, das expectativas da administração às expectativas da população, a instabilidade da violência urbana, surtos, epidemias, pandemias... Todos nuances muito presentes no cotidiano do gestor que, por mais “técnico” que possa ser, deve considerar essas facetas como parte do trabalho vivo que é participar da gestão da Saúde.

Concluo, portanto, que estar na gestão é de fato exercitar o cuidado. É a possibilidade de transitar entre espaços de decisão e execução, incentivando que um reconheça as necessidades e potências do outro. É a possibilidade de estar próximo o bastante para garantir



o vínculo e reconhecimento mútuo, mas distante o suficiente para ajudar a ressignificar afetos. E - não posso me furtar ao romantismo - estar na gestão é a possibilidade de incentivar a transformação. E o que mais seria o incentivo zeloso e compassivo de mudança, se não o exercício do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AI traz como eixo primordial a democratização das instituições, embasado na perspectiva Paidéia, transformando as relações entre trabalhadores e gestores. Nota-se, porém, que há um distanciamento entre o estipulado na PNAB (2017) e o executado no cotidiano. Esta pesquisa foi incentivada pela busca de sentido na prática da gestão em saúde, reconhecendo o ganho potencial da aplicação do AI.

É possível afirmar que não há direcionamento formal no contexto da SMS-Rio sobre metodologia de gestão, no escopo da gestão da APS. Embora tenha ocorrido em 2019 uma tentativa de instituição do AI como estratégia de trabalho para gestores, inclusive com a proposta de qualificação através de curso formativo, não foram encontradas evidências de ter sido implementado. A descontinuidade dessa ação reafirma a necessidade de retomada da discussão acerca do direcionamento das práticas gerenciais de saúde, em suas diferentes esferas.

No âmbito da APS carioca, os gestores das CAP atuam de maneira próxima às equipes, utilizando conhecimentos e experiências adquiridos durante a prática na ponta como norteador para conduzir suas atividades e construir relações com os trabalhadores. Empiricamente lançam mão de habilidades de escuta, comunicação não violenta, valorização da percepção e necessidades dos profissionais, além de manterem uma postura empática, reconhecendo que são competências importantes para atuação na gestão. Ou seja, há teoria embutida no fazer cotidiano, mesmo que ela não seja nomeada propriamente.

Nessa perspectiva, há íntima relação das atividades de apoio com as atividades de EPS, entendendo que uma alimenta a outra. A proximidade do gestor com as reais necessidades das equipes favorece a identificação de pontos críticos e a construção de ações educativas que sejam significativas e transformadoras. O protagonismo dos trabalhadores está, portanto, nas ações de apoio, como nas ações educativas, não podendo uma ser dissociada da outra.

Apesar de não haver clareza sobre o conceito de AI, “apoiar” é compreendido como algo intrínseco entre os gestores. É preciso reconhecer e valorizar as iniciativas locais em cada AP que visam a transformação do modo tradicional de gestão. É nítida a motivação em sustentar um modelo de gestão não pautado apenas pelo saber técnico, mas, especialmente, pelo produto das relações. Entretanto, há um desafio perene em garantir a continuidade de estratégias e ações, mediante as imprevisibilidades e intempéries inerentes a uma cultura organizacional fragmentada, sujeita a atravessamentos autoritários.

É oportuno convergir esforços a nível municipal para a qualificação teórica de gestores, oportunizando espaço para reflexão sobre a prática gerencial na APS. Para tanto, faz-se necessária retaguarda institucional no âmbito da SMS-Rio, para que tais ações possam subsistir, apesar de mudanças de agendas político-partidárias. Com isso, sugere-se expandir e aprofundar a análise sobre as diferentes experimentações de implementação de AI na APS do MRJ, a partir de compartilhamento de saberes e experiências, a fim de que todas as AP possam se beneficiar dessa metodologia. É imprescindível, em análises futuras, incluir os profissionais das equipes da assistência na discussão sobre o impacto da implementação do AI no cotidiano de trabalho.

A matriz de competências esperadas do gestor para a prática do AI, produto dessa pesquisa, pode ser utilizada como indutor da EPS de grupos de gestores que buscam a prática do apoio baseado no Método Paidéia. É importante incluir outros gestores e trabalhadores na discussão sobre a validação e aplicação dessa matriz, considerando as nuances subjetivas e transversais representadas, como empatia e compaixão.

Não se pode deixar de mencionar o papel que as instituições de ensino podem desempenhar em prol da mudança de cultura institucional na saúde: a formação de gestores *no* SUS e *para* o SUS. Valorizar a gestão como espaço de formação é despertar o interesse de profissionais qualificados a ocuparem cargos estratégicos, transformando gradualmente o cenário gerencial. Assim, espera-se que o diálogo entre a prática e a teoria seja cada vez mais afinado.

## REFERÊNCIAS

APOIO. *In*: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos, 2023. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/apoio/>>. Acesso em: 21/03/2023.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 11ª edição. Petrópolis: Vozes, 2004.

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

BRASIL. **Portaria No. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, n. 39, p. 43-51, 23 fev. Seção 1. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª edição. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017**. Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRITO, C. S; SANTOS, H.L.P.C; MACIEL, F. B. M; MARTINS, P. C; PRADO, N. M. B. L. **Apoio institucional na atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa**. Cien Saude Colet [periódico na internet], Jun, 2021. [Citado em 04/09/2021]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/apoio-institucional-na-atencao-primaria-em-saude-no-brasil-uma-revisao-integrativa/18102?id=18102&id=18102>>

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e cogestão de coletivos:** o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

\_\_\_\_\_. **Paidéia e a gestão:** indicações metodológicas sobre o apoio. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Saúde Paidéia. 4ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 85 - 102.

\_\_\_\_\_. **Saúde Coletiva e o método Paidéia.** In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Saúde Paidéia. 4ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 21 - 35.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, AC. **Apoio Matricial e Equipe de Referência:** uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. RJ. 23(2): 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, GWS; FIGUEIREDO, MD; PEREIRA JR, N; CASTRO, CP. **A aplicação da metodologia Paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** Interface (Botucatu). 2014.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde:** descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4): 975-986, out.-dez., 2005a.

\_\_\_\_\_. **Educação permanente em saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu). 2005b.

\_\_\_\_\_. **Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”:** Desafios para a Educação. In: PINHEIRO, R; R. A, MATTOS (org.). A construção social da demanda. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj - Abrasco, 2005c.

**Dicionário da educação profissional em saúde.** Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. Disponível em : <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada> > Acessado em ago, 2021.

FRANCO, Túlio Batista et al. **Educação Permanente como prática.** In: PINTO, Suely et al, (org.). Tecendo Redes: Os planos da Educação, Cuidado e Gestão na construção do SUS: A experiência de Volta Redonda/RJ. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 45 - 62.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GUIZARDI, F. L. et al. **Apoio institucional na atenção básica:** análise dos efeitos relatados. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018.

ILLERIS, K. (Org.). **Teorias Contemporâneas da Aprendizagem.** Porto Alegre: Penso, 2013.

- ALLEN, J. et al. **Definição Européia de Medicina Geral e Familiar**. Wonca Europa; 2002.
- MAZUELO, S.Q. **A espiritualidade nos documentos sobre os princípios da Medicina de Família e Comunidade**. In: FONTÃO, Paulo Celso Nogueira; BOUGERT, Irmã Monique Marie Marthe; QUIRINO, João Paulo (org.). Saúde e Espiritualidade – Espiritualidade na Formação Profissionais em Saúde. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2017. P. 32 – 34.
- MERHY, EE. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RÍMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- MERHY, E.E; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
- PELIZZARI, A. et al. **Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel**. Rev. PEC, Curitiba, v.2, n.1, p.39-42, jul. 2001-jul. 2002.
- PEREIRA JR, N; CAMPOS, GWS. **O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão**. Interface (Botucatu); 2014.
- RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 28.452 de 19 de Setembro de 2007**. Dispõe sobre a alteração da estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde - SMS. Município do Rio de Janeiro, 2007.
- \_\_\_\_\_. **ANEXO I: Termo de Referência - Projeto de Sustentação das Redes Locais de Saúde**. In: Edital nº 011 de 19 de outubro de 2011. Processo seletivo - Seleção de entidades. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/384#/p:57/e:384?find=apoio%20institucional>>
- \_\_\_\_\_. **Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos**. SUBPAV. Município do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/12/9-projeto-de-reorganiza%C3%A7%C3%A3o-1.pdf>> Acessado em: 03/04/2023.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 46508 de 19 de Setembro de 2019**. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Anexo: Competências. Município do Rio de Janeiro. 2019a. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/02ef005f-4992-427f-92b6-5564ff55f883>>
- \_\_\_\_\_. **Resolução nº 3996 de 26 de Fevereiro de 2019**. Ato da Secretária - Institui, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Apoio Institucional em Saúde e dá outras providências. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. 2019b.
- \_\_\_\_\_. **Portaria S/SUBG/CGGP nº 106 de 09 de março de 2019**. Dispõe sobre o curso de Apoio Institucional em Saúde e dá outras providências. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. 2019c.

\_\_\_\_\_. **Orientações sobre a prevenção e manejo da covid - 19 e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.** 27 de abril de 2020. Secretaria Municipal de Saúde, Assessoria Especial Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro. 2020a.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica nº 1/2020 de 28 de abril de 2020.** Recomendações para o cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), na Atenção Primária à Saúde (APS), diante da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância (SUBPAV) - Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Rio de Janeiro. 2020b.

\_\_\_\_\_. **Orientações de Manejo e Cuidados de Saúde da Criança e Aleitamento Materno durante a epidemia da COVID-19.** 30 de março de 2020. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância (SUBPAV) - Gerência da área técnica de Saúde da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro, 2020c.

SANTOS, NR. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Cienc Saude Colet. 2007.

SORANZ, D. R. S. **Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016):** uma avaliação de estrutura, processo e resultado. 2017. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VINUTO, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.** Tematicas, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 6 jun. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## ANEXO A - Convite para participação da pesquisa

# Convite para participação em Pesquisa Acadêmica

## "A IMPLEMENTAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: DIÁLOGO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA"

### OBJETIVOS DA PESQUISA

Explorar os processos da implementação do apoio institucional na Atenção Primária à Saúde (APS) do município Rio de Janeiro e a sua contribuição para as práticas de educação permanente em saúde, a partir da percepção de gestores e apoiadores atuantes na APS carioca.



### EXPECTATIVA

- ✓ Contribuir para um diagnóstico sobre as práticas de apoio institucional na APS carioca;
- ✓ Favorecer a melhoria dos processos de apoio; Indicar as necessidades de educação permanente aos profissionais que atuam enquanto apoiadores no município.



### COMO PARTICIPAR?

Participar de uma entrevista que será aplicada pela própria pesquisadora, com a previsão de duração entre 30 a 45 minutos, na modalidade on-line.

Acesse o formulário de inscrição e TCLE através do link:

<https://forms.gle/sCXncGp8ovQ1vFPU7>



### OBSERVAÇÕES

- ✓ Este estudo não tem qualquer cunho político ou interesse administrativo;
- ✓ A sua participação nesta pesquisa é independente das suas atribuições profissionais e todas as informações prestadas por você são sigilosas;
- ✓ As informações serão divulgadas de maneira anônima, de forma a garantir a privacidade dos participantes;
- ✓ Esta pesquisa é custeada por financiamento próprio.



### SOBRE A PESQUISADORA:

Maria Carolina Falcão

- Médica de Família e Comunidade pela UERJ;
- Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da PROFSAÚDE/FIOCRUZ;
- Coordenadora médica na CAP 3.2, SMS-Rio de Janeiro.

### ORIENTADORAS:

- Profa Dra Ana Claudia Chazan;
- Profa Dra Mariana Bteshe.

### CONTATOS:

- ☎ Telefone: (21) 98101-1330
- ✉ [mariacarolina.cfap@gmail.com](mailto:mariacarolina.cfap@gmail.com)





**ANEXO B** - Roteiro para Entrevistas

Eixo 1: Apresentação pessoal;

Eixo 2: Cotidiano de trabalho e preparo para atuação;

Eixo 3: Apoio Institucional e percepção sobre função;

Eixo 4: Relação entre Apoio Institucional e Educação Permanente em Saúde.

## **ANEXO C - Roteiro de análise documental**

### **Dos objetivos da pesquisa documental:**

Coletar informações que possam complementar esta pesquisa, visando publicações que abordem ou corroborem para a implementação do Apoio Institucional na Atenção Primária à Saúde (APS) no Município do Rio de Janeiro (MRJ).

### **Da escolha das publicações:**

As publicações serão consultadas no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, disposto publicamente através do site: <https://doweb.rio.rj.gov.br/>. Será utilizada a palavra-chave “apoio institucional” no buscador disponível

Critérios de inclusão: serão incluídos na fase de análise as publicações que sejam referentes à Secretaria Municipal Saúde (SMS-Rio) e que utilizem o termo “apoio institucional”. Serão incluídos os documentos publicados entre 01/01/2009 e 31/12/2020.

Critérios de exclusão: serão excluídos da fase de análise as publicações que utilizarem os termos “apoio” e “institucional” separadamente, não condizentes com o conceito de “apoio Institucional” pesquisado.

### **Da exploração do material:**

As publicações obtidas na consulta ao Diário Oficial passarão por leitura flutuante, com objetivo de definir a Secretaria de origem e confirmar se o uso do termo “apoio institucional” está dentro do critério estabelecido para a pesquisa.

As publicações serão classificadas em “válidas” ou “inválidas” para a leitura.

**Da análise do material:**

As publicações classificadas como “válidas” serão analisadas na íntegra.

Serão avaliadas as maneiras que o termo “apoio institucional” é usado pela SMS-Rio, relacionando com o conceito utilizado no marco teórico desta pesquisa.

## ANEXO D - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa denominada **“Implementação do Apoio Institucional na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro: diálogo entre teoria e prática”**, realizada no âmbito Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da PROFSAÚDE/FIOCRUZ (polo UERJ) e que diz respeito a uma dissertação de mestrado sob orientação da Profa. Dr<sup>a</sup>. Ana Cláudia Chazan e da Pfora. Dra<sup>a</sup>. Mariana Bteshe.

Caso haja dúvidas em relação ao exposto neste Termo de Consentimento ou sobre o teor deste estudo, a pesquisadora responsável se compromete em esclarecer.

O objetivo deste estudo é explorar os processos da implementação do apoio institucional na Atenção Primária à Saúde (APS) do município Rio de Janeiro e a sua contribuição para as práticas de educação permanente em saúde. Para tanto, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, que visa conhecer a percepção de gestores e apoiadores atuantes na APS carioca através da participação de entrevistas aplicadas com base em um roteiro de entrevistas semiestruturado.

A sua participação consistirá em participar **voluntariamente** de uma entrevista que será aplicada pela própria pesquisadora, com a previsão de duração entre 30 a 45 minutos. Para fins de realização da pesquisa, as entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas pela própria pesquisadora. É válido ressaltar que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso aos seus dados e informações coletadas durante as entrevistas. Os áudios serão transcritos para análise e utilizados para o desenvolvimento da pesquisa. As gravações dos áudios serão mantidas em arquivo digital sob responsabilidade do pesquisador responsável por 5 anos, conforme orientado pela resolução 466/2012.

Toda pesquisa pode envolver riscos. No caso de qualquer desconforto emocional evocado durante a entrevista, a pesquisadora se compromete a respeitar a decisão do participante de interromper, remarcar ou, até mesmo, desistir de participar. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe trará qualquer prejuízo pessoal, profissional ou institucional.

A expectativa deste estudo é de contribuir para um diagnóstico sobre as práticas de apoio institucional na APS carioca, tendo como benefício favorecer a melhoria dos processos de apoio, bem como indicar as necessidades de educação permanente aos profissionais que atuam enquanto apoiadores no município.

Este estudo não tem qualquer cunho político ou interesse administrativo, sendo sua participação voluntária para fins estritamente acadêmicos. A sua participação nesta pesquisa é independente das suas atribuições profissionais e todas as informações prestadas por você são sigilosas e serão utilizadas apenas para o desenvolvimento deste estudo. As informações serão divulgadas de maneira anônima, de forma a garantir a privacidade dos participantes. As gravações de áudio não serão divulgadas em nenhum momento da construção ou apresentação

desta pesquisa. Qualquer dado ou informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar não será utilizado ou será mantido em sigilo. Esta pesquisa é custeada por financiamento próprio e não prevê nenhum tipo de pagamento pela sua participação.

Você também poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, através do contato com a pesquisadora responsável:

**Maria Carolina Calfrér Falcão de Alcantara Prazeres**

Telefone: (21) 98101-1330

E-mail: [mariacarolina.cfap@gmail.com](mailto:mariacarolina.cfap@gmail.com)

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa relacionados:

**CEP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO:** Av. Vinte e Oito de Setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala 28, prédio anexo ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, Telefone: 21 2868-8253 - E-mail: [cep@hupe.uerj.br](mailto:cep@hupe.uerj.br). Atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 13:00-16:00h;

**CEP - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ:** Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4 andar - Centro. Rio de Janeiro - CEP: 20.031-040. Telefone: (21) 2215-1485. E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br). Atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 09:00h às 16:00h.

**Termo de Aceite**

Este documento foi disponibilizado àqueles que aceitaram participar da pesquisa descrita acima, declarando voluntariamente seu aceite através de formulário digital.