



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Fabiane Canellas de Paula

O apoio institucional como método de intervenção no processo de trabalho da gestão estadual da Atenção Primária do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

Fabiane Canellas de Paula

**O apoio institucional como método de intervenção no processo de trabalho da
gestão estadual da Atenção Primária do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora Prof.^a Dra. Márcia Silveira Ney

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P324

Paula, Fabiane Canellas de

O apoio institucional como método de intervenção no processo de trabalho da gestão estadual da Atenção Primária do Rio de Janeiro / Fabiane Canellas de Paula. – 2024.
124 f.

Orientadora: Márcia Silveira Ney

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão em Saúde. 2. Regionalização da Saúde. 3. Processo de Trabalho em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde – Rio de Janeiro (RJ). 5. Sistema único de Saúde. 6. Política de Saúde. I Ney, Márcia Silveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.2(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

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

Assinatura

Data

Fabiane Canellas de Paula

**O apoio institucional como método de intervenção no processo de trabalho da
gestão estadual da Atenção Primária do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 03 de dezembro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Márcia Silveira Ney (Orientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra. Thais de Andrade Vidaurre Franco

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Coser Gutierrez

Fundação Oswaldo Cruz-MS

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que tanto me incentivaram a trilhar novos caminhos de estudo, e ao meu marido, que sempre acreditou no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir chegar até aqui, abrindo portas e possibilidades, que até então me pareciam difíceis e distantes de trilhar.

Aos meus pais, Adalberto e Maria Isabel, pela oportunidade e incentivo aos estudos.

Ao meu marido, Cláudio Luiz, meu parceiro de vida, por acreditar na minha capacidade técnica e incentivar a continuar, mesmo nos momentos em que nem eu própria acreditava que seria possível.

A minhas filhas, Maria Luiza, Ana Laura e Bárbara, amores da minha vida, por compreenderem minha ausência e por me incentivarem, mesmo que indiretamente, a ser exemplo de mãe e mulher, crescendo com a certeza de que são capazes de ser e fazer o que elas quiserem ser.

À Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, por valorizar seus profissionais e possibilitar um aprendizado tão potente.

Aos amigos e colegas de trabalho da Secretaria de Estado de Saúde, particularmente da Superintendência de Atenção Primária - Carol Medina, Carmen Sampaio, Zeca, Juliana Sobral, Crislene, Dayane, Josiane, Vivian, Marcelle, Sara - e tantos outros amigos de mais de 20 anos e aqueles mais recentes, colegas que passaram pelo apoio institucional e que tanto me incentivaram a iniciar essa jornada. Companheiros de caminhada para o fortalecimento do SUS em que acreditamos.

Aos colegas do mestrado, pelo compartilhamento de saberes e também de angústias, medo e questionamentos durante o curso.

À minha professora e orientadora Marcia Ney, pelas contribuições valiosas que me fizeram chegar onde estou, e a todos os professores do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva do IMS/UERJ, cada um com suas expertises que nos fizeram pensar com um olhar crítico e acreditar numa saúde pública possível e de qualidade para todos.

Não é suficiente saber; é preciso também aplicar. Não é suficiente querer; é preciso também agir.

Johann Wolfgang Von Goethe

RESUMO

PAULA, F. C. de. *O apoio institucional como método de intervenção no processo de trabalho da gestão estadual da Atenção Primária do Rio de Janeiro*. 2024. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O apoio institucional é um recurso metodológico que busca diversificar os tradicionais mecanismos de gestão, trabalhando com o pressuposto da cogestão. As primeiras implicações da metodologia do apoio institucional apareceram no município de Campinas-SP, desenvolvida por Campos (2000). Posteriormente, o Ministério da Saúde iniciou o processo de formulação e implantação do apoio institucional nos estados e municípios. No estado do Rio de Janeiro com a mudança do Organograma da Secretaria de Estado de Saúde (SES) em 2007, foi criada a Superintendência de Atenção Primária à Saúde, que trazia como um de seus pilares o trabalho da cogestão e a metodologia do apoio institucional como estratégia da Política de Atenção Primária do estado. A pesquisa está pautada em um estudo de caso sobre a experiência da autora, inserida no processo de trabalho da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, aprofundando-se na coordenação do apoio à gestão e no processo de trabalho realizado pela equipe. Os objetivos do estudo foram analisar a trajetória da Superintendência de Atenção Primária na SES-RJ e traçar o percurso histórico da construção da coordenação do apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), no período de 2007 a 2022, visando entender como o apoio institucional se apresenta ao longo desses anos. Para isso, foram analisados documentos oficiais como resoluções do cofinanciamento estadual da APS e todo material produzido pela equipe relacionadas às estratégias de cogestão, como os Fóruns Permanentes de APS, as reuniões de grupos técnicos da APS, as visitas aos municípios e os relatórios de reuniões de equipe da SAPS. Os resultados demonstraram que a potência da figura do apoiador institucional pode facilitar diálogos, ampliar as possibilidades de reflexão e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e a cogestão. A educação permanente também é um processo importante na transformação do apoiador institucional. *A priori*, é importante destacar que a análise isolada da estratégia de gestão adotada pela SAPS-RJ é insuficiente para compreender os modos de gestão de uma instituição. É necessário fomentar novos estudos na área para qualificar a gestão do trabalho na SES-RJ. Os sujeitos são influenciados e determinados pela macroestrutura, inclusive estatal, com disputa de hegemonia no conjunto das instituições.

Palavras-Chave: Apoio institucional; Atenção Primária à Saúde; Modelo de gestão.

ABSTRACT

PAULA, F. C. de. *Institutional support as a method of intervention in the work process of the state management of Primary Care in Rio de Janeiro*. 2024. 124 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro. Universidade do Estado do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Institutional support is a methodological resource aimed at diversify traditional management mechanisms by working with the assumption of co-management. The first implications of the institutional support methodology appeared in the municipality of Campinas/SP, developed by Campos (2000) and later the Ministry of Health began the process of formulating and implementing institutional support in the states and municipalities. In the state of Rio de Janeiro, with the change in the organization chart of the State Health Secretariat (SES) in 2007, the Primary Health Care Superintendence was created, one of the pillars of which was the work of co-management and the Institutional Support methodology as a strategy for the state's Primary Health Care Policy. The research is based on a case study of the author's experience within the work process of the Primary Health Care Superintendence (SAPS) of the Rio de Janeiro State Health Department, delving into the Coordination of management support and the work process carried out by the team. The aim of this study was to analyze the trajectory of the Primary Care Superintendence at the SES/RJ and trace the historical path of the construction of the Coordination of Primary Health Care (PHC) management support, from 2007 to 2022, to understand how this institutional support has been presented over the years. To this end, official documents were analyzed, such as resolutions on state co-financing of PHC and all the material produced by the team related to co-management strategies, such as the Permanent PHC Forums, PHC technical group meetings, visits to municipalities and SAPS team meeting reports. The results showed that the power of the institutional supporter can facilitate dialog, broaden the possibilities for reflection and bring relevant offers to the work process and co-management. Permanent education is also an important process in the transformation of the institutional supporter. A priori, it is important to emphasize that an isolated analysis of the management strategy adopted by SAPS/RJ is insufficient to understand an institution's management methods. It is necessary to encourage new studies in this area to improve work management at the SES/RJ. Individuals are influenced and determined by the macro-structure, including the state, with a dispute over hegemony in the institutions as a whole.

Keywords: Institutional support; Primary Health Care; Management model.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Organograma da Superintendência de Atenção Básica, SAS/SES/RJ, 2007.....	31
Figura 2-	Organograma da Superintendência de Atenção Primária à saúde.....	33
Figura 3-	Linha do tempo do processo de trabalho da coordenação do apoio a gestão da SAPS/SES-RJ.....	38
Figura 4-	Mapa do estado do Rio de Janeiro, por região de saúde e número da população.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Cobertura de ESF e Cobertura da AB do estado do Rio de Janeiro, 2007-2020.....	39
Gráfico 2-	Cobertura da APS no estado do Rio de Janeiro, 2021-2023.....	40
Gráfico 3-	Número de equipes de SF no município do RJ, 2007-2020.....	41
Gráfico 4-	Cobertura da ESF e Cobertura da AB no município do RJ, 2007- 2020.....	43
Gráfico 5-	Distribuição da população por regiões de saúde do estado do RJ.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Recursos metodológicos do apoio institucional estabelecido por Campos, Cunha e Figueiredo (2013)	47
Quadro 2-	Municípios do estado do RJ por regiões.....	56
Quadro 3-	Informações sobre regionalização/ Regiões do estado do Rio de Janeiro, 2023.....	57
Quadro 4-	Resumo dos documentos selecionados para pesquisa bibliográfica.....	59
Quadro 5-	Documentos da esfera estadual referentes a Atenção Primária à Saúde.....	60
Quadro 6-	Divisão e atribuições das Gerências da Coordenação do Apoio à Gestão.....	65
Quadro 7-	Divisão dos Apoiadores institucionais da APS/SES-RJ.....	83
Quadro 8-	Documentos do apoio institucional organizados por título, assunto e descrição.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AI	Apoio Institucional
AIR	Assessoria de Integração Regional
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Assessoria de Regionalização
BIG	Baía de Ilha Grande
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CGRs	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regional
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
COAGAPS	Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde
COOAGAPS	Coordenação de Apoio à Gestão da APS
COOEDUS	Coordenação de Educação em Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
eA	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GT-AB	Grupo Técnico de Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto de Medicina Social
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PAISMCA	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade
PMAQ- AB	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política nacional de Humanização
PREFAPS	Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SABEG	Superintendência de Atenção Básica, Gestão Participativa e Educação Permanente
SABGC	Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado
SAPS	Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SCZ	Síndrome congênita do Zika
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SGAIS	Subsecretaria de Gestão de Atenção Integral à Saúde
SISAB	Sistema de informação da Atenção Básica
STORCH	Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus
SUBVAPS	Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária a Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP Universidade de Campinas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	23
1.1	Objetivo geral.....	23
1.2	Objetivos específicos.....	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1	A organização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.....	24
2.2	O processo de regionalização de saúde no estado do Rio de Janeiro.....	26
2.3	A Organização da Atenção Primária à Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.....	29
3	COMPLEXIDADES E FERRAMENTAS DE GESTÃO: A CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA DO APOIO INSTITUCIONAL.	44
3.1	A construção do método da cogestão: o método Paideia.....	44
3.2	Cogestão e apoio institucional.....	46
3.3	Atenção Primária à Saúde e o apoio institucional como dispositivo metodológico de gestão.....	49
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	54
4.1	Abordagem teórico-metodológica.....	54
4.2	Cenário da pesquisa.....	55
4.3	Coleta e análise de dados.....	58
4.4	Aspectos éticos da pesquisa.....	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
5.1	O apoio institucional e a reformulação do processo de trabalho na gestão estadual de atenção primária do RJ.....	63
5.2	O processo de formação dos apoiadores institucionais.....	66
5.3	O processo de trabalho dos apoiadores institucionais.....	70
5.3.1	<u>Grupos técnicos de Atenção Básica: espaços coletivos.....</u>	<u>71</u>
5.3.2	<u>Visitas técnicas.....</u>	<u>76</u>
5.3.3	<u>Fórum Permanente da APS.....</u>	<u>79</u>

5.3.4	<u>Reuniões do apoio: o apoio institucional para dentro da SES/RJ.....</u>	82
5.4	Limitações do estudo.....	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICE A - Nota Técnica.....	99
	APÊNDICE B - Documentos do apoio institucional organizados por título, assunto e descrição.....	105
	ANEXO A - Carta de anuência da secretaria de estado de saúde do Rio de Janeiro.....	111
	ANEXO B - Boletim dos primeiros fóruns permanentes de atenção básica.....	112
	ANEXO C – Resolução SES que aprova incentivos financeiros para AB do estado do Rio de Janeiro.....	114
	ANEXO D – Resolução SES que aprova incentivos financeiros para AB do estado do Rio de Janeiro.....	117
	ANEXO E - Resolução SES que aprova incentivos financeiros para AB do estado do Rio de Janeiro.....	120

INTRODUÇÃO

Esta dissertação se entrelaça na trajetória da minha carreira profissional. Assim que terminei a faculdade de Enfermagem, sabia que meus caminhos, diante de suas múltiplas especialidades e campos, estariam relacionados à saúde coletiva, de preferência na atenção primária ou na vigilância, pois sempre dizia que queria trabalhar com a prevenção, e não com a doença.

Após finalizar a residência em Saúde Pública, em 2001, ingressei na Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Rio de Janeiro para o cargo denominado “enfermeiro do Programa Saúde da Família” (PSF), atuando com mais seis médicos e cinco enfermeiros, todos com especialidade em Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família, pré-requisito do concurso. Nessa época, a Coordenação do Programa de Saúde da Família era uma área técnica ligada ao Gabinete do Secretário de Saúde.

O modelo organizacional da SES era fragmentado em subáreas segundo a lógica de programas, posteriormente denominados áreas técnicas, nos quais os departamentos e serviços eram organizados pela lógica da responsabilidade territorial e populacional.

O estilo predominante da gestão da atenção primária no estado, nessa época, era o modelo de supervisão e de fiscalização. A Coordenação do Programa de Saúde da Família era uma área técnica composta por profissionais contratados, na sua grande maioria enfermeiros, que trouxeram esse modelo de supervisão aos recém-chegados.

Inicialmente, quando ali chegamos em 2001, fomos divididos para trabalhar com uma ou duas regiões. O estado do Rio de Janeiro (RJ) é dividido em nove regiões administrativas, e assim também trabalhamos. Muitos municípios ainda estavam na transição do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) para PSF ou ampliação do PSF, e o trabalho da equipe resumia-se a aprovar projetos para ampliação de Unidades de Saúde da Família.

Muitas das vezes, íamos aos municípios para aprovar a implantação de novas Unidades de Saúde da Família, mas essas visitas tinham o caráter de fiscalização, observar as não conformidades da Unidade – se havia geladeira de vacinas, se tinha condições de fazer um curativo, saber como funcionava o processo de trabalho, o

porquê de não haver médicos todos os dias, entre outras, que eram checadas através de uma *check-list* que levávamos.

O diálogo com os municípios muitas das vezes era endurecido e baseava-se no cumprimento ou não de metas para ampliação de novas equipes e financiamento do Ministério da Saúde. Não havia uma Política de Atenção Primária do Estado e nem incentivo financeiro; os profissionais, nomeados como supervisores técnicos, seguiam as normas ditadas pelo Ministério da Saúde (MS).

Ir aos municípios para averiguar irregularidades sem ao menos realizar a contrapartida estadual era uma situação que desde sempre nos afligia. “Como pode o estado ir aos municípios supervisionar algo se nem contrapartida financeira era pactuada?”, pensávamos na época. Muitas das vezes, nem carro para irmos aos municípios tínhamos, e a ida ficava condicionada ao transporte oferecido pelos próprios municípios, que sempre viram o estado como um ente de saber superior e necessário para aprovação de seus projetos.

E assim trabalhamos como “supervisores técnicos” até 2007. A ideia de supervisor trazia desconforto para a equipe, pois pensávamos que a denominação “supervisor” estava condicionada à ideia de alguém que teria uma “super-visão”, ou seja, uma visão privilegiada, detentora de saberes, e isso era tema de alguns debates da equipe na época.

Da mesma forma, era uma preocupação dessa equipe o estado do Rio de Janeiro não ter uma política de Atenção Básica, e apenas seguíamos os programas ministeriais. Era debate, na época, nas reuniões de equipe, entender qual era a real missão do governo do estado, já que a Atenção Primária era realizada nos municípios, e as “regras” e o modelo de atenção eram ditados pelo MS.

No entanto, a partir de 2007, com a mudança de governo, criou-se no Organograma da SES a Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado¹ (SABGC), que depois veio a ser denominada de Superintendência de Atenção

¹ No Brasil, os documentos oficiais ainda designam a atenção do primeiro nível de assistência à saúde com a terminologia “atenção básica”, enquanto a tendência internacional a designa de “atenção primária” ou “atenção primária à saúde”. Na academia e entre os profissionais, há controvérsias porque enquanto “uns entendem ‘básica’ vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam ‘primário’ como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar” (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009). Segundo Mello, os termos AB, AP e APS têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, “muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de AB/APS ao de AP”. Neste trabalho, vamos denominar a atenção de primeiro nível como atenção primária à saúde, considerando ser o primeiro contato do sujeito, da família e da comunidade com o sistema de saúde. “Constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção à saúde continuada” (Starfield, 2004, apud OMS, 1978).

Primária à Saúde (SAPS), com recomposição da equipe e redefinição do processo de trabalho.

Nesse novo organograma, passava a compor na Superintendência de Atenção Básica e Gestão do cuidado a equipe da Coordenação do Programa de Saúde da Família e algumas áreas técnicas que, até então, estavam lotadas na Superintendência de Vigilância em Saúde.

Com a nova superintendente que ali chegava, foram instituídas rodas de conversas e participação efetiva e conjunta dos profissionais das áreas técnicas ligadas à SABGC e da Coordenação do Programa de Saúde da Família. Nas reuniões, buscou-se delinear a Política Estadual de Atenção Básica tendo como marco a constituição do apoio institucional, experiência vivenciada por essa superintendente no município de Campinas-SP, e a proposta de cofinanciamento da Atenção Primária para a ampliação e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) junto aos municípios.

Nessa perspectiva, partia-se da estratégia da cogestão, substituindo a função de supervisor pela função de apoiador, e a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família passava a ser denominada de Coordenação de Apoio à Gestão. Esse movimento aconteceu na época em que a SES discutia o processo de regionalização e aprovava o Termo de Compromisso de Gestão do Estado do Rio de Janeiro, configurando a adesão ao Pacto pela Saúde, através da Deliberação CIB-RJ n.º 362 (Rio de Janeiro, 2007).

Acreditava-se que, com a criação da Superintendência da Atenção Básica e Gestão do Cuidado e de uma Política de Estado para a Atenção Primária, se fortaleceria a capacidade de gestão municipal, através da proposição de uma metodologia de apoio cogestora aos municípios, visitas aos municípios e realização de reuniões com os coordenadores municipais das nove regiões de saúde (Rio de Janeiro, 2007).

Atuamos com os municípios e não sobre os mesmos, entendendo que, a construção coletiva com os técnicos e gestores municipais corroboram para a corresponsabilização dos envolvidos no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Básica e das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. (Almeida, 2013).

Na época, houve várias oficinas com os apoiadores, para capacitá-los para a nova forma de gestão que então se configurava. Segundo Gutiérrez (2008, p. 56), realizar o apoio institucional dentro da estrutura da SES é:

[S]er gestor de modo construtivo e democrático, é lidar com as adversidades do cotidiano desde as inúmeras faltas, sejam elas de material ou de pessoal, mas também lidar com o novo modo de fazer gestão, que se pauta na possibilidade de inverter a lógica hegemônica da supervisão e das cobranças de planilhas de produtividade para exercitar a cogestão em ato, transformando o modo de fazer sobre para o de fazer com o outro, seguindo o Método Paidéia, que nos propõe ampliar a capacidade de análise como possibilidade de aumentar a nossa capacidade de intervenção segundo a cogestão de coletivos.

A equipe já era dividida na época por regiões, cada uma com dois a três profissionais; eu fazia parte da região Norte e posteriormente migrei para a região Metropolitana II e Baixada Litorânea. Com a função do apoio institucional, a estratégia de divisão por regiões se manteve, porém agora com um olhar de cogestão para assessoria aos municípios na construção e ampliação da Atenção Primária.

O Ministério da Saúde organizou a Atenção Primária no Brasil de várias formas diferentes. No entanto, as mudanças de modelo se deram por conta da implantação de dois programas – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) – que provocaram alterações tanto na forma de alocações de recursos para as ações de saúde, quanto na organização dos serviços de saúde (Viana; Da Poz, 2005).

O PACS foi institucionalizado, em 1991, pelo MS, após a percepção de experiências com agentes comunitários de saúde que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada em alguns municípios do Brasil. O objetivo desses agentes comunitários era ser peças importantes para organização dos serviços básicos de saúde nos municípios, pois para aderir ao programa era necessário cumprir alguns requisitos, dentre os quais se exigia uma unidade básica de referência do programa, um profissional de nível superior para auxiliar os agentes com ações de saúde e o funcionamento dos conselhos municipais de saúde. Tornou-se, portanto, um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde (Viana; Dal Poz, 2005).

O êxito do PACS impulsionou a criação do PSF, “a concepção do programa é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco” (Viana; Dal Poz, 2005, p. 233).

O MS passou então, a partir de 1994, a incentivar financeiramente um modelo de organização de rede que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes de base territorial, com a criação do Programa Saúde da Família, que posteriormente denominou-se Estratégia de Saúde da Família. Esse modelo trouxe o trabalho em

equipe com o perfil do profissional médico generalista e a normatização do processo de trabalho. Diferenciando-se de outras experiências internacionais, apesar de ter se inspirado no modelo cubano, em virtude de incorporar o trabalho em equipe multidisciplinar e intersetorial, com destaque para a função do agente comunitário de saúde (Gutiérrez, 2008).

A expansão da ESF teve maior impacto nacionalmente a partir de 2004, quando foi criado o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Através desse programa, o Governo Federal, em parceria com o Banco Mundial, passou a dispor de recursos financeiros para a habilitação e estruturação de equipes de saúde da família em municípios com mais de cem mil habitantes (Schimith *et al.*, 2017).

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formalizando a ESF como serviço central desse nível de atenção e definindo como responsabilidade da gestão municipal o planejamento e a implementação desses serviços.

Em 2011, a publicação da Portaria GM/MS nº 2.488 apresentou uma nova edição da PNAB, qualificando a política através de programas que avaliavam a qualidade do cuidado e da assistência das ESF como o Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ) e, em 2013, com o maior programa de atração e provimento de médicos generalistas para atuação na ESF com o Programa Mais Médicos (PMM). Mesmo com impactos distintos, especialmente quando comparados municípios de pequeno e grande porte, é incontestável a importância da ESF no desenvolvimento de mudanças no modelo de cuidados (Martins; Carbonai, 2021).

A Atenção Primária, por constituir a porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, deve ser ordenadora do sistema de saúde, e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (Giovanella *et al.*, 2009). Por isso está presente em várias frentes e discussões nas organizações das políticas do estado, na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), como autora e coautora das ações do estado com os municípios.

Em 2007, a organização da Atenção Primária estava presente como agenda prioritária do governo, aprovando não só o cofinanciamento estadual, mas também estabelecendo o apoio regional com a criação de encontros regionais, criação do grupo técnico de trabalho regionais e visitas técnicas, com o intuito de fortalecer a capacidade gestora dos municípios.

No entanto, ao longo do tempo, vários superintendentes de Atenção Primária passaram pela Secretaria de Estado, e com tantas mudanças de gestão e incorporação de novos profissionais não capacitados ao modelo de cogestão, a função do “apoio” pode ter se perdido ao longo dos anos. Como consequência desses obstáculos, observa-se, em determinadas situações, que as pautas dos encontros se restringem a repasses de informações técnico-operacional-administrativas, revelando a ausência de uma maior reflexão, discussão e análise do processo de trabalho (Klitzke, 2013).

Muitas vezes, o apoiador institucional não ocupa, de fato, seu lugar nos espaços de gestão, por não compreender as atribuições pertinentes à função ou devido à falta de autonomia frente à hierarquia institucional. Sendo assim, algumas angústias e questionamentos me fizeram pensar em analisar como esse “apoio” ainda se apresenta ao longo desses anos e criar uma linha do tempo que pudesse descrever a história do apoio institucional na Política de Atenção Primária do Estado do Rio de Janeiro, a fim de organizar e traçar os marcos históricos dessa política.

O estudo se justifica pela necessidade de documentar as ações realizadas pela equipe do Apoio, desde sua criação em 2007 até 2022, considerando os vários momentos da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil e no estado. Momentos esses como a expansão da APS, mudança de modelo e mudança de financiamento. Delimitei esse período considerando ser um relato de experiência do momento em que estive na equipe da Coordenação do Apoio a Gestão da APS.

Também se justifica pela necessidade de avaliar se o modelo de Apoio Institucional pensado em 2007 ainda se faz presente, ou se o nome está apenas arraigado na cultura organizacional da SES.

O apoio institucional “é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo para fazer a cogestão.” (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013, p. 51).

A função “apoio institucional” geralmente está relacionada às coordenações e equipes de APS municipais. No Brasil, apenas os estados da Bahia e Rio Grande do Sul contam com a função “apoiador” no seu quadro de profissionais da Coordenação Estadual de APS. Por isso, acredito que descrever esse processo será importante, considerando que o Rio de Janeiro é um dos poucos estados que trabalham com essa metodologia.

Desde 2011, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.488, o MS traz a fala e a importância do Apoio Institucional (AI) como umas das responsabilidades e atribuições do governo federal para apoiar a qualificação e consolidação da Atenção Primária nos estados e municípios. Sendo assim, acredito que descrever o apoio institucional e trazer sua importância para a gestão estadual contribuirá para o fortalecimento da equipe e da Superintendência de Atenção Primária, tanto para dentro da Secretaria de Estado de Saúde quanto para as coordenações municipais de APS.

Diante desses questionamentos, a questão norteadora que se apresenta é: como se deu a construção do apoio institucional na Superintendência de Atenção primária (SAPS) da SES-RJ e quais avanços e ações podemos observar desde a sua criação em 2007 até o ano de 2022?

O objeto da pesquisa consiste em analisar a função “apoio institucional”, como metodologia de trabalho da Superintendência da Atenção Primária do estado do Rio de Janeiro, no sentido de avaliar se a função de cogestão ainda é um processo de trabalho realizado pela equipe, ou se apenas permanece essa nomenclatura.

A dissertação será apresentada com a seguinte organização: a Introdução que se apresenta; Os objetivos geral e específicos; O referencial teórico com dois capítulos que versarão sobre: 1 - A Organização da Secretaria de Estado de Saúde, o processo de regionalização do estado e como a Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) está organizada no estado do Rio de Janeiro; 2 - O conceito de apoio institucional, como se iniciou o modelo de organização do processo de trabalho e o papel do apoio institucional na APS e no Brasil; seguirá com o percurso metodológico; o capítulo que versará sobre os resultados do estudo, no qual abordo os processos gerenciais com a implantação do apoio institucional na gestão estadual da SES-RJ, as considerações finais do estudo e a elaboração de uma nota técnica com as atribuições do apoiador institucional, produto elaborado para contribuir na construção do apoiador dentro da SAPS/SES/RJ.

1 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1 Objetivo geral

Analisar a trajetória da Superintendência de Atenção Primária da SES/RJ, tendo como metodologia de trabalho o apoio institucional, para a organização, ampliação e qualificação da APS no estado do Rio de Janeiro, no período de 2007 a 2022.

1.2 Objetivos específicos

- a) Traçar o percurso histórico da construção da Coordenação de Apoio à Gestão da APS na Secretaria de Estado do RJ, de 2007 a 2022;
- b) Sistematizar as ações realizadas pela equipe do apoio institucional da Superintendência de APS (SAPS)/SES-RJ, no período de 2007 a 2022;
- c) Propor a criação de uma nota técnica que possa documentar as atribuições do Apoio Institucional, dentro da SAPS/SES/RJ, como uma estratégia fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A organização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Em 1960, com o surgimento do Estado da Guanabara, a estrutura da Secretaria de Saúde passou a ter dois órgãos principais: a Superintendência de Saúde Pública e a Superintendência de Serviços Médicos - esta com a finalidade de operacionalizar a rede hospitalar do Estado da Guanabara. Com a fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, foi estabelecida uma organização básica para o novo estado. Assim, a Secretaria de Estado de Saúde foi criada através do Decreto Estadual nº 10, de 15 de março de 1975, que descreveu sua primeira estrutura e competência (Rio de Janeiro, 2007).

O modelo assistencial do estado na época do estado da Guanabara, década de 1970, apresentava algum grau de regionalização, considerando a localização dos hospitais e postos de saúde; no entanto, não tinham qualquer organização e integralidade, existindo uma grande dicotomia entre as ações preventivas e curativas (Parada, 2001).

Com a fusão do “velho” estado e o estado da Guanabara, a nova Secretaria de estado passou a ter, além das ações preventivas e serviços de saúde pública, função e ações médico-curativa. As unidades, que até então eram geridas por entes federais, passaram a responder por ações que não estavam na sua governabilidade e isso trouxe ao estado dificuldades do ponto de vista de gestão e financiamento, culminando com o início da decadência da assistência hospitalar do estado. (Parada, 2001).

A capacidade instalada do município do Rio de Janeiro, no entanto, não trouxe grandes mudanças ao município: as prestações de serviços desses hospitais continuaram autorreferidas e sem articulação e organização com as esferas estaduais e federais. Isso fortaleceria, ainda mais, o município do Rio de Janeiro frente à Secretaria Estadual de Saúde.

Somente em 1986, o governo do estado assumiu seu papel de coordenador da Secretaria Estadual de Saúde, participando do processo de implementação dos AIS (Ações Integradas de Saúde). Criou-se, no organograma da SES, a Subsecretaria de Municipalização, cuja responsabilidade foi “aprofundar e expandir a disseminação dos

convênios AIS com repasse de unidades e responsabilidades para os municípios” (Parada, 2001).

Na Baixada Fluminense, a SES assumiu o Programa Especial de Saúde na Baixada”, ampliando o acesso com resolutividade – segundo Parada (2001, p. 52), a “primeira atitude concreta em tratar esses municípios de forma homogênea, inaugurando o planejamento regional”.

A criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) – precursor do SUS –, no final da década de 80, fortaleceu as políticas de descentralização e o estado como centro de transformação das políticas de saúde. Foram introduzidas mudanças na estrutura organizacional da SES que visavam adequar as novas atribuições e o novo papel de condução da política de saúde do estado.

Nos anos que se seguiram, com a Constituição de 88 e o SUS, o Ministério da Saúde publicou as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que regulamentaram a operacionalidade das políticas. Alguns avanços puderam ser percebidos, como a transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios. No entanto, permaneceram algumas dificuldades: imprecisão e pouca clareza do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema, fortalecendo o lugar de relação direta entre a instância federal e municipal (Levcovitz; Lima; Machado, 2001).

Com relação à organização do sistema, as NOBs apresentaram avanços, com orientação da capacidade gestora e organização de redes em diversos estados e municípios. Entretanto, havia heterogeneidade entre eles, persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior como excesso de oferta de algumas ações, escassez de outras e falta de integração entre os serviços (Levcovitz; Lima; Machado, 2001). Isso, segundo Parada (2001), fez retornar a “velha cultura organizacional”, a “velha SES do período da pré-fusão” de uma cultura sanitarista voltada para a priorização das ações no interior do estado e os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária.

A mudança de gestores estaduais e a “secundarização da saúde” nas políticas públicas estaduais atrasaram o processo e consolidação do estado como formulador de políticas, e trouxeram uma municipalização desarticulada, fazendo com que as prefeituras partissem em busca de autonomia e tentassem por si organizar as relações intermunicipais (Mattos, 2013).

2.2 O processo de regionalização de saúde no estado do Rio de Janeiro

A Lei Orgânica da Saúde, editada em 1990 como parte da indução normativa federal que sustenta o SUS e trata dos seus princípios e diretrizes, reconheceu como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde (Carvalho; Jesus; Senra, 2017).

O conceito de regionalização já vem sendo discutido por Dawson desde a década de 1920. O relatório, elaborado por solicitação do governo britânico, teve por objetivo montar uma organização e provisão de serviços para um dado território, associando a medicina preventiva e curativa, tendo a Atenção Primária como ordenadora do cuidado. Apesar de elaborado na década de 1920, até hoje está em discussão e serve como base para a organização de alguns sistemas de saúde (Kuschnir *et al.*, 2010).

A regionalização e a hierarquização são consideradas instrumentos de gestão para alcançar os princípios fundamentais do SUS, de universalidade, integralidade e equidade e como tais possibilitam o desenvolvimento de estratégias que reforçam a relação da região como atributo fundamental para sua organização e funcionamento (Brasil, 2021).

O princípio da regionalização está ligado, diretamente, ao da descentralização, que significa a distribuição de competências e responsabilidades entre as três esferas de governo – União, estados e municípios –, esferas autônomas, com capacidade político-legislativa, priorizando os níveis regionais e locais (Brasil, 2021).

Apesar de discutido nas leis orçamentárias da década de 90, apenas em 2001, com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), o debate sobre regionalização e a constituição das redes assistenciais ressurgiu, porém com o imenso desafio de superar a fragmentação do sistema (Lucena *et al.*, 2022).

No estado do Rio de Janeiro, o processo de regionalização iniciou-se, em 2006, com a adesão ao Pacto pela Saúde, afirmando um compromisso de uma gestão compartilhada e comprometida com os princípios do SUS. O pacto propôs que as Regiões de Saúde fossem desenhadas levando em consideração a diversidade econômica, social e cultural. A ideia seria alinhar as relações das regiões, contribuindo para melhorar a qualidade da atenção à saúde da população. Para isso, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) foram criados com o intuito de apresentar soluções para

os problemas locais e regionais, construir planos regionais que pudessem garantir o acesso, a integralidade das ações e resolutividade da atenção (Mattos, 2013).

A assinatura do Termo de Compromisso de Gestão era um acordo estabelecido entre as esferas de governo que formalizava o Pacto pela Saúde, e compreendia responsabilidades, objetivos e metas associadas a indicadores de monitoramento. A assinatura desse termo de compromisso substituíu a habilitação dos municípios prevista nas Normas Operacionais Básicas (Viana; Lima, 2011).

Com a finalidade de implementar o Pacto pela Saúde, em 2007, o estado criou o Programa Saúde na Área. Essa iniciativa teve a finalidade de conhecer as realidades locais e estreitar os laços entre os gestores municipais e a SES, reforçando ainda mais a regionalização e a aproximação da SES com os municípios (Pinheiro *et al.*, 2014).

Em 2009, foram realizadas agendas como Oficinas de Regionalização e Seminários de Planejamento Regional, atividades promovidas pela SES com o intuito de acolher os gestores municipais (Pinheiro *et al.*, 2014; COSEMS, 2013), pactuar uma proposta de desenho das Regiões de Saúde do estado e elaborar uma agenda para o desenvolvimento dos planos regionais. Para isso, foram constituídos os Colegiados de Gestão Regionais (CGRs), em cada região de saúde (9 regiões de saúde/9 CGRs), por meio das Deliberações da Comissão Intergestores Bipartites nº 648 e nº 649, de 5 de maio de 2009 (Lucena *et al.*, 2022).

A conformação dos CGRs enfatizava, para o estado e municípios, a organização da rede assistencial e o planejamento regional, vinculados a identificação de problemas e particularidades de cada região. A potencialidade dessas instâncias em fortalecer o enfoque territorial no planejamento em saúde, com incorporação de diferentes atores políticos pertencentes às regiões, sugere o espaço regional como locus de formulação e implementação de políticas (Vianna; Lima, 2013).

O reconhecimento do espaço regional pelos gestores contribuiu para a construção de políticas adequadas às distintas realidades regionais e sinalizou para a SES as prioridades e rumos a serem tomados (Vianna; Lima, 2013).

Posteriormente, em 2011 as CGRs foram substituídas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), através do Decreto Presidencial nº 7.508, vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais e de acordo com as diretrizes da CIB. As CIRs se caracterizam como instância de negociação intergovernamental responsável por pactuar a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde no âmbito regional.

Segundo o regimento interno da CIR (2012), o colegiado buscou o consenso por meio de avaliações técnicas realizando debates e negociações, pactuando a organização das ações e serviços de saúde, “para conformar redes regionais de atenção, segundo as diretrizes organizativas e os aspectos operacionais do SUS”.

O Decreto nº 7.508/11 apresentou como uma de suas diretrizes a conformação, no SUS, de uma rede regionalizada e hierarquizada em que suas “regiões de saúde” deveriam organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, garantindo minimamente um cuidado integral em tempo oportuno (Carvalho; Jesus; Senra, 2017).

Dentre o conjunto de aspectos relevantes de que dispõe o Decreto, pode ser destacada, do ponto de vista organizativo, a definição da atenção básica como a porta de entrada prioritária do sistema; e o estabelecimento dos novos dispositivos para o planejamento do SUS, compreendido como ascendente e integrado, pautado pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recursos, induzindo a organização de redes de atenção, privilegiando as principais linhas de cuidado que se somam aos esforços desenvolvidos pelos estados e municípios para garantir o acesso à saúde de modo regionalizado (Carvalho; Jesus; Senra, 2017, p. 1.156).

A partir de 2015, foi inserida na estrutura da SES a Assessoria de Regionalização (AR), na qual ficaram vinculadas todas as ações sobre regionalização da secretaria. Dentre as principais ações da AR nesse ano, houve o acompanhamento da discussão e formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (SES/RJ).

Em 2015, realizou-se o I Seminário sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), com o objetivo de compartilhar experiências e estimular a criação de consórcios nas regiões de saúde do estado. A formação de consórcios surgiu como uma estratégia dos municípios na superação das dificuldades de oferta de serviços (Rocha, 2023).

O ano de 2016 foi marcado pela crise econômico-financeira do estado do Rio de Janeiro, que se estendeu até 2019. Em 23/12/2015, foi publicado o Decreto nº 25.521, que declarou o estado de emergência no sistema estadual de saúde. Tal crise impactou no processo de funcionamento da instituição, que precisou readequar suas necessidades de acordo com a crise financeira. Importante destacar que, no mesmo período, os recorrentes atrasos salariais do funcionalismo público impactaram no trabalho e no comprometimento do alcance de metas estabelecidas neste período (Rio de Janeiro, 2016).

A partir de 2019, algumas mudanças organizacionais foram realizadas na estrutura da SES. A criação da Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde (SGAIS) fez o estado retomar seu papel de coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com destaque para a reativação dos cofinanciamentos aos 92 municípios em 13 diferentes modalidades. Buscou-se, assim, fortalecer as ações locais e complementar a rede de atenção, com foco no fortalecimento regional e na organização de redes regionais de atenção à saúde (SES-RJ, 2019).

2.3 A organização da Atenção Primária à Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

A gestão estadual que se iniciou em 1999 e foi até o ano de 2006, nomeou um secretário de Saúde com experiência e militância no SUS, que trouxe para a gestão estadual o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorganizar a atenção básica e reorientar o sistema de saúde. Com o objetivo de sensibilizar e incentivar os municípios na expansão desse modelo de saúde, foi criada uma “Coordenação do Programa de Saúde da Família”, ligada diretamente ao gabinete do secretário de Saúde, com uma equipe responsável por treinar e capacitar os municípios para atuarem no PSF (Mattos, 2013).

No entanto, o estímulo a expansão do PSF não significava necessariamente a efetiva reestruturação da atenção básica, pois as UBS e centros municipais funcionavam como outros modelos e lógicas diferentes de atenção básica. Muitas das vezes, era comum encontrar em um mesmo município um coordenador para Atenção Básica e outro para o PSF.

Não se evidenciava naquele cenário uma proposta de coordenação de Atenção Básica que pudesse abarcar todos esses modelos e integrá-los no acompanhamento da saúde da população. O que reflete em dado momento as políticas de incentivo do Ministério da Saúde ao modelo da ESF, e do incentivo direcionado pela Gestão Estadual a sua expansão, por meio de supervisão e acompanhamento mais enfático das equipes e o seu cumprimento das ‘normativas’, no entanto, desconexo do enfrentamento de se fazer apoio à gestão desse corpo fragmentado da Atenção Básica no território (Mattos, 2013, p. 66).

Em 2006, através da Portaria Ministerial nº 648, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a ESF como modelo prioritário de atenção básica

para todo o país e também ordenadora do cuidado e das redes de atenção à saúde. Estabeleceu, ainda, entre suas definições as responsabilidades de cada esfera do governo.

No tocante às responsabilidades do governo estadual, a Portaria nº 648 descrevia como de competência do Estado:

Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica [...]. Prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos (Brasil, 2006).

Essa portaria trouxe a condução da Atenção Primária no país, com a indução da Estratégia de Saúde da Família. Ao mesmo tempo, trazia para as secretarias estaduais uma corresponsabilidade na ampliação da Atenção Primária. Nesse contexto, em 2007, criou-se a Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, e com ela a Política Estadual de Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro.

O grupo gestor que chegou para compor a nova superintendência encontrou uma equipe de profissionais que desempenhavam, até então, uma relação de mediador de políticas federais junto aos municípios e que não tinham direção sobre os objetivos da Atenção Primária no nível estadual. Tal fato, na observação de Gutierrez (2008), trazia técnicos com baixa autoestima, já que não havia definição do papel do estado para a Atenção Primária.

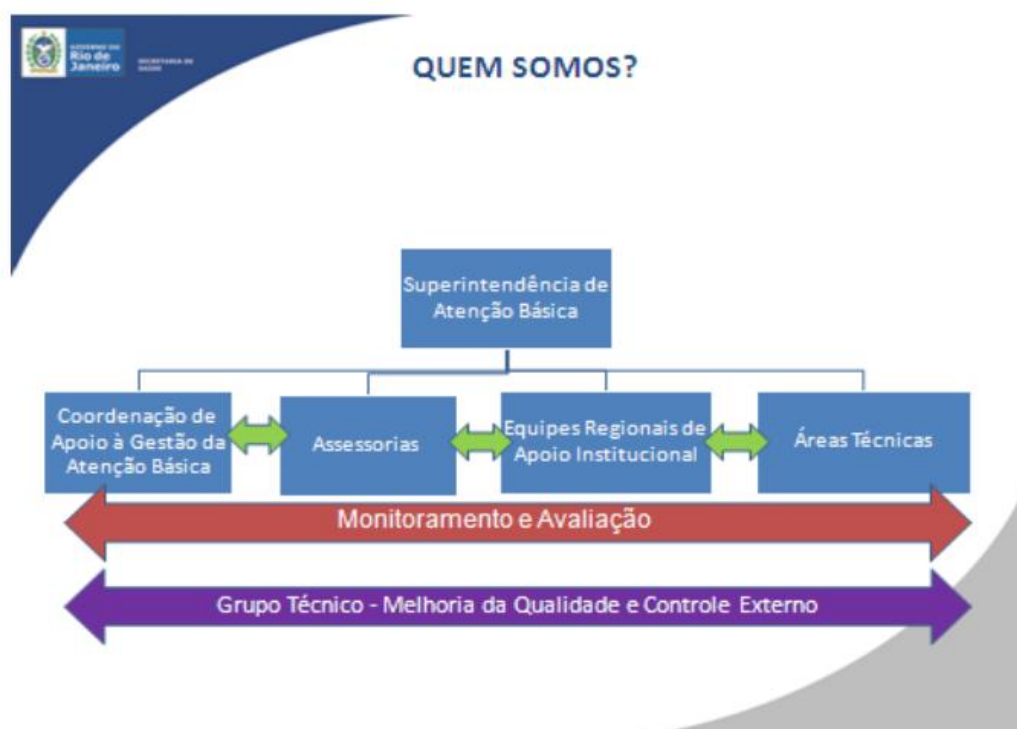
Sendo assim, Gutierrez (2008) propôs à primeira superintendente de Atenção Básica do estado, a necessidade de maior protagonismo dessa instância de gestão para que se pudesse efetivamente fazer frente aos problemas sanitários que tomam a história do estado do Rio de Janeiro.

O estado era reconhecido como sendo fortemente marcado por um modelo hospitalocêntrico, de baixa cobertura de atenção básica e com uma história de esvaziamento de seu papel técnico-político. Assim, a compreensão era de que só seria possível ampliar e fortalecer a atenção básica do estado do Rio de Janeiro se conseguisse aumentar a governabilidade dos sistemas estadual e municipais de saúde, alcançando desenvolvimento institucional do SUS (Mattos, 2013).

Para isso, a nova equipe propôs o referencial teórico do método Paideia e da metodologia do Apoio Institucional (Campos, 2000). “Um dos caminhos encontrados foi o de investir no planejamento coletivo, em especial no cotidiano, fazendo gestão compartilhada dos projetos e processos” (Gutiérrez, 2008). Assim, com a nova proposta de mudança do modelo organizacional da superintendência e a metodologia do Apoio Institucional trazida pela equipe de Campinas, a SES, que era dividida em programas, passou a construir espaços coletivos para dentro das áreas técnicas e com os municípios, de forma a discutir a cogestão nos processos de trabalho.

A Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, como foi denominada inicialmente, era ligada à Subsecretaria de Atenção à Saúde e dividia-se em Coordenação Geral de Apoio à Gestão e Coordenação de Integração de Políticas e Projetos. A coordenação de Apoio à Gestão subdividia-se em Gerência de Apoio aos Municípios da Metropolitana I, Gerência de Apoio aos Municípios do interior, Gerência de Monitoramento e Avaliação e Gerência de Educação Permanente.

Figura 1 – Organograma da Superintendência de Atenção Básica, SAS/SES-RJ, 2007



Fonte: Almeida, 2013, p.13.

Na mesma época, algumas áreas técnicas saíram da Superintendência de Vigilância e passaram a compor a Superintendência de Atenção Primária. Entre elas, foram criadas as áreas técnicas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente e área técnica de Aleitamento Materno. Todas elas compunham o PAISMCA (Programa de Atenção Integral a Saúde Mulher, Criança e Adolescente), que foi desmembrado em áreas técnicas.

Novas gerências também foram criadas e incorporadas à Gestão Participativa e Educação Permanente (SABEG): Gerência de Políticas específicas, que trabalhavam com interesses para a saúde da população negra, quilombola, assentados, LGBT, População Indígena, População em situação de rua e privados de liberdade; criação da Gerência de Práticas Integrativas, na qual se agregam acupuntura, homeopatia, fitoterapia e plantas medicinais; e criação da área técnica Coordenação de Educação em Saúde.

A Coordenação de Educação em Saúde (COOEDUS) é uma área de interface da Educação com a Coordenação do Apoio à Gestão da APS, áreas técnicas da Superintendência de Atenção Primária à Saúde e outros setores da SES-RJ. Tem como principal objetivo a qualificação, através de cursos e treinamentos, para profissionais da Atenção Primária à Saúde e áreas afins, dos 92 municípios do estado (Rio de Janeiro, 2021).

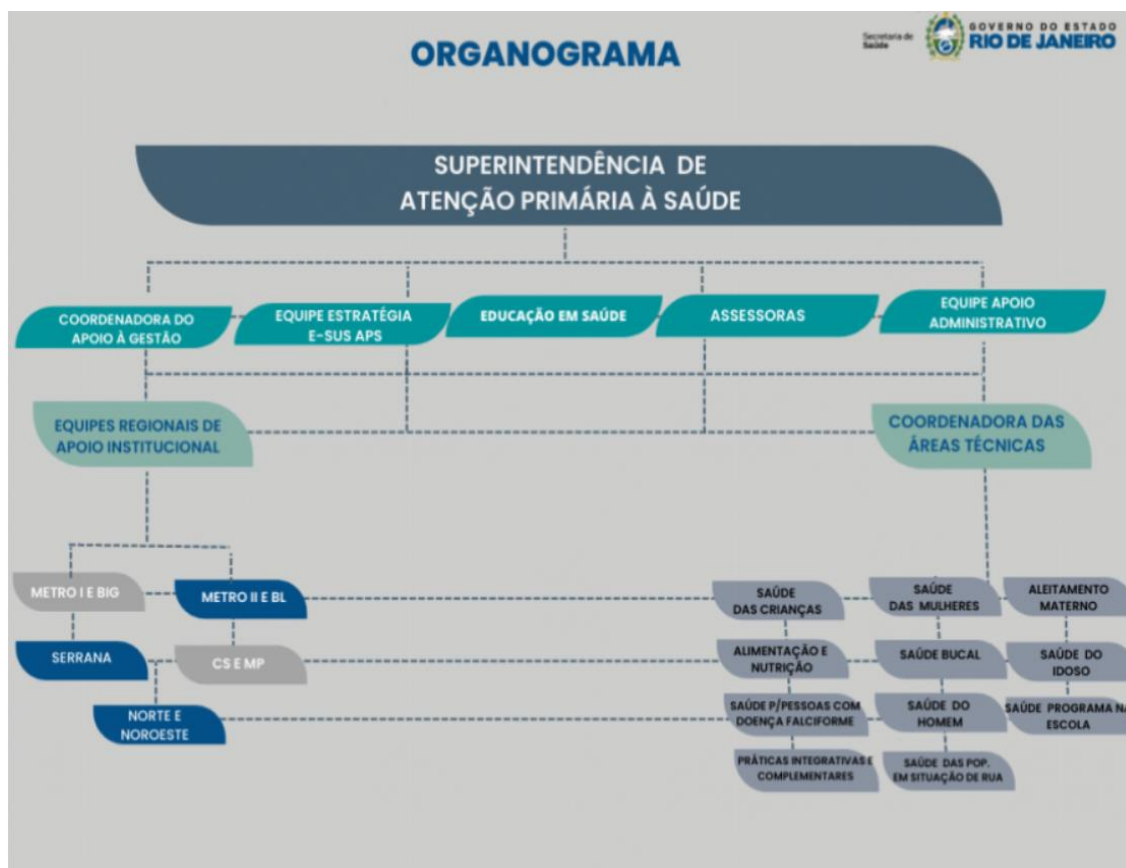
Além das já existentes, foram incorporadas ao organograma da SABEG: área técnica de Violência, Saúde do Idoso, Nutrição e Alimentação, Saúde Bucal, Saúde Mental e Saúde do Homem.

Posteriormente, a partir de 2019, foi incorporada à SAPS (Superintendência de Atenção Primária à Saúde) a área técnica de Saúde para Pessoas com Doença Falciforme. Com a publicação da Resolução SES-RJ nº 1.799, de 11 de fevereiro de 2019, essa área técnica passou a coordenar as ações para implementação da Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Falciforme no estado do Rio de Janeiro, que tem a finalidade de reduzir a morbimortalidade por transtornos falciformes, pela implantação da linha de cuidado às pessoas com doenças falciformes (Rio de Janeiro, 2021).

Com reformulação do organograma, as áreas técnicas de Violência e Saúde mental voltaram para a Superintendência de Vigilância em Saúde.

Na Figura 2, observamos o organograma atual da Superintendência de Atenção Primária, disponibilizado na página da web da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Figura 2 - Organograma da Superintendência de Atenção Primária à Saúde



Fonte: SES-RJ.

As equipes regionais para apoio institucional compõem a Coordenação de Apoio à Gestão da APS (COOAGAPS). Para cada região, dois a três apoiadores institucionais buscam estratégias de aproximação com seus entes municipais e atores-chave, no intuito de qualificar, fortalecer e ampliar a ESF nos municípios.

Desde 2007, há o reconhecimento, na SES-RJ, de que o apoio institucional integrado aos municípios pode ser uma forma de conhecimento e ampliação de saberes que traz aos entes envolvidos capacidade gestora ampliada para o fortalecimento da Atenção Primária.

Nesse contexto, algumas estratégias de apoio foram elaboradas, no intuito de fortalecer esse processo com os municípios, como a criação de fóruns permanentes de atenção básica, criação de Grupos Técnicos de Atenção Básica (GT-AB),

realização de visitas técnicas para assessorar os municípios na elaboração de projetos para credenciamento de novos serviços de APS, além de elaborar materiais de apoio técnico para gestão municipal e apoiar na implementação, monitoramento e avaliação do programa de cofinanciamento estadual da APS.

A intenção dos Fóruns Permanentes de Atenção Básica e dos GT-AB era democratizar espaços coletivos que facilitassem a identificação das necessidades municipais e as possibilidades estaduais, agregando potências para uma organização competente da Atenção Primária no nível da gestão estadual do Rio de Janeiro (Almeida, 2013).

Além do apoio institucional e matricial realizado pela equipe de apoiadores da superintendência, e com o objetivo de ampliar a participação estadual do financiamento tripartite, o estado instituiu o incentivo financeiro para ampliação da cobertura da Atenção Primária através do cofinanciamento estadual. O primeiro cofinanciamento foi pensado em 2007 e reformulado em 2014 e 2019.

Em 2007, através da Resolução SESDEC nº 189, foi regulamentado o primeiro financiamento estadual de AB com a criação do Programa Saúde na Área, cujo objetivo era ampliar e qualificar as equipes de Saúde Família por meio de alcance de metas estabelecidas pela SES. O programa visava também à aproximação da Secretaria de Estado de Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde, por meio de visitas realizadas pelo secretário de Saúde do estado e sua equipe técnica às regiões de saúde (Ferreira, 2022).

Em 2013, a SES instituiu o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), que tinha o objetivo de melhorar a qualidade da atenção hospitalar em municípios de até 115 mil habitantes e incluía um componente de Atenção Básica para o repasse financeiro (SES-RJ, 2013). Com isso, foi instituído o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica – Cofinanciamento Estadual, que trouxe novas propostas para o repasse de recursos aos municípios (Ferreira, 2022).

Entre os anos de 2015 a 2018, não houve repasses estaduais para o financiamento da APS, devido à grave crise financeira do estado. O governo decretou estado de calamidade pública e enfrentou grandes dificuldades para manter o funcionamento das unidades de saúde, a prestação de serviços e honrar com a folha de pagamento dos servidores estaduais (Arruda, 2018).

A crise econômica, aliada à instabilidade política, com a mudança de vários governadores e secretários de Saúde investigados por corrupção na última década,

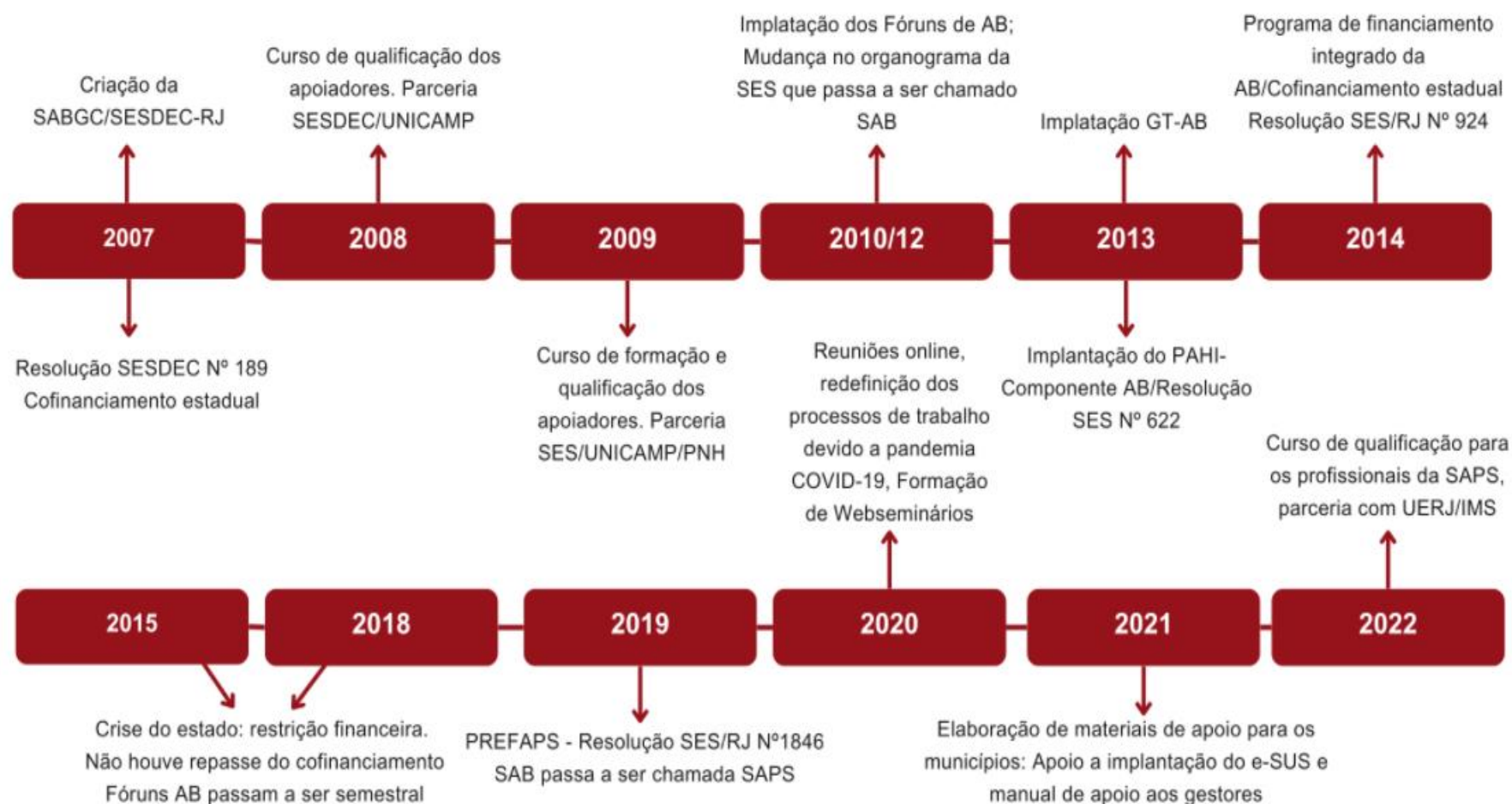
atingiu o estado e afetou a estrutura organizacional da SES-RJ, com desafios expressos na gestão (Silva, 2022).

No ano de 2019, com o início de uma nova gestão estadual, foi aprovado o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS), que conforme o financiamento de 2014, atendia a todos os municípios do estado do Rio de Janeiro com adesão voluntária dos municípios à sua participação (Ferreira, 2022).

Com o início de uma nova gestão em 2019, a Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) passou a exercer esta nomenclatura, extinguindo o nome de Superintendência de Atenção Básica, organizando-se em abinete, com assessoria ao gabinete e equipes regionais para apoio institucional junto aos municípios de cada uma das nove regiões de Saúde do estado e áreas técnicas para apoio matricial (Rio de Janeiro, 2023).

Na Figura 3, é apresentada uma linha do tempo que traz a organização do processo de trabalho da COOGAPS, objeto deste estudo.

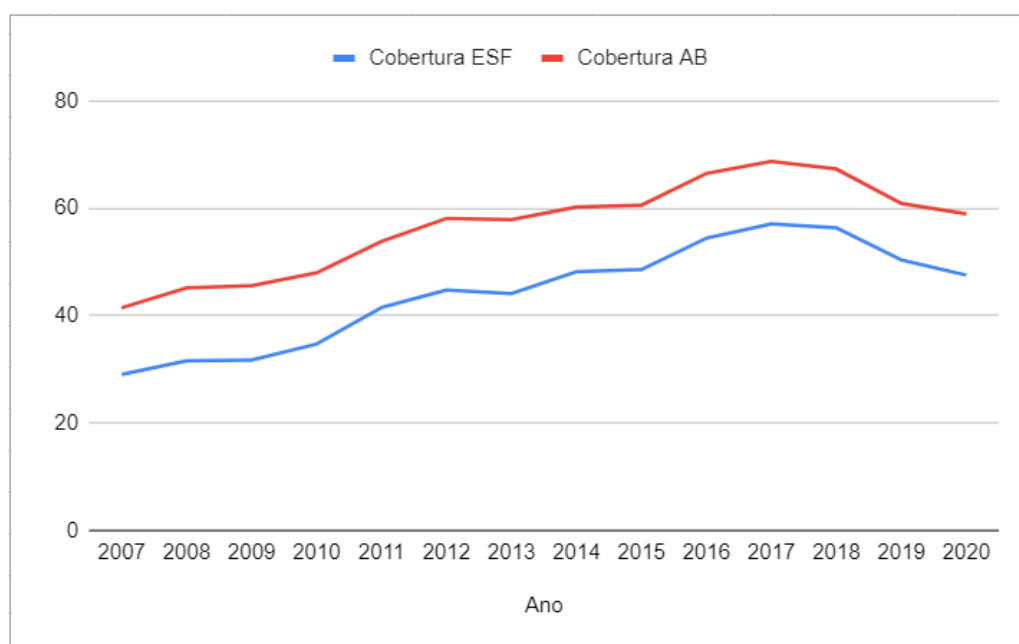
Figura 3 – Linha do tempo do processo de trabalho da Coordenação de Apoio à Gestão da SAPS/SES-RJ



Fonte: A autora, 2024.

Em relação à cobertura da ESF e da AB no estado do Rio de Janeiro, observamos, no período de 2007 a 2020, o acréscimo em ambas, chegando a quase 60% de cobertura de ESF em 2017, decrescendo a partir de 2018 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Cobertura de ESF e Cobertura da AB do estado do Rio de Janeiro, 2007-2020



Fonte: E-Gestor-AB, 2024.²

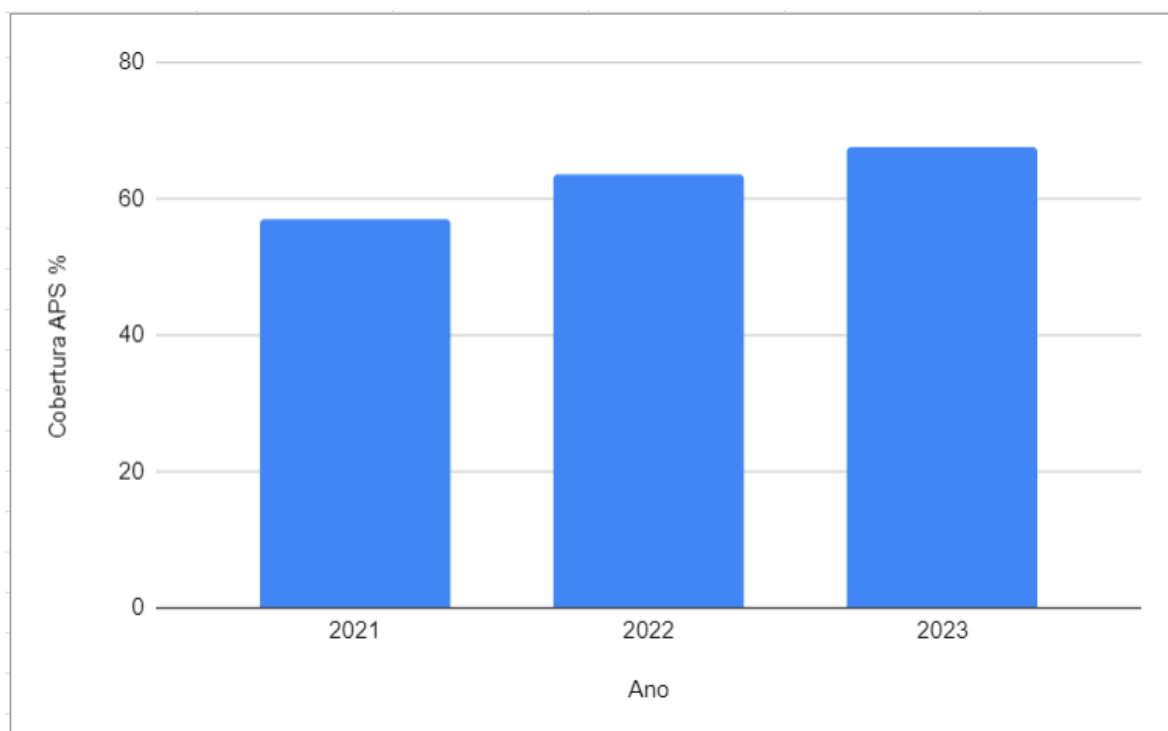
A forma de cálculo da cobertura de APS, a partir da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, foi reformulada com as inovações do Programa Previne Brasil. O novo método de cálculo considerava o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) em relação à população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (E-Gestor, 2024).

De acordo com a nova fórmula de cálculo, a cobertura no estado apresentou um leve acréscimo nos anos de 2021 em diante, chegando a atingir pouco mais de 67% em 2023, mesmo com os impactos provocados com a pandemia de Covid-19, o

² Segundo a nota técnica do e-Gestor, a cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família é dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional, e a cobertura populacional estimada na Atenção Básica é dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional.

que nos levar a acreditar nos esforços realizados pelos municípios em aumentar o número da população e equipes cadastradas conforme proposto pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à captação ponderada do Programa Previnir Brasil.

Gráfico 2 - Cobertura da APS no estado do Rio de Janeiro, 2021-2023

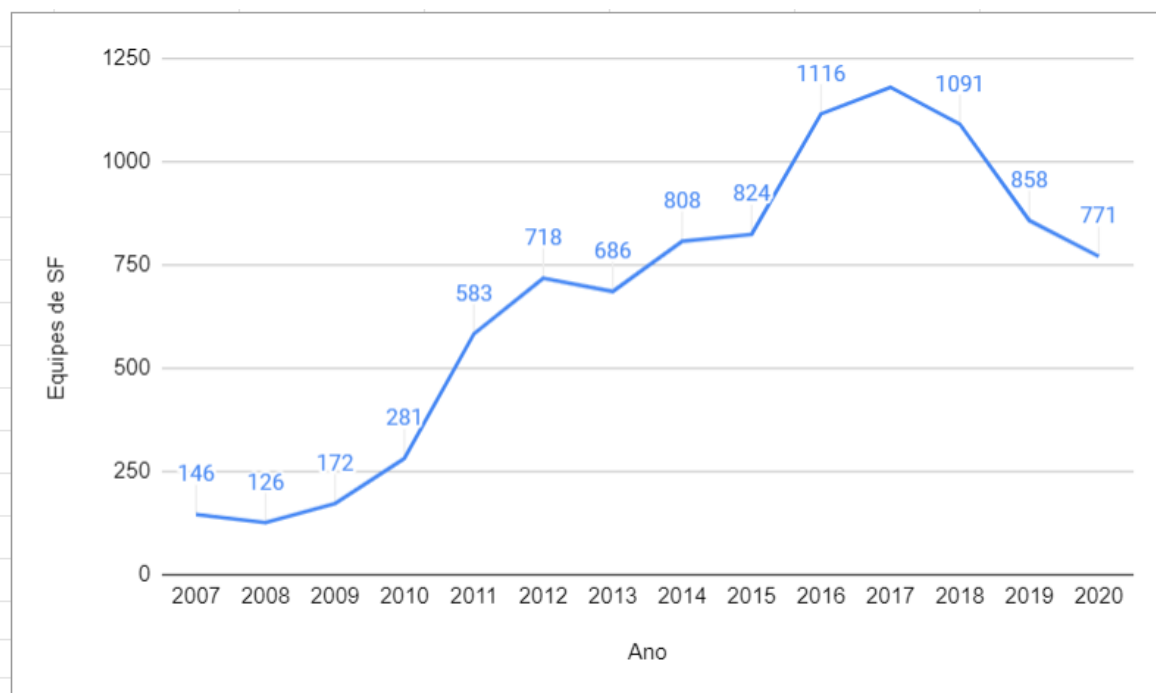


Fonte: E-GESTOR-AB, 2024³

Pode-se associar ao aumento da cobertura no estado pelo aumento expressivo no município do Rio de Janeiro. A cobertura de AB do município do Rio de Janeiro passou de 22,74% em 2007, chegando a 71% em 2017, com aumento de número de eSF de 146 em 2007 para 1.181 em 2017. O aumento da cobertura de AB e ESF impacta consideravelmente no estado como um todo, dada a relevância do município do Rio de Janeiro para o estado.

³ A cobertura da APS de equipes financiadas pelo MS, no Brasil, é calculada dividindo a população cadastrada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eESF) e da Atenção Primária (eAP) pela estimativa da população do Brasil multiplicado por 100.

Gráfico 3 - Número de equipes de SF no município do Rio de Janeiro, 2007-2020



Fonte: E-Gestor-AB, 2024.

O município do Rio de Janeiro tinha uma população de 6.320.446 habitantes, segundo o censo de 2010, que equivalia a 39% da população do estado. Isso torna relevante olhar a cobertura do município em separado, nesse período estudado (Gráfico 3).

A proposta de ampliação da ESF no município do Rio de Janeiro teve início em 2000, no governo de César Maia, com o até então secretário de Saúde Sergio Arouca, que trazia uma proposta ousada e radical de ampliar em 60% a cobertura da ESF no município. O foco principal eram as áreas vulneráveis, no entanto com o pouco tempo de permanência no governo sua proposta foi arquivada, só retornando com a nova gestão do prefeito Eduardo Paes, em 2008, quando se iniciou um período de expansão e novos investimentos na Atenção Primária (Guimarães *et al.*, 2022).

A gestão do prefeito Eduardo Paes (2009-2016) deu prioridade à expansão da ESF, com a criação das Clínicas da Família, ampliando de 128 para 956 equipes. A gestão investiu no acompanhamento de indicadores de saúde e remuneração por desempenho, o que melhorou a qualidade e a busca por eficiência. Houve também

evidências de melhoria no acesso à Atenção Primária, com a redução de internações por condições sensíveis à Atenção primária (Fernandes; Ortega, 2020).

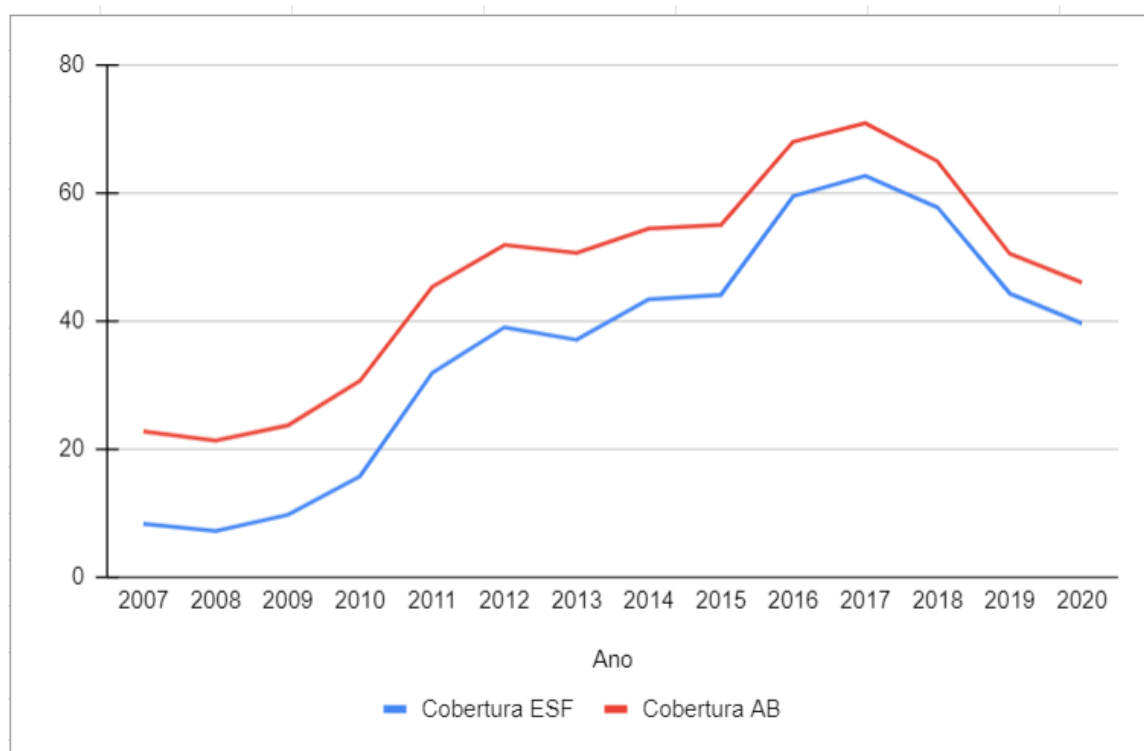
O declínio de cobertura tanto de ESF quanto da AB no estado, a partir de 2018, também pode estar associada ao período de desmantelamento e fechamento de várias eSF do município do Rio de Janeiro, que viu no mandato do então prefeito Marcelo Crivella (2017-2020), o enorme sucateamento da APS e dos serviços de saúde na cidade. “Os processos de precarização dos vínculos de trabalho, atrasos salariais, demissões e mudanças de gestores e nas organizações sociais que geriam trabalhadores foram características presentes ao longo dessa gestão” (Guimarães *et al.*, 2022, p. 28), agravando-se com a pandemia de Covid-19.

A redução do número de eSF, no mandato do prefeito Marcello Crivella, baseou-se no estudo da filosofia Lean (também chamado sistema Toyota de produção), que buscava “eliminar desperdícios por meio da melhoria de fluxos e envolvimento de pessoas qualificadas, resultando em aumento na qualidade e redução nos custos” (Fernandes; Ortega, 2020, p. 5). O documento lançado em 2018 apresentava um estudo realizado para a reorganização dos serviços da APS no município, visando à “otimização de recursos” como base na PNAB de 2017 e argumentando que a expansão da APS foi realizada de forma desordenada nos anos de 2009 a 2016.

Apesar das críticas ao estudo, a gestão municipal optou por reduzir as receitas para a Saúde, acompanhando a tendência federal. O que foi chamado de “redesenhar a cobertura da Atenção Primária” traduziu-se por supressão de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF (O’Dwyer *et al.*, 2019).

No plano municipal de saúde do Rio de Janeiro, no período de 2022/20025, foram enfatizadas a importância da recuperação da cobertura populacional e a formação de recursos humanos com qualidade técnica. Estas prevaleceram como a base dessa expansão, mesmo com a composição heterogênea da rede de atenção primária à saúde e áreas conflagradas pela violência, o que se traduz em dificuldade de provimento e fixação de profissionais (Soranz *et al.*, 2022).

Gráfico 4 - Cobertura da ESF e cobertura da AB no município do Rio de Janeiro, 2007-2020



Fonte: E- Gestor-AB, 2024.

3 COMPLEXIDADES E FERRAMENTAS DE GESTÃO: A CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA DO APOIO INSTITUCIONAL

3.1. A construção do método da cogestão: o método Paideia

O método Paideia ou método da roda surgiu como uma concepção teórica e metodológica desenvolvida por Campos (2000) para organizar o processo de trabalho. Entende o trabalho com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público e cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos.

Essa estratégia metodológica objetiva fortalecer os sujeitos, indivíduos e coletivos, a fim de construir uma democracia institucional, ampliando a capacidade de direção e de governo dos sujeitos, para aumentar suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade.

A partir da análise da Pedagogia e da Psicanálise, Campos (2000) construiu um método para análise e cogestão de coletivos, o método da roda, como uma tentativa de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas.

O termo Paideia vem de origem grega e significa cidadania, direito das pessoas e espaço de compartilhamento de poder. O método Paideia, pensado pelo autor, é uma forma de adaptação desses conceitos em que se busca, no trabalho, o desenvolvimento das pessoas em mediar conflitos, tomar decisões, estabelecer compromissos e contratos e ampliar a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações (Campos *et al.*, 2014).

O trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades. Um esforço de crítica e de síntese. Uma crítica às concepções dominantes sobre modos para analisar e gerir o trabalho em equipe. A ideia de que a gestão é uma tarefa coletiva - sistemas de Cogestão - e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas (Campos, 2000, p. 3).

A construção de um método de cogestão que buscasse a democratização de ideias entre seus trabalhadores e pudesse se contrapor à “racionalidade gerencial hegemônica” é o que Campos denomina como eixo conformador do taylorismo”:

A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar à maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheio (estranhos) a eles (Campos, 2000, p.10).

Nesse sentido a cogestão, relatada por Campos, deve investir permanentemente na construção de uma visão dinâmica dos processos organizacionais, incentivando a participação dos atores para formarem coletivos organizados, voltados à produção de bens ou serviços, bem como à gestão da instituição e de seus processos de trabalho.

A cogestão reconhece que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas e produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder dos trabalhadores e usuários das organizações, devendo então ser considerada como uma possibilidade de trilhar um percurso de construção coletiva entre trabalhadores e usuários (Castro, 2011). Para isso, Campos pensou no método de cogestão realizado através da roda, pensada como um espaço democrático, onde cada um entra com sua habilidade, sem desrespeitar o ritmo do coletivo.

O método Paideia busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, criando um modelo de gestão que combine autonomia com responsabilidade sanitária e certo grau de controle social através da democratização da instituição (Castro, 2011). Assim, não se trata de uma proposta que desconsidera as funções gerenciais, mas um modo complementar para realizar a coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipes, diminuindo o grau de afastamento entre os executores das funções de gestão e os operadores das tarefas.

Campos, em sua tese intitulada “*Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia nas instituições: o método da roda*”, apostou na lógica da cogestão quando adotou o método de apoio Paideia, contrapondo ao método do autoritarismo, imposto nos locais de trabalho. Ou seja, incentivou a capacidade de produção de contratos, a instituição de compromissos, a democratização do poder no interior das instituições e na

possibilidade de todos expressarem seus desejos e interesses, compondo-os com a necessidade alheia.

3.2 Cogestão e apoio institucional

O apoio institucional é um recurso metodológico que busca reformular os mecanismos de gestão já instituídos. A gestão tradicional centra esforços na própria organização, na burocratização do trabalho e no empobrecimento subjetivo dos trabalhadores e usuários. A ideia da função apoio é reconhecer que a gestão pode produzir efeitos sobre o modo de agir e de ser dos trabalhadores e dos usuários das organizações.

A gestão não deve ser apenas a produção de bens e serviços, mas também a produção de sujeitos e coletivos organizados. Nesse sentido, a função apoio é destaque para diferentes possibilidades de formação de sujeitos (Castro; Campos, 2014).

É um método que reconhece as singularidades dos indivíduos, no qual ocorre a coprodução, ou seja, o indivíduo entendido como produtor de si mesmo e vivenciando esse processo dinâmico (Castro; Campos, 2014).

Campos (2013) afirma que a função do apoiador institucional é ajudar na gestão e na organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos nos quais os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção. É um processo que inclui a troca dos saberes, a circulação de afetos, especialmente a criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção.

A proposta que Campos traz sobre apoio institucional é de complementar os tradicionais mecanismos de gestão, e não de supri-los, trazendo a ideia de que as funções de gestão, como coordenação, planejamento e avaliação, sejam realizadas entre os sujeitos e não sobre eles.

A ideia do termo “apoio” indica “sustentar, e ao mesmo tempo empurrar o outro. Sendo, em consequência, sustentado e empurrado, por sua vez, pela equipe ‘objeto’ de intervenção” (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013, p. 54). Sendo assim, a ideia do

apoio institucional visa reunir uma série de recursos metodológicos que lidam com as relações entre os sujeitos de uma forma diferente do tradicional.

Alguns desses recursos metodológicos, estabelecidos por Campos, Cunha e Figueiredo (2013), estão relacionados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Recursos metodológicos do apoio institucional estabelecido por Campos, Cunha e Figueiredo (2013)

Primeiro	O Apoiador tem que se colocar na roda, ou seja, incluir-se no processo. O apoiador participa de reuniões, discussão de casos e também realiza práticas em conjunto com seus apoiados. É colocar em análise as relações de poder, de conhecimento e de afetos.
Segundo	O Apoiador deve trabalhar com a multiplicidade de objetivos, decorrentes da multiplicidade de interesses e visão do mundo de seus profissionais. Os trabalhadores são meio e também devem ser fim de qualquer resultado esperado.
Terceiro	O apoiador traz ofertas, mas também trabalha com demandas daquela equipe de onde está se interagindo e propondo-se a apoiar. Toda oferta do apoiador é uma oferta interessada e oferecer-se como apoiador também implica em relações de poder e de conhecimento desse próprio Apoiador.
Quarto	O Apoiador deve construir compromissos e contratos com os outros apoiados. Nesse sentido fatores externos, com fatores políticos e afetivos, podem estar mais estruturados a ponto de se estabelecer mediações nesses espaços de difícil controle.
Quinto	O apoiador deve pensar e fazer junto com as pessoas/ grupo apoiado, e não no lugar delas. Mesmo que seja necessário um conhecimento prévio dos objetos de contrato mais adequados é importante que o apoiador apoie o grupo, para que eles saibam à maneira deles.
Sexto	É necessário ampliar os espaços onde se aplica o Método Paideia, não apenas em espaços de reuniões, mas ter um pensamento reflexivo em outros espaços de trabalho.
Sétimo	É preciso autorizar os grupos a exercer pensamento crítico e desejar mudanças.
Oitavo	Estar também, no papel de agente e não somente de Apoiador. É saber que tem momentos que será necessário realizar atividades administrativas, atividade de supervisão, ou de funções específica. Esses processos se complementam e não são substituíveis.

Fonte: Campos; Cunha; Figueiredo, 2013.

O apoio se configura como um espaço de produção de mudanças, apostando na construção de espaços coletivos de compreensão e reflexão com potência de produzir impacto nas práticas de saúde.

O apoiador não se impõe de forma autoritária, mas coloca suas questões em debate com o coletivo de trabalhadores através de uma prática reflexiva em um espaço formal com outros apoiadores.

O apoiador é a figura que ajuda a equipe a refletir sobre suas práticas cotidianas, com o objetivo de aumentar a capacidade de intervenção sobre a realidade. Assim, ele funciona como um espelho capaz de reconhecer os valores e expressar propostas de mudança, por meio da composição de uma ética para si mesmo e para o outro (ou com o outro). Esta ética se baseia no fato de que o ser humano, para sobreviver, cria sociabilidade, conquanto haja regras para tanto, leis que limitam os desejos e interesses individuais em

favor dos interesses e desejos do outro. O apoiador se coloca neste processo para fazer um tipo de mediação/coordenação entre os interesses e desejos da equipe, usuários e gestores (Castro; Campos, 2014, p. 47).

Desta forma, o apoio é uma forma de fazer a cogestão, incentivando a participação dos sujeitos para formarem coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, bem como na gestão da instituição e de seus processos de trabalho. Configura-se como uma tentativa de trabalhar os diferentes saberes, poderes e afetos, sem menosprezar o conhecimento acumulado, mas introduzindo modificações na forma tradicional para atingir maior resolubilidade (Castro; Campos, 2014).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) define “apoio institucional” como um novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e exercitar as funções gerenciais.

O apoio institucional proposto pela PNH tem o papel de operacionalizar a diretriz da tríplice inclusão. A inclusão dos diferentes sujeitos: gestores, trabalhadores e usuários, assim colocada como diretriz metodológica, deve buscar o fortalecimento dos coletivos para a ampliação de sua capacidade de intervenção, no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade (Oliveira, 2011).

No documento base, de 2008, a PNH reformula e amplia a função do apoiador como sendo a “chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações”:

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde (Brasil, 2008, p. 52-53).

A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente” – que a

função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (Brasil, 2008).

3.3 Atenção Primária à Saúde e o apoio institucional como dispositivo metodológico de gestão

No final dos anos 1980, com a regulamentação do SUS, com foco na descentralização de serviços para a esfera municipal, ocorreu um aumento significativo de cobertura de APS no Brasil. Nesse cenário, surgiu o “Programa Saúde da Família”, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo de estratégia do governo para estruturar os vários modelos de APS que surgiram no Brasil (Klitzke, 2013).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o escopo da atenção primária e reafirmou a SF como estratégia prioritária para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. (Giovannella *et al.*, 2009).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde...Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (PNAB, 2006).

O PSF buscava consolidar um modelo de saúde capaz de superar as iniquidades e garantir o acesso da população aos serviços básicos de saúde. No entanto, muitos municípios não tinham uma rede de serviços organizada, o que dificultou a consolidação desse modelo. Nesse sentido, só a incorporação da ESF não foi suficiente para garantir o acesso da população aos serviços de saúde, o que representou um grande desafio para a gestão municipal (Andrade; Santos; Oliveira, 2016).

Pensando numa estratégia que pudesse reformular as práticas do cuidado e repensar a organização dos serviços, no ano de 2003 o MS implantou a política de avaliação da atenção básica. A temática da avaliação dos serviços possibilitaria aos trabalhadores repensar o cuidado ofertado e os processos de trabalho realizados, garantindo, assim, a melhoria da qualidade da atenção prestada e o acesso da população aos serviços (Andrade; Santos; Oliveira, 2016).

A consolidação dessa política de avaliação ocorreu com a implantação do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e integrou um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF.

O PMAQ-AB objetivava fortalecer a cultura de avaliação e incentivar o aperfeiçoamento dos serviços ofertados, e incorporou o apoio institucional como uma das dimensões de gestão a ser aferida, tanto na autoavaliação realizada pelas equipes, como na avaliação externa. Essa inserção representou um importante veículo de disseminação e indução da metodologia em âmbito nacional, em razão da abrangência e relevância adquirida pelo programa (Guizardi *et al.*, 2019).

Com a implantação do PMAQ, o MS reuniu indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de atenção à saúde. Essa estratégia buscava vincular o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e qualidade dos serviços ofertados pelas equipes de atenção básica.

O programa propôs-se a avaliar o desempenho dos serviços de saúde, potencializando a consolidação de um modelo de atenção que defendesse a melhoria da qualidade de vida das pessoas. A avaliação sistemática passaria a fazer parte da agenda dos sujeitos que atuam no SUS (gestores e trabalhadores). Para isso, o PMAQ apostou em algumas estratégias de gestão, estimulando a adoção do Apoio Institucional, Educação Permanente à Saúde, Acolhimento e a Participação dos Trabalhadores (Andrade; Santos; Oliveira, 2016).

Andrade, Santos e Oliveira (2016) avaliaram que, após a implantação do PMAQ em seu município, os trabalhadores observaram que o papel do apoiador institucional facilitou os processos de trabalho, com melhorias na organização dos fluxos, permitindo maior agilidade nas ações.

Segundo o trabalho de Klitzke (2013), o PMAQ induziu a implantação de estratégias de apoio institucional, que produziram mudanças nas práticas de gestão mesmo não sendo possível afirmar como esse apoio se dava na prática dos serviços.

O apoio institucional teve grande potencialidade para a qualificação da formulação em âmbito federal de políticas e programas de saúde. O diálogo estabelecido com os estados e municípios fomentou questionamentos e contraposições do trabalho normativo desenvolvido na gestão federal (Guizardi *et al.*, 2019).

Guizardi *et al.* (2019) buscaram avaliar a inserção do Apoio Institucional no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), a partir da implantação da PNAB no Brasil em 2011. A estratégia do Apoio Institucional implementada no DAB/MS criou e fortaleceu redes sociotécnicas, articuladas em função da PNAB, como dispositivo de mobilização e ação no Estado. Também observaram que a relação de apoio acabava reduzida ao papel de uma referência técnica formal, por vezes limitada ao desenho da estratégia de gestão adotada em determinadas conjunturas.

O trabalho de Cardoso, Oliveira e Furlan (2016) objetivou compreender a inserção do apoio institucional no processo de trabalho e de gestão da Atenção Primária do Distrito Federal. Segundo os autores, essa experimentação do apoio propiciou a mudança de seus processos de trabalho que não se distanciava das atividades do cotidiano e que teve a função de melhorar as relações de trabalho e as intervenções da prática do trabalho da Atenção Primária. Promoveu, ainda, a implantação de colegiados gestores; a ativação de redes de coletivos preocupados com a qualificação da assistência e da gestão; e a apropriação das práticas de gestão pelos trabalhadores.

Machado e Mattos (2015) analisaram o processo de trabalho dos apoiadores institucionais ligados às equipes de SF do município de Salvador que estavam, no período estudado, vivenciando o contexto de desestruturação do trabalho das equipes, condições inadequadas de trabalho, investimento insuficiente na saúde e dificuldades estruturais e gerencias. Concluíram, no entanto, que o apoio institucional constituiu-se como importante ferramenta de gestão, e juntamente com outras práticas podem reorganizar o processo de trabalho e mobilizarem as equipes a analisarem suas práticas. “Problematizar o cotidiano das equipes e possibilitar mudanças, por meio de ofertas concretas de condições de trabalho, educação permanente e Apoio Institucional são considerados pontos relevantes para a reorganização do processo de trabalho das equipes” (Machado; Mattos, 2015, p. 147).

Na experiência de gestão da atenção primária do Programa TEIAS da Escola Manguinhos da ENSP/Fiocruz, foi desenvolvido um trabalho integrado entre as equipes de Saúde da Família, o NASF e o Colegiado de Gestão. Nessa perspectiva, o trabalho realizado mostrou que o apoio institucional potencializou mudanças do modelo de gestão, relações mais horizontalizadas e solidárias, ampliando os graus de autonomia e a responsabilização dos trabalhadores.

Essa estratégia de cogestão permitiu também a reflexão sobre o apoiador enquanto sujeito, que não está isento de temores, dúvidas e angústias, mas ainda assim, pode tecer mediações no sentido de auxiliar as equipes a exercerem seu trabalho de uma forma mais coerente, menos angustiante e com maior resolutividade (Casanova; Teixeira; Montenegro, 2014, p. 4.424).

É importante destacar que a função de apoio pode gerar incômodo entre os atores envolvidos, especialmente quanto à dificuldade de reorganização dos processos de trabalho e repactuação das ações em um novo espaço de gestão nos serviços locais (Brito *et al.*, 2022).

Mello *et al.* (2017) investigaram os limites e as potencialidades das diretrizes gerais das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras para o apoio institucional, e concluíram que as condições de gerir os processos para a institucionalização do apoio não é uma realidade predominante nas capitais brasileiras e que essas gestões precisam ser apoiadas na condução desses processos através de contratos que possam definir a divisão de tarefas e responsabilidades.

Sob a ótica dos apoiadores do município de Campinas, o trabalho de Fernandes (2014) mostrou que, com o desinvestimento político nos programas municipais de saúde no período analisado, o apoio institucional se manteve incorporado apenas no discurso e na nomenclatura; o grupo de apoiadores se vê apenas realizando atividades que se organizam prioritariamente em resolver questões administrativas e burocráticas.

O trabalho de Apoio se realiza no encontro. Sem desconsiderar outras formas de comunicação que devem estar disponíveis, é esperado que o encontro presencial seja a marca das relações entre apoiador e sujeitos apoiados. É na roda, afinal, que se torna possível disparar reflexões, compreender sentidos, observar e intervir sobre os “não ditos”, contribuir com a instituição de espaços democráticos e negociar decisões (FERNANDES, 2014, p. 297).

O método do Apoio Institucional tem como pressuposto a prática da democratização das relações institucionais, com a inclusão de gestores, trabalhadores

e usuários como atores protagonistas e corresponsáveis na produção do cuidado em saúde, com estímulo a práticas que superem o modelo hegemônico (Brito *et al.*, 2022).

As experiências analisadas no trabalho de Brito *et al.* (2022) apontaram fragilidades, especialmente no que se refere à autonomia dos atores inseridos nos processos de tomada de decisão. Do mesmo modo, o trabalho observou a existência de processos de implementação de políticas de saúde desarticulados das demandas dos territórios, permeados pela falta de discussão e de análise em relação ao processo de trabalho, o que pode contribuir para um entendimento incipiente da função do apoiador institucional.

Brito *et al.* (2022) concluem que

É necessário reafirmar o Apoio Institucional enquanto ferramenta de gestão transversal, envolvendo e corresponsabilizando gestores, trabalhadores e usuários na produção de sujeitos e coletivos, que são parte da construção de políticas públicas inclusivas, fomentando a responsabilidade solidária e o estreitamento de vínculos afetivos, tecendo redes de saúde para a integralidade e efetivação do cuidado (BRITO *et al.*, 2022, p. 1386).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Abordagem teórico-metodológica

Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório, que faz uso da pesquisa bibliográfica e análise documental de dados secundários.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e mudar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Geralmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (Gil, 2002).

A pesquisa bibliográfica e análise documental têm como diferencial a natureza das fontes, enquanto o primeiro se baseia na contribuição de diversos autores sobre determinado tema, o segundo ainda não sofreu nenhum tratamento analítico. Em geral, são constituídos de documentos arquivados em órgãos públicos e privados e incluem também documentos como atas, ofícios, manuais, entre outros (Gil, 2002).

A pesquisa pautou-se em um estudo de caso na Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, aprofundando-se na Coordenação de Apoio à Gestão e no processo de trabalho realizado pela equipe do apoio institucional.

Segundo Yin (2020), o estudo de caso permite investigar características e eventos da vida real, em que é possível valorizar levantamentos e análises de registros em arquivos. O estudo de caso é a estratégia escolhida e a mais vantajosa quando o pesquisador quer examinar acontecimentos contemporâneos e as questões do “como” e “por que”, que motivam a pesquisa, estão presentes.

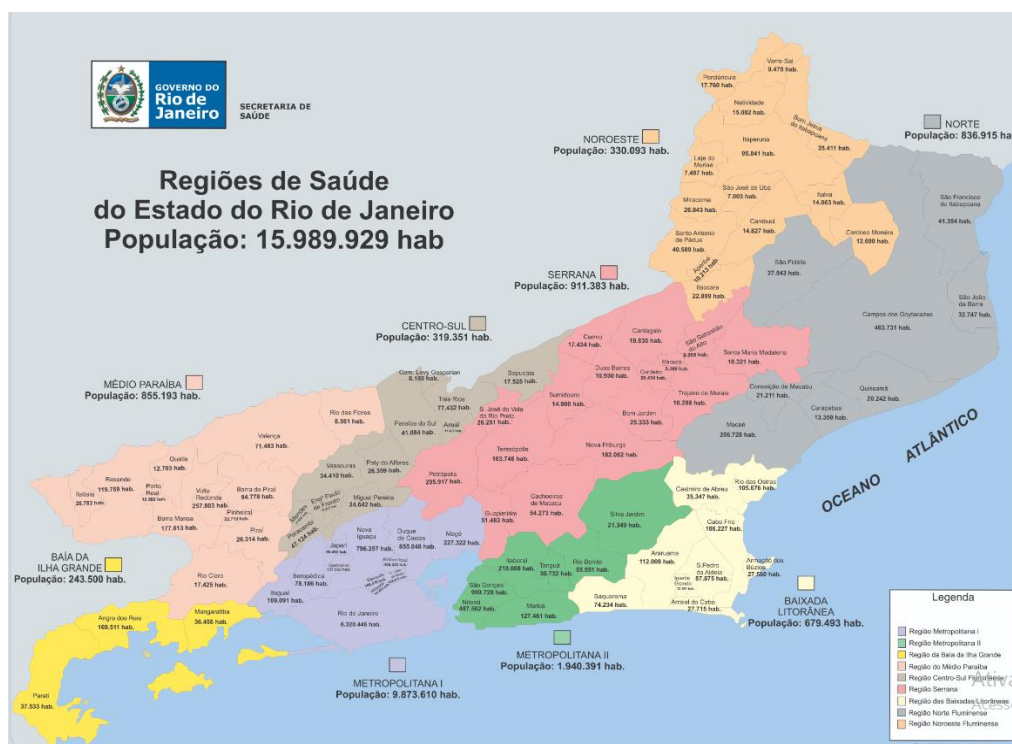
De acordo com Yin (2020), o estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, e também com a observação direta e série de entrevistas, o que já não é visto nas pesquisas históricas. Segundo o autor, embora esses dois tipos de pesquisas possam se sobrepor, “o poder diferenciador do estudo é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações –, além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional” (Yin, 2020).

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário do estudo é a Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Localizado na Região Sudeste brasileira, o estado do Rio de Janeiro limita-se com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo, e é uma das menores unidades da federação, com área total de 43.864,3 km². Em termos político-administrativos, apresenta 92 municípios distribuídos em oito regiões de planejamento e nove regiões de saúde, a saber: a região Metropolitana I, que integra o município do Rio de Janeiro em conjunto com a Baixada Fluminense, Metropolitana II, Baía de Ilha Grande, Centro-Sul, Médio-Paraíba, Serrana, Baixada Litorânea, Norte e Noroeste.

O Plano Diretor de Regionalização dividiu o estado utilizando basicamente a mesma divisão geográfica (regiões político-administrativas), com algumas adaptações (Kuschnir *et al.*, 2010).

Figura 4 - Mapa do estado do Rio de Janeiro, por região de saúde e número da população



Fonte: Rio de Janeiro, 2023.

Em 2022, a população do estado do Rio de Janeiro era de 16.055.174 habitantes e a densidade demográfica era de 366,97 habitantes por quilômetro quadrado, segundo o Censo de 2022. Na comparação com outros estados, apresenta-se na posição 3 de 27, em relação à densidade demográfica (IBGE, 2022).

Quadro 2 - Municípios do estado do Rio de Janeiro por regiões

Região	Municípios
Metropolitana I	Belford Roxo; Duque de Caxias; Itaguaí; Japeri; Magé; Mesquita; Nilópolis; Nova Iguaçu; Queimados; Rio de Janeiro; São João de Meriti; Seropédica
Metropolitana II	Itaboraí; Maricá; Niterói; Rio Bonito; São Gonçalo; Silva Jardim; Tanguá.
Baixada Litorânea	Araruama; Armação de Búzios; Arraial do Cabo; Cabo Frio; Casimiro de Abreu; Iguaba Grande; Rio das Ostras; São Pedro da Aldeia; Saquarema.
Baía de Ilha Grande	Angra dos Reis; Mangaratiba; Paraty.
Serrana	Bom Jardim; Cachoeiras de Macacu; Cantagalo; Carmo; Cordeiro; Duas Barras; Guapimirim; Macuco; Nova Friburgo; Petrópolis; Santa Maria Madalena; São José do Vale do Rio Preto; São Sebastião do Alto; Sumidouro; Teresópolis; Trajano de Moraes.
Centro-Sul	Areal; Comendador Levy Gasparian; Engenheiro Paulo de Frontin; Mendes; Miguel Pereira; Paracambi; Paraíba do Sul; Paty dos Alferes; Sapucaia; Três Rios; Vassouras
Médio Paraíba	Barra do Piraí; Barra Mansa; Itatiaia; Pinheiral; Piraí; Porto Real; Quatis; Resende; Rio Claro; Rio das Flores; Valença; Volta Redonda.
Norte	Campos dos Goytacazes; Carapebus; Conceição de Macabu; Macaé; Quissamã; São Fidelis; São Francisco de Itabapoana; São João da Barra.
Noroeste	Aperibé; Bom Jesus do Itabapoana; Cambuci; Cardoso Moreira; Italva; Itaocara; Itaperuna; Laje do Muriaé; Miracema; Natividade; Porciúncula; Santo Antônio de Pádua; São José de Ubá; Varre-Sai

Fonte: A autora, 2024.

O Quadro 3 apresenta informações das nove regiões de saúde, com área por Km², população e densidade demográfica. É possível observar que a região Metropolitana I apresenta uma população bem acima do observado em outras regiões. Observamos, contudo, que ela também não tem uma extensão de área tão grande quando comparada a outras regiões do estado, o que faz com que a densidade demográfica seja bem maior na Metropolitana I.

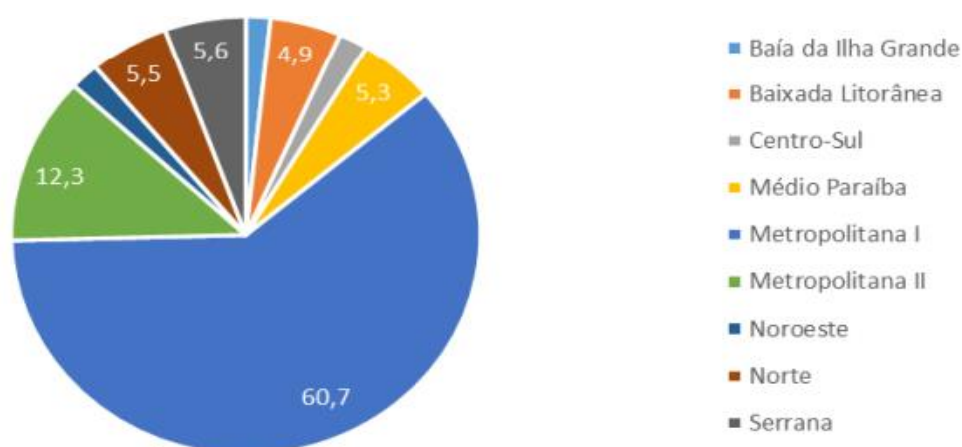
Quadro 3 - Informações sobre regionalização/ Regiões do estado do Rio de Janeiro, 2023

Região	Área (Km²)	População (Hab.)	Densidade
Baía da Ilha Grande	2.080,55	300.287	144,33
Baixada litorânea	2.695,47	870.304	322,88
Centro-Sul	3.218,98	343.570	106,73
Metropolitana I	3.440,12	10.585.667	3.077,13
Metropolitana II	2.712,35	2.145.025	790,84
Médio Paraíba	6.189,60	922.318	149,01
Noroeste	5.888,43	350.591	59,5
Norte	9.215,56	964.428	104,65
Serrana	8.255,01	981.159	118,86

Fonte: RAG, 2022.

No Gráfico 5, é possível ver a dimensão da população do estado concentrada na região Metropolitana I, onde está a capital do Rio de Janeiro.

Gráfico 5 - Distribuição da população por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro



Fonte: RAG, 2022.

4.3 Coleta e análise de dados

O estudo foi dividido em duas etapas, com pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

A primeira etapa consiste no levantamento de dados através da realização de uma pesquisa bibliográfica por artigos e teses, nas principais bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), tendo como descritores as palavras “atenção primária à saúde” AND “apoio institucional”; “atenção Primária à saúde” AND “apoio institucional” AND “gestão em Saúde”. Foram incluídos textos em português que se apresentaram na íntegra e relacionados ao apoio institucional como parte integrante do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos os materiais em duplicadas e os que não tiveram relação com o tema do estudo.

Na BVS, foram achados na primeira busca 85 trabalhos, e no SciELO foram achados 36 trabalhos.

Após leitura dos resumos dos trabalhos, foi observado que dos 85 trabalhos achados na BVS, apenas 40 mantinham relação com o objeto do estudo e dos 36 achados no SciELO, apenas nove relatavam o apoio institucional como ferramenta do processo de trabalho da APS.

Quadro 4 – Resumo dos documentos selecionados para pesquisa bibliográfica

Fonte	Descritor	Resultado da busca	Resultado da seleção
BVS	“Atenção primária à saúde” and “apoio institucional	85 textos	40 textos
	“atenção primária à saúde” and “apoio institucional” and “gestão		
	“atenção primária à saúde” and “apoio institucional” and “gestão		
Scielo	“Atenção primária à saúde” and “apoio institucional	36 textos	9 textos
	“atenção primária à saúde” and “apoio institucional” and “gestão		
Livros	Relacionados à Atenção Primária	03 livros	03 livros
	Relacionados ao Apoio Institucional	02 livros	02 livros
Dissertações e teses	Relacionados ao Apoio Institucional	05 textos	05 textos

Fonte: A autora, 2024.

A segunda etapa consistiu na coleta e sistematização dos dados secundários, documentos públicos e internos da SES, no âmbito da SAPS, na coordenação de APS sobre os registros de atuação da equipe do apoio institucional.

Os documentos incluídos na pesquisa continham as seguintes características: foram produzidos pela equipe do apoio no período de 2007 até 2022, como atas de reuniões internas e atas de reuniões com os municípios; relatórios de visita técnica dos municípios; relatórios de eventos ou cursos; relatórios dos GTs de Atenção Básica; relatórios dos Fóruns permanentes de Atenção Primária à Saúde; notas técnicas de produção da APS estadual. Também foram incluídos documentos normativos, dentre eles, as resoluções sobre o financiamento estadual, manuais de orientação aos gestores, produzidos pela equipe, e as deliberações da CIB que estavam relacionadas a ESF e ao apoio institucional.

Os documentos foram coletados na rede intranet da SES, organizados na pasta: Sub-Vigilância em Saúde (\\SES.RJ.GOV.BR\\fs\\SES\\Arquivos) (M):\\SUPAPS\\SAB\\Apoio ao município. É importante registrar o caráter restrito aos documentos da SES, cujo acesso só é realizado através de *login* e senha individual, permitido apenas para os funcionários da instituição. A busca ocorreu no ambiente de trabalho da pesquisadora, com disponibilidade de *login* e senha, facilitando o acesso aos documentos.

No Quadro 5, é apresentada a descrição do material levantado e produzido pela equipe da SES-RJ.

Quadro 5 - Documentos da esfera estadual referentes à Atenção Primária à Saúde

Tipologia do documento	Descrição do assunto	Ano de publicação
Resolução SESDEC nº 189	Aprova os critérios para qualificação das equipes de AB e regulamenta o repasse financeiro	2007
Resolução SESDEC nº 190	Aprova o fator de alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, segundo os municípios do estado do Rio de Janeiro.	2007
Deliberação CIB-RJ nº 1275	Regulamenta o repasse do cofinanciamento estadual da atenção básica para os municípios.	2011
Resolução SES nº 622	Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior	2013
Resolução SES nº 924	Institui o Cofinanciamento estadual de Atenção Básica	2014
Resolução SES nº 1477	Atualiza o programa de Financiamento integrado da Atenção Básica	2016
Resolução SES nº 2146	Estabelece critérios e repasses do cofinanciamento estadual – PREFAPS	2020
Manual Instrutivo para adesão ao cofinanciamento estadual	Material elaborado pela equipe do apoio para auxiliar os gestores a adesão ao cofinanciamento estadual	2014
Manual de Acolhimento aos novos gestores	Material produzido para auxiliar os novos gestores quanto a ampliação do acesso e qualificação das Políticas de APS do estado e da União.	2014 e 2021
Relatórios de Oficinas de Capacitação (PMAQ, e-SUS AB)	Atas e apresentações de Oficinas de capacitação realizadas com os municípios e regiões do estado do RJ.	2007 -2022
Relatórios dos fóruns permanentes de AB	Atas de reuniões preparatórias para os fóruns permanentes de AB	2007- 2022
Relatórios das reuniões do GT-AB	Atas de reuniões do GT-AB realizadas em 2 regiões do estado do RJ.	2007-2022
Relatórios de visitas técnicas	Relatórios de visitas técnicas realizadas nos municípios pela equipe do Apoio institucional nas 9 regiões do estado do RJ.	2007-2022
Atas de reuniões de equipe	Atas das reuniões realizadas pela equipe de apoiadores institucionais de AB das nove regiões.	2007-2022
Relatório de cursos realizados para a equipe do apoio institucional da SAPS.	Atas dos cursos de capacitação realizados para a equipe do Apoio Institucional	2008 (1 curso) 2012 (1 curso) 2022 (1 curso)
Relatório anual de gestão	Instrumento de gestão elaborado anualmente com a finalidade de apresentar aos gestores municipais os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde	2007-2022
Relatório do processo de formação dos apoiadores	Relatório elaborado pela equipe formadora dos apoiadores institucionais, em 2009 pela equipe da UNICAMP e em 2022, parceria SES e UERJ	2012 e 2022

Fonte: A autora, 2024.

Para cada uma das nove regiões administrativas do estado, um grupo de dois a três técnicos da Superintendência de Atenção Primária apoiam uma média de 10-12 municípios por região. Ao analisar os documentos produzidos pela equipe do Apoio e considerando que cada uma das nove regiões do estado do Rio de Janeiro realiza mensalmente reuniões com os coordenadores municipais, através dos Grupos Técnicos de Atenção Básica (GTAB), e o tempo cronológico da pesquisa (2007-2022), resolvemos utilizar apenas relatórios dos GT-AB de duas regiões. Foram então selecionadas as regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea. A escolha das mesmas se justifica por considerar a familiaridade da autora com a região, já que por muitos anos foi apoiadora dessas duas regiões e também por ter apresentado, durante a pré-seleção documental, relatórios mensais mais organizados quando comparados às outras regiões.

Em relação às atividades produzidas por toda a equipe do apoio – como os Fóruns de Atenção Básica, as reuniões de equipe, as visitas técnicas, os cursos e capacitações – foi analisada toda a produção encontrada em forma de ata ou relatório.

Os documentos foram registrados em planilha de Excel, separados por data, título do documento, tipo de documento e assunto relativo ao documento, totalizando 173 documentos inseridos na planilha e categorizados (apresentados no Apêndice B).

As categorias analíticas foram enumeradas segundo os documentos produzidos pela equipe do apoio institucional. As categorias elencadas foram: GT-AB; Fóruns de Atenção Primária; visitas técnicas, reuniões dos apoiadores e processo de educação permanente dos apoiadores. De acordo com o contexto do material da pesquisa, foi possível identificar se havia clareza e organização na elaboração dos documentos e identificação do processo de trabalho do apoio institucional junto aos municípios.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo dispensa submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, pois utiliza apenas a pesquisa em base de dados, de domínio público e contendo informações que não identificam os indivíduos.

Para obtenção dos dados oriundos da SES-RJ, a pesquisa levou em consideração a Resolução SES nº 2.361/2021 (Rio de Janeiro, 2021), que dispõe sobre a regulamentação e normatização do fluxo a ser observado para a realização de pesquisa(s) no âmbito da SES-RJ, com a obtenção da carta de anuência para a realização da pesquisa.

Alguns documentos internos da SES-RJ, referentes ao processo de trabalho dos gestores do setor onde ocorreu a investigação documental (SAPS/SES-RJ) são restritos à consulta interna, apenas pelos funcionários da instituição, cadastrados e identificados por *login* e senha individual. Ainda que a pesquisadora pertença ao corpo de funcionários da SES, para realização da pesquisa, foi obtida a anuência do gestor responsável pelo setor onde a coleta de dados foi realizada (Rio de Janeiro, 2024).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O apoio institucional e a reformulação do processo de trabalho na gestão estadual de atenção primária do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro é marcado fortemente por um modelo hospitalocêntrico de saúde e de grandes vazios sanitários, concentrando a maior parte da população na região metropolitana, onde também se concentram 70% da população. É ainda, como um todo, um dos estados com os piores quadros de cobertura de Atenção Básica do Brasil (Mattos, 2013).

Nesse cenário, em 2007, Gutierrez foi convidada a assumir a Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Suidado. Entre alguns pontos apresentados pela nova gestão, estaria o questionamento sobre o papel do estado em relação à atenção básica junto aos municípios, apontando-se a necessidade de maior protagonismo dessa instância de gestão e o desafio de trazer uma proposta e uma Política de Atenção Básica para o estado.

Era o início de um novo governo que trazia em sua agenda política a necessidade de reorganização da SES-RJ, objetivando adaptá-la ao seu papel de coordenação do SUS estadual, seguindo a diretriz de fortalecimento dos mecanismos para realizar uma gestão participativa.

Naquele tempo, a maioria dos governos estaduais, assim como o Rio de Janeiro, não cumpria o seu papel de co-construção com os municípios, principalmente em relação à atenção básica, quase sempre considerada atribuição única e exclusivamente da esfera municipal.

Com base na observação do modelo organizacional e de gestão da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, que não previa as funções de coordenação e planejamento da rede estadual de saúde, a nova gestão de Atenção Básica sugeriu algumas revisões, objetivando superar um modelo anterior ao SUS (Gutierrez, 2008).

Segundo Fernandes e Figueiredo (2015, p. 300), “um município que não é capaz de afirmar uma diretriz para a Atenção Básica fica mais facilmente engolido por programas e políticas do Ministério da Saúde que podem não fazer sentido para o

contexto local.” Nesse sentido, Gutierrez (2008) concordava que apenas as definições normativas não eram suficientes para a construção de uma política estadual de atenção básica. Sendo assim, a gestão identificou a necessidade de construir uma política estadual de expansão e qualificação da APS.

A gestão observou, ainda, a ausência de espaços coletivos de coprodução de políticas e a predominância de um estilo de gestão de supervisão, fiscalização e de produção de pareceres de acordo com as normas técnicas, distanciados da realidade municipal. Para isso, um dos principais comprometimentos da nova gestora era trazer estratégias mais democráticas “em uma lógica de cogestão organizacional e de utilização da metodologia do Apoio Institucional como estratégia de relacionamento com municípios”, conforme proposto por Campos (2000) em seu método Paideia.

Construiu-se então a figura do apoiador institucional, como um “dispositivo potente para a coprodução da transversalidade da construção da política de atenção básica” (Gutierrez, 2008).

Julgamos que os atuais técnicos da superintendência poderiam tornar-se apoiadores institucionais para o conjunto dos 92 municípios do Estado e, de modo adscrito, para as nove regiões de saúde definidas invertendo deste modo a função de assessoria. Justificamos isto não somente como proposta para a SESDEC, mas sim para que os municípios revejam seus mecanismos atuais de apoio e de supervisão das suas equipes de atenção básica, pois é histórico que a gestão ocorre de modo quase frágil pela indefinição do perfil e pelo método de trabalho, ou, ainda, pelo método somente da supervisão, que, muitas vezes ocorre de forma pontual e vertical (Gutierrez, 2008, p. 98).

Nesse sentido, foi organizada a Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde, com duas coordenações: Coordenação Geral de Apoio à gestão e Coordenação das Áreas Técnicas. A Coordenação Geral de Apoio à Gestão era subdividida em quatro gerências, apresentadas no Quadro 6, a seguir:

Quadro 6 – Divisão e atribuições das Gerências da Coordenação do Apoio à Gestão

Gerência	Atribuições
Gerência de apoio aos municípios da região metropolitana	Formular e ofertar apoio para a Atenção Primária dos municípios da região Metropolitana I e II. Municípios estes, que possuem a maior concentração populacional do estado.
Gerência de apoio aos municípios do interior	Semelhante à gerência da metropolitana, porém fica a cargo dos municípios do interior do estado.
Gerência de monitoramento e avaliação	Responsável por gerenciar os indicadores da atenção básica.
Gerência de educação permanente	Responsável por formular e acompanhar ofertas de educação permanente em atenção básica e gestão do cuidado como cursos introdutórios para os municípios com menos de 100 mil hab.

Fonte: A autora, 2024.

A gerência de educação permanente não se configurou passando a cargo da Coordenação do Apoio, Coordenação de Educação em Saúde e das áreas técnicas a formulação e oferta de cursos e capacitações.

Logo que assumiu, em 2009, a Superintendência, além da Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica, instituiu um grupo de assessoria, composto por mais sete profissionais, que trabalharam divididos da seguinte forma: um assessor para questões de Recursos Humanos e Administrativas; um assessor para as Regiões Baixada Litorânea e Metropolitana II; um assessor para a Região Metropolitana I; um assessor para as Regiões Centro-Sul e Médio Paraíba; um assessor para as Regiões Norte e Noroeste; e um assessor para as Regiões Serrana e Baía de Ilha Grande (BIG).

Essa estrutura baseada em apoiadores e assessores configurou-se até o ano de 2022, mas com a nomenclatura de Superintendência de Atenção Primária à Saúde e ligada à Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS), da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ).

5.2 O processo de formação dos apoiadores institucionais

Com a instituição da Superintendência de Atenção Básica e o delineamento da Política de Estadual de Atenção Básica tendo o apoio institucional como principal dispositivo estratégico na condução dessa política, foi necessário realizar processos formadores para essa equipe de técnicos, até então intitulados “supervisores técnicos”.

O primeiro curso de formação aconteceu no período de 2007/2008, denominado Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com Enfoque na Atenção Básica. Foi promovido pela SES-RJ e UNICAMP, e o grupo de profissionais teve a oportunidade de se aproximar um pouco mais da visão do apoio institucional.

Esse primeiro curso foi ministrado para os técnicos da SES e oportunizou algumas vagas para coordenadores municipais de AB, que foram selecionados através de entrevistas e indicação de suas chefias. No final do curso, cada profissional ou grupo teve que apresentar como conclusão final do curso um produto que trouxesse ideias concretas e objetivas que pudesse trazer melhorias para a saúde do estado ou município.

Em 2009, já com a quarta superintendente de Atenção Básica, que após reorganização do organograma da SES, passou a se chamar Superintendência de Atenção Básica, Gestão Participativa e Educação Permanente (SABEG), concretizou-se a ideia do apoio institucional. Articulou-se um processo de formação para todo o coletivo da SABEG, tanto para os apoiadores quanto para os profissionais das áreas técnicas ligadas a essa Superintendência.

O objetivo dessa formação era qualificar as práticas de saúde cotidianas: ampliar a capacidade de autonomia das pessoas, buscando a reconstrução do trabalho em saúde e a valorização dos espaços públicos e democráticos. O apoio na SABEG já havia dado seus primeiros passos, mas a formação permitiu restabelecer a construção de práticas de escuta, tanto na SABEG como na rede de municípios.

O processo de formação foi desenvolvido em conjunto com os apoiadores da Política Nacional de Humanização e os do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia da Faculdade de Ciências Médica (FCM/UNICAMP).

Os espaços de formação foram realizados na cidade do Rio de Janeiro, fora da sede da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, sob a supervisão direta do

Professor Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP. O modelo pedagógico baseou-se no Método de Apoio Paideia, com ênfase na formação em cogestão do trabalho, o apoio institucional e matricial.

A metodologia utilizada baseou-se na discussão de um caso real apresentado pelos profissionais na forma de Projeto Terapêutico ou Projeto de Intervenção. As Rodas de Apoio Paideia se configuram como estratégia pedagógica para formação de apoiadores em saúde que atuam no SUS nas funções de gestão ou em áreas técnicas específicas.

Assim, durante todo o curso, foram ofertados temas teóricos relacionados à clínica ampliada e compartilhada e a gestão em saúde; os apoiadores comentaram traços fundamentais dos casos apresentados, pontuaram e destacaram questões que surgiram no grupo, além de proporem intervenções com base nas suas próprias experiências.

Foram realizados 14 encontros, ao longo de 2012, com 4 horas de duração cda, entre as Rodas de Apoio Paideia e a participação nos Fóruns de Educação Permanente.

No final de cada encontro, era realizada uma avaliação global, debatendo-se com os profissionais o que efetivamente foi aprendido e como colocar esse aprendizado em prática. Foi possível observar um amadurecimento coletivo, que também permitiu inúmeros debates envolvendo as diferenças nos entendimentos e na condução do apoio institucional no estado do Rio de Janeiro.

Nos anos que se seguiram, não foram encontrados registros de nenhuma capacitação para os apoiadores institucionais.

Somente em 2022, através da Resolução conjunta SES/UERJ nº 1,031, de 05/05/22, houve nova capacitação para a equipe de apoiadores da Superintendência de Atenção Primária (SAPS). O projeto, em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por meio do Instituto de Medicina Social (IMS), teve o objetivo de fortalecer a APS do estado do Rio de Janeiro, por meio de dois eixos estratégicos:

- a) Eixo 1: O diagnóstico da APS no Estado do RJ, contemplando a análise de indicadores de saúde e de produção e aspectos organizacionais referentes a coleta, consolidação e análise dos dados primários;
- b) Eixo 2: Qualificação dos processos de trabalho da SAPS, com o objetivo de desenvolver uma proposta pedagógica que possibilitasse a

atualização dos técnicos e o entrosamento entre as equipes do apoio institucional e as áreas técnicas da SAPS.

Para isso, os temas abordados no processo de qualificação foram:

- a) As linhas de cuidado a partir da Atenção Primária à Saúde.
- b) Gestão da informação, monitoramento e avaliação.
- c) Estratégias de qualificação de apoio técnico integrado aos municípios do ERJ.

Todo o processo metodológico do curso foi alinhado com a equipe de consultores e profissionais da SAPS, selecionados através de edital de seleção nº 007/2022, publicado no *site* do IMS/UERJ. O edital contemplou análise curricular e entrevistas.

O curso de qualificação foi realizado através de oficinas e teve duração de seis meses, desde reuniões de elaboração da metodologia até as oficinas de capacitação, que eram realizadas duas vezes na semana, no período de quatro horas. As oficinas contaram com dinâmicas e discussão de assuntos de acordo com os temas propostos.

As oficinas, com a temática "As linhas de cuidado a partir da APS", contaram com momentos de apresentação dialogada de conteúdos e metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Os profissionais trouxeram como produto final a elaboração de uma matriz FOFA a partir da pergunta disparadora – "Como podemos construir uma linha de cuidado a partir da APS no contexto do trabalho da SES-RJ?" – e uma proposta de plano de ação para a implementação da linha de cuidado.

Para isso, foi preciso incluir o levantamento técnico conceitual da linha de cuidado escolhida, diagnóstico dos recursos disponíveis na rede de atenção do estado, levantamento de necessidades e potencialidades com informantes-chave – gestores, profissionais da assistência e usuários, construção do itinerário da rede - caminhos e ciclos – um círculo de cuidado, levantamento de indicadores para monitoramento e avaliação.

Nas oficinas, com a temática "Gestão da informação, monitoramento e avaliação", foram abordados os principais conceitos teóricos da área da informação em saúde, com ênfase no Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e nos indicadores do PREFAPS, além da realização de uma prática guiada com os profissionais para o manuseio do e-gestor-AB.

Como produto dessa temática, o projeto contou com a elaboração de dois tutoriais e disponibilização na Biblioteca Virtual: um sobre extração de dados no SISAB e outro sobre extração de dados no Tabnet/DATASUS.

Na oficina sobre “Estratégias de qualificação do apoio técnico para os municípios do Estado do Rio de Janeiro”, os principais conteúdos abordados foram: alinhamento conceitual sobre aprendizagem significativa e andragogia, gestão por competências, alinhamento conceitual e a prática de metodologias de facilitação, para desenvolvimento do profissional enquanto facilitador (técnica de *feedback*) para que a equipe possa conduzir encontros presenciais e remotos com os municípios e estratégias de comunicação intraequipe; alinhamento conceitual sobre a história do apoio institucional, método Paideia, efeitos esperados do apoio institucional, competências do apoiador na produção do cuidado em saúde e na educação permanente. Um dos produtos dessa temática foi a estruturação de um guia único para visitas técnicas.

Os projetos de qualificação dos profissionais da SAPS, seja no início da formação da Superintendência, em 2010, quanto o projeto realizado em 2022, mais de 10 anos depois, e com uma equipe quase que totalmente diferente da primeira, trouxe uma capacidade técnica e reflexiva melhorada dos processos de gestão, além de incluir as relações de afeto e integração entre os apoiadores institucionais e os profissionais das áreas técnicas.

Acredita-se que o processo de formação traz mudanças nas práticas clínicas, e na forma de lidar com situações do cotidiano. A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor saúde, tornando um lugar de crítica reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (Castro; Campos, 2014).

5.3 O processo de trabalho dos apoiadores institucionais

A partir da proposta de reformulação do processo de trabalho da Coordenação de Atenção Básica na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Janeiro, foram realizadas reuniões periódicas iniciadas em 2007 (ano da implantação da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado). Eram reuniões que tinham por objetivo traçar soluções compartilhadas com a superintendente, supervisores técnicos e coordenadores das áreas técnicas.

A proposta da metodologia de trabalho inicialmente foi traçar acordos institucionais e valorizar as demandas do grupo, pactuando com os atores envolvidos novos compromissos e contratos.

Um dos arranjos estruturais propostos inicialmente foi o colegiado gestor, com reuniões semanais com os coordenadores e gerentes das áreas ligadas à nova estrutura da Superintendência. Outros elementos importantes e possíveis de organizar a política de gestão compartilhada da atenção básica foram identificados por Gutierrez à época como:

Reorientar o processo de trabalho da Secretaria de Estado do RJ (planejamento, espaços coletivos etc.); • articular mais com a vigilância em saúde e demais áreas da secretaria; • promover articulação intersetorial; • ajustar e ou formular diretrizes para o cuidado à saúde segundo a clínica ampliada; • rever os mecanismos de apoio e de supervisão aos municípios segundo o Método Paidéia, incentivando-os a fazerem o mesmo com os serviços e equipes sob sua gestão; • instituir uma matriz para orientar o monitoramento e a avaliação; • criar estratégias de educação permanente; • definir e incentivar um plano de investimento, objetivando a estruturação física de unidades básicas segundo o conceito de ambiência (PNH/MS, 2004 apud GUTIERREZ, 2008, p. 95); • criar e definir um incentivo financeiro complementar da Secretaria de Estado para a ABS dos municípios segundo fator de alocação equânime (Gutierrez, 2008, p. 95).

Diante desses elementos que reorientaram o processo de trabalho, podemos destacar quatro que estão categorizados a seguir, e que foram objetos de análise deste estudo:

- a) Organização e realização de grupos técnicos de atenção Básica;
- b) Visitas técnicas aos municípios;
- c) Fórum de Educação Permanente; e
- d) Reuniões do Apoio: o apoio institucional para dentro da SES.

5.3.1 Grupos técnicos de Atenção Básica: espaços coletivos

Para Campos *et al.* (2017), os espaços coletivos são vistos como uma potência para produzir mudanças na gestão e na clínica. É um dos principais métodos de trabalho do Apoio Paideia.

A função do apoiador institucional nesses espaços coletivos é trazer para a roda reflexões profissionais e pessoais. “É a oportunidade de trabalhar os conflitos que, por vezes, apenas se expressam por meio do mal-estar e do não dito” (Camos *et al.*, 2017).

O apoio institucional é um dispositivo que encarna procedimentos ou tecnologias de fazer ver e falar, utilizando os espaços dos colegiados, operando como dispositivos coletivos quando põem em funcionamento o método da tríplice inclusão – de sujeitos, analisadores e coletivos, gerando mudanças significativas no modo de agir dos sujeitos, proporcionando participação de todos os profissionais, e acarretando transformações das práticas em saúde. Outro fundamento importante refere-se às rodas de conversas nos espaços coletivos como caminhos a novos paradigmas que envolvam discussões sobre a problematização nas expressivas relações de trabalho e enfrentamentos dos inúmeros desafios no campo da saúde, com a pretensão de concretizar os processos de trabalho (Orlando *et al.*, 2015, p. 642).

A estratégia pensada pela equipe gestora na época quando identificou a necessidade de construção de espaços coletivos foi de aproximar o Estado aos municípios. Iniciou-se a Política Estadual como uma Política de cogestão entre os trabalhadores das áreas técnicas do Estado e entre o estado e os municípios.

A gestão que iniciou em 2007 pensou, a princípio, em câmaras técnicas regionais de atenção básica, em que o público interessado seria constituído pelos coordenadores municipais de Atenção Básica ou coordenadores de Saúde da Família apoiados pela equipe técnica da superintendência. Esta seria encarregada de exercitar o método Paideia como instrumento facilitador de coprodução da Política Estadual de Atenção Básica.

No entanto, somente a partir de 2013 esses espaços coletivos foram efetivados através dos Grupos Técnicos Regionais de Atenção Básica (GTAB).

A institucionalização dos GT-AB pela SES-RJ se deu, inicialmente, com a apresentação da superintendente de Atenção Básica à Assessoria de Integração Regional (AIR) e, conseqüentemente, às Coordenações das Comissões Intergestores Regionais (CIR). A proposta da criação desses grupos, pela superintendente de

Atenção Básica, foi acolhida, e pactuaram-se então as datas para que os assessores e apoiadores apresentassem, nas CIRs de suas regiões, a proposta para os secretários municipais de Saúde. Cada CIR oficializou a aprovação, com suas respectivas publicações de Deliberações CIR, e a SAB solicitou homologação das Deliberações CIR de todas as Regionais pela CIB-RJ, publicadas, em Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 2013 (Almeida, 2013).

As equipes de apoio à gestão coordenam os GT-AB, que possuem como foco as demandas concretas e locais regionais. Busca-se a interlocução permanente entre apoiadores, coordenadores municipais e profissionais da APS. Os apoiadores estaduais e as coordenações municipais de Saúde Bucal também são membros do GT, que conta com a participação eventual de outras áreas técnicas da SAPS (Rio de Janeiro, 2021).

Cada grupo de apoiadores institucionais das nove regiões de saúde do estado começou a se reunir com o colegiado de gestores da Atenção Básica, e esse processo de trabalho consolidou-se de tal forma que, mesmo com dificuldades estruturais (como falta de carro para os apoiadores se deslocarem até as regiões) e a pandemia de Covid-19, ainda continuaram acontecendo.

As reuniões dos GTAB foram registradas em atas, sem informação da autoria dos registros. Acredita-se então, terem sido elaboradas pelos participantes do grupo. Os registros seguem o modelo a seguir: título, tema do GT, data, horário de início e término da reunião, local do evento, identificação dos municípios presentes e ausentes, descrição dos informes, descrição dos pontos de pauta e encaminhamentos.

As atas das reuniões são registradas em Word e guardadas na rede intranet, na pasta intitulada SAB/Regiões/Metropolitana II/GT AB/ atas ou SAB/Regiões/Baixada Litorânea/GT AB/ atas.

Como cada grupo de apoiadores realiza suas reuniões mensais com cada região de saúde do estado, consideramos analisar apenas duas regiões já justificadas na metodologia. Foram consultadas e analisadas 72 atas de reuniões do período de 2013 a 2019 (analisando pelo menos seis por ano das duas regiões elencadas); nos anos de 2020 a 2022, só foram identificados na rede intranet três atas de reuniões.

É importante enfatizar que os assuntos abordados são temas escolhidos de comum acordo entre os municípios de cada região. Pautas específicas são tratadas individualmente com cada município.

As reuniões geralmente são na própria região, o que facilita para os municípios, e sempre começam com informes, passando-se para a pauta escolhida pela região.

É possível analisar que o espaço do GT, de encontros entre os apoiadores institucionais da SES e os municípios, é um espaço de educação permanente e atualização de temas da gestão quanto às normativas estaduais e federais, troca de experiência entre municípios e construção de pautas regionais para a APS.

A equipe de apoiadores da SES se prepara, traz atores com expertise em determinado assunto, que apresentam o tema; após essa apresentação, os membros discutem suas dúvidas, questionamentos e dificuldades.

A troca de experiências e de saberes é importante para sanar dificuldades e compartilhar aprendizados entre apoiadores e municípios, e entre os municípios.

Prata, Araujo e Arce (2023), ao analisarem o processo de trabalho da gestão estadual da Bahia, observaram a construção de relações institucionais entre os apoiadores e os coordenadores de Atenção Básica, em um espaço de troca de conhecimentos e experiências, ultrapassando a lógica tradicional de transmissão de conhecimentos. Afirmam que os espaços coletivos de reunião assumem uma conformação de roda, em que se destaca a horizontalidade dos saberes.

As pautas dos GTs analisados estão na maioria das vezes associadas a novas portarias ou novos programas do Ministério da Saúde. Também foi possível observar, através dos relatórios, que os temas tratados são pactuados e de interesse comum dos municípios; a equipe do apoio institucional do estado do Rio de Janeiro sempre procura trazer algum componente externo para a discussão de alguma pauta específica.

Peres *et al.* (2021) descrevem, em seu trabalho, que o compartilhamento de legislação, informes, orientações técnicas e outros materiais corresponde a uma atividade relevante do trabalho do apoio institucional.

Maerschner *et al.* (2014) afirmam que o papel do apoiador é estar atento às necessidades do grupo, escutando suas angústias, fragilidades e fortalezas, e apresentar ofertas a partir das demandas do grupo.

As discussões fluem mais facilmente, principalmente quando há empenho, abertura e receptividade, por parte da gestão, e interesse das pessoas envolvidas, facilitando a reflexão e análise dos processos de trabalho, percebendo entraves e soluções possíveis. O importante é ampliar a resolutividade dos serviços, por meio de ambiente saudável para relações interpessoais entre profissionais, gestão e usuários, e assim, favorecendo a circulação de ideias, afetos e escutas, permitindo que mais pessoas opinem, sendo protagonistas do processo (Maerschner *et al.*, 2014, p.1.092).

Em alguns momentos, foram realizadas reuniões compartilhadas com outras áreas técnicas, como a Vigilância e a Saúde Mental. Os GTs ampliados, nos quais é possível ter a presença não somente de membros da AB, como de outras áreas, como Vigilância, Saúde da Mulher (Rede Cegonha) e Saúde Mental, são encontros importantes, mas mostram uma fragilidade quanto ao papel do apoio. Os municípios relatam suas dificuldades em trabalhar no que se pede em cada rede de apoio (Vigilância, Cegonha etc.) e efetivamente não se criam estratégias para abordar tais fragilidades. Mesmo assim, o grupo percebeu a necessidade de articulação em conjunto com outras áreas, o que já torna a prática da reunião conjunta um dispositivo a mais no fortalecimento do processo de trabalho da Atenção Básica municipal.

O trabalho de apoio se realiza no encontro. O encontro presencial é a marca do trabalho do apoiador, sem desmerecer outras formas de comunicação. A roda é um espaço possível para disparar reflexões, compreender sentidos, observar e intervir sobre o que não é falado, contribuir com a instituição de espaços democráticos e negociar decisões (Fernandes; Figueiredo, 2015).

Todo final de ano, no último GT é feita uma avaliação das reuniões realizadas durante o ano; os municípios relatam suas percepções e expectativas quanto aos encontros coletivos, além de sugerirem datas e novos temas para os próximos GTs. Relatam que é um espaço produtivo e de fortalecimento do trabalho da Coordenação de Atenção Básica, com uma rica troca de experiências entre os gestores municipais e entre os gestores e apoiadores da SES que orientam e conduzem as reuniões e permitem sanar as dúvidas de problemas cotidianos.

Refletir sobre a prática cotidiana do lugar em que se ocupa é possibilitar a integração teórico-prática para construção da práxis. Não podemos segregar os dois. Ao refletir, integramos essas duas dimensões. O fazer reflexivo é um modo eficaz para romper resistências e inseguranças que o diálogo teórico jamais resolveria (Maerschner *et al.*, 2014, p.1.092).

Importante destacar que, no ano de 2018, a região Metropolitana II apresentou como sugestão a construção da Linha de Cuidados das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nesse ano foram levadas, para a roda, a área técnica estadual e as áreas técnicas municipais referentes ao tema, que abordaram o diagnóstico situacional de cada município e os desafios encontrados na descentralização e tratamento dessa linha de cuidado.

É possível observar nessa forma de condução do apoio institucional, no GT da Metropolitana II, um espaço de elaboração e execução dos projetos de intervenção que possibilitam a atuação consciente e ativa dos atores envolvidos no processo. A metodologia do apoio institucional, elaborada por Campos, traz novos caminhos para construção de coletivos fortalecidos e transformadores de suas práticas, qualificando o trabalho em saúde (Maerschner *et al.*, 2014).

No tocante ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, que cobrou respostas rápidas do sistema de saúde, que precisou se organizar em todos os níveis de complexidade, não foi diferente para a SES/SAPS e a equipe do apoio institucional, que viram a necessidade de reinventar o processo de trabalho rapidamente.

Devido à gravidade da situação sanitária em março de 2020, o governador do estado reconheceu a situação de emergência e decretou medidas de enfrentamento à Covid-19, com restrição ao convívio social e permitindo apenas que trabalhadores de serviços essenciais transitassem pelo estado. Com isso, os processos de trabalho e, conseqüentemente, as reuniões do GT-AB passaram a ser realizadas de forma virtual, através de plataformas como YouTube e Zoom, e conversas pelo WhatsApp, recursos que se mostraram úteis para realização de reuniões à distância.

Medina *et al.* (2020) afirmam que, mesmo com as fragilidades da ESF, esse é o modelo mais adequado para apoiar as populações em situação de isolamento social, pois “mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde” (Medina *et al.*, 2020).

Nesse período inicial da pandemia, tomaram peso as reuniões individuais com as coordenações de Atenção Primária dos municípios, para discutir a organização da APS para o enfrentamento ao coronavírus, levando em conta as necessidades do território e o cenário epidemiológico.

Os relatórios de reuniões dos GTAB no período da pandemia foram escassos, justificados pelas reuniões individuais e inicialmente realizadas de forma *on-line*, quando o trabalho da SES era remoto. Sem acesso ao prédio e aos computadores da SES, não foi possível manter as atas na rede intranet da SES.

No entanto, mesmo com a análise de poucos documentos do período da pandemia, foi possível observar que a equipe do apoio institucional esteve presente na organização do processo de trabalho dos municípios, mesmo que, por muitas vezes, não tenha sido em reuniões coletivas, mas em espaços individualizados.

A oferta das ações na APS foi sendo revista a cada momento durante os dois anos de pandemia, de acordo com as possibilidades locais. Cada município foi orientado a pensar ações de saúde, incorporadas à rotina da APS nos diferentes momentos e cenários da pandemia.

Foram encontrados, na rede intranet, três relatórios do GT-AB-BL realizado em março de 2022, junho e julho de 2022, que, além dos informes, geralmente baseados em portarias do MS, formas de credenciamento, mudanças de repasse, tiveram como ponto de pauta o PREFAPS (cofinanciamento estadual), com as explicações sobre as mudanças realizadas decorrentes Resolução SES-RJ nº 2.173, de 6 de maio de 2022.

Chama atenção a identificação do trabalho do apoio institucional quando, além de passar informes, traz para a roda relatos de experiências dos municípios sobre a condução e o processo de trabalho da APS no momento atual da pandemia de Covid-19. A abordagem ampliada das discussões sobre saúde, a troca de experiências dos municípios e os processos de enfrentamento na busca por mudanças de atitudes possibilitam atenção pautada na integralidade e no cuidado dos cidadãos e nas suas necessidades de saúde.

A sistemática de frequência e durabilidade dos GT-AB no período analisado propicia um espaço de troca de saberes, angústias e possibilidades, capaz de auxiliar os municípios a planejar, avaliar e pactuar ações.

5.3.2 Visitas técnicas

As visitas técnicas são uma estratégia do apoio que aproxima o município do estado, com o objetivo de prestar assessoria técnica individualizada e conhecer *in loco* a realidade de cada município.

Para Machado, Guizardi e Lemos (2019), as visitas técnicas se tornam estratégicas quando extrapolam o intuito de supervisão, o que representa possibilidades de desdobramento da gestão municipal.

Essa estratégia corrobora com as atribuições dos estados na Política Nacional de Atenção Básica. As visitas técnicas possibilitam: 1. Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da APS e de ampliação e consolidação da ESF; 2. Definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da APS; e 3. Disponibilizar

aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção (Rio de Janeiro, 2021, p. 16).

As visitas podem acontecer mediante demanda do município, do Ministério da Saúde ou por questões relacionadas a órgãos de controle externo, com o objetivo de verificar apontamentos de irregularidades descritas em ofícios deliberados pelo DAB e Ministério Público da SES.

Podem participar desses espaços os gestores municipais da APS, representantes da SAPS, profissionais da assistência ou da gestão municipal que estão diretamente relacionados à temática da visita.

Foram encontrados na pasta da SAPS, rede intranet, apenas 30 relatórios com o título de “visita técnica”, mesmo olhando as pastas das nove regiões. Acredita-se que como o período temporal de análise do processo de trabalho foi de 15 anos, as regiões não produziram relatórios em todas as suas visitas técnicas.

O período de crise econômica do estado do Rio de Janeiro, de 2015 a 2018, pode ter contribuído para tal feito, considerando as dificuldades com o transporte para ida aos municípios. Ainda contribuiu para a falta de relatórios o período pandêmico, quando o convívio social foi restrito.

Em análise dos relatórios das visitas aos municípios, é possível observar que reuniões agendadas na sede da SES geralmente são solicitadas pelos municípios para discutir a organização da APS, articulação com a rede e articulação com outras linhas de cuidado, relacionadas sobretudo à vigilância. O apoio sempre traz algum representante daquela linha de cuidado, a fim de enriquecer a discussão. O município traz suas demandas e o apoio institucional sugere algumas estratégias que possam melhorar a situação abordada pelo município.

As idas aos municípios são realizadas com o transporte do estado, com a presença de dois a três apoiadores. Não existe uma regra de quantas visitas são realizadas por ano ou a qual região ir primeiro; essa demanda pode vir por necessidade do próprio município, que solicita uma visita da equipe de apoiadores do estado ou pelo próprio grupo de apoiadores, quando observam alguma dificuldade dos municípios. As visitas são previamente agendadas com o coordenador de atenção básica e quando os apoiadores chegam ao município, são realizadas reuniões na sede da Secretaria Municipal de Saúde ou em alguma Unidade Básica de Saúde.

A finalidade das visitas técnicas é discutir o processo de trabalho, então o princípio o município traz um panorama geral da organização da saúde com ênfase na atenção primária, os desafios, as dificuldades encontradas para realização do trabalho e conjuntamente com os apoiadores é traçado um planejamento de atividades.

Os apoiadores institucionais, na maioria das vezes, vão aos municípios para discutir temas referentes ao financiamento federal, cofinanciamento estadual, indicadores de saúde da APS, sistema de informação em saúde, processo de trabalho das equipes da APS e organização e oferta de ações de saúde na APS. Participam das reuniões o coordenador da APS, o coordenador da Saúde Bucal, outros atores que o município entenda como pertinentes à reunião e, dependendo do município (principalmente os municípios do interior), também o secretário ou subsecretário de Saúde. Da SES, além do apoiador institucional da APS, participa o apoiador técnico da área de Saúde Bucal.

Para Guizardi *et al.* (2019), a aproximação do apoiador no território tem o objetivo principal de promover espaços de escuta, vínculo com as equipes e maior conhecimento da realidade do território, o que favorece o estabelecimento de vínculos com a gestão.

Prata, Araujo e Arce (2023) relatam que as visitas técnicas possibilitam a construção de confiança com os sujeitos apoiados, o que favorece o estabelecimento de compromissos com a gestão local, no sentido de qualificar as demandas específicas do gestor municipal, das coordenações e dos profissionais das eSFs. Afirmam, ainda, que “as visitas técnicas se tornam ações estratégicas quando extrapolam a natureza de supervisão, representando, assim, oportunidades de desdobramento na gestão municipal”.

Os relatórios de vistas técnicas elaborados como resposta à demanda dos relatórios de auditoria do DENASUS/MS, referentes às irregularidades da atenção básica, são geralmente mais robustos e apresentam maior riqueza de detalhes, incluindo fotos das unidades que foram visitadas. Essas visitas têm um caráter mais de observação e entendimento do funcionamento das unidades. Os relatórios de visita técnica com o objetivo de auxiliar no processo de trabalho, sem caráter de averiguação de irregularidades, são mais simples e não dispõem de uma regra do método – cada região elabora do seu modo.

É preciso manter a prática dos registros e anotações em documentos normativos como as atas de reuniões, pois só através dos registros documentados trazemos a lembrança de histórias e discussões de processos de trabalho. Com o intuito de registrar de forma consistente e organizada, é importante elaborar um modelo de ata equânime que possa ser utilizado por todas as regiões. Um modelo de formulário para ser levado nas visitas técnicas foi um produto produzido pela equipe de apoiadores junto à equipe de consultores no último curso de Qualificação da Atenção Primária, realizado em 2022.

5.3.3 Fórum Permanente da APS

O Fórum Permanente da APS é um espaço estratégico de fortalecimento da APS e de educação permanente para os municípios. São encontros que possibilitam o diálogo sobre assuntos atuais na APS e contribuem para a identificação de prioridades municipal e estadual, compartilhando saberes para uma organização competente da APS no estado. Tem como público-alvo as coordenações municipais de APS, secretários municipais de Saúde, profissionais da APS dos 92 municípios, apoiadores e técnicos da SES (Rio de Janeiro, 2021).

Segundo Peres *et al.* (2021, p.7), “cabe ao apoiador a tarefa de ser um ativador da reflexão coletiva, nos espaços em que participa, sobre as práticas do trabalho em saúde e de gestão. Para isso, a Educação Permanente é uma ferramenta potente e estratégica”.

Os fóruns de Atenção Básica⁴ foram propostos pela terceira superintendente de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado. Como vinha de uma gestão municipal e conhecendo as relações históricas entre estado e município, essa gestão propôs a criação desses espaços de encontro e aproximação com os municípios.

Em meados de 2009, da entrada dessa outra e nova gestão, trazendo consigo um quadro de pessoas que havia recém-saído da experiência de 8 anos de Gestão Municipal em um município da região Metropolitana. Teve como um dos primeiros feitos, a criação do ‘Fórum Permanente de Atenção Básica’, um

⁴ Até 2018 os Fóruns Permanentes recebiam a nomenclatura de Fórum Permanente da Atenção Básica, com a mudança de governo em 2019 e reorganização do organograma da SES-RJ que passa a ser nomeada como Superintendência de Atenção Primária à Saúde, os fóruns recebem então a nomenclatura de Fórum Permanente de Atenção Primária à Saúde (APS), por entendermos tratar-se do mesmo processo de trabalho utilizaremos tanto Atenção Básica quanto Atenção Primária à Saúde.

espaço de encontro com os municípios do Estado, em especial com os Coordenadores de Atenção Básica, para discussão das políticas públicas de saúde voltadas para o fortalecimento da atenção básica no estado (Mattos, 2013, p. 86).

Sendo assim, o I Fórum ocorreu no início de 2010, para os coordenadores de Atenção Básica dos municípios. Teve como objetivo a melhor interação e relacionamento entre os coordenadores municipais e os apoiadores estaduais, com uma rodada de apresentações e trocas de e-mails e telefones. Foi também neste primeiro fórum apresentado para os municípios o organograma da Superintendência, o que trazia mais proximidade dos municípios com a SES-RJ.

Os encontros com os municípios tinham o objetivo de conhecer um pouco a realidade de cada município, como eles se estruturavam para organizar a atenção primária e trazer palestrantes e temas que pudessem contribuir com a qualificação profissional dos gestores que ali estavam. Inicialmente, os fóruns eram realizados bimestralmente e após a criação dos GT-AB, em 2013, passaram a ser semestrais.

Os temas abordados nos Fóruns e os palestrantes que serão convidados são escolhidos coletivamente pela Superintendente de Atenção Primária a Saúde, o grupo de assessores e apoiadores institucionais da SAPS. A definição dos temas está relacionada a identificação das necessidades dos municípios ou relacionados a demanda do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde na organização da Política Nacional de Atenção Básica.

Até 2020, os fóruns eram realizados na capital do Rio de Janeiro. Os municípios recebiam os convites para participação do fórum um mês antes da ocorrência do mesmo, informando a data, horário e tema. O convite era reforçado com 15 a 20 dias antes do evento, através de e-mail ou telefonema. Com a pandemia de Covid-19, todos os esforços necessários para continuação do processo de trabalho foram realizados; sendo assim, adaptou-se o modo de apresentação dos fóruns para a forma *on-line*, através da plataforma Zoom.

A metodologia de trabalho dos fóruns contava inicialmente com uma duração de oito horas e, ao passar dos anos reduziu-se para seis horas, diante da necessidade de locomoção e retorno dos municípios mais distantes da capital.

Os fóruns são estruturados da seguinte forma: no primeiro momento, uma mesa de abertura, com representantes como o subsecretário de Saúde, superintendente de Atenção Primária à Saúde, um representante do Conselho Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RJ). Muitas vezes, o espaço

conta com representante do Apoio Descentralizado do Ministério da Saúde e de suas outras representações.

No segundo momento, apresentam-se duas a três mesas de debate, com explanação teórica realizada por alguns palestrantes externos convidados, abordando assuntos relacionados ao fortalecimento da APS e seus desdobramentos. Após cada explanação, é aberta a discussão para a plenária para debate dos assuntos apresentados.

Em muitos desses encontros, foi usada a metodologia de debates em grupo, ou seja, após a explanação de algum tema específico, geralmente escolhido pela equipe da SAPS, dividia-se a plenária em grupos menores, coordenados por dois facilitadores da equipe de assessores e apoiadores da SAPS-RJ. Nesse momento, os participantes discutiam e sistematizavam sobre as potências, dificuldades e desafios que envolviam os temas abordados, correlacionando-os em seus cotidianos e elaborando uma síntese a ser compartilhada em período posterior, num terceiro momento. No terceiro momento, era realizada a leitura da síntese discutida nos subgrupos, com relatores e apresentadores escolhidos por cada subgrupo. E no quarto momento, o relator do subgrupo e os facilitadores da equipe de apoiadores da SAPS comentavam de forma reflexiva a síntese apresentada pelos participantes, seguindo-se debate ampliado com a plenária.

Participam dos fóruns, em média, 150 profissionais de saúde dos diferentes municípios do estado do Rio de Janeiro, envolvendo profissionais da APS e gestores municipais, apoiadores e técnicos da SES, e representantes da Academia e Controle Social.

Importante destacar que, em 2018, os fóruns permanentes de AB foram realizados regionalmente, nas nove regiões do estado, e tinham o objetivo de discutir estratégias de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para SCZ (síndrome congênita do Zika) e STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus).⁵

Com o advento da pandemia em 2020, foi preciso reorganizar os espaços dos fóruns, as web-reuniões ou web-seminários, assim chamados pelo coletivo de

⁵ O aumento dos casos de Zika e de nascimento de microcéfalos pelo país levou o Ministério da Saúde (MS) a decretar estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN- Portaria GM nº 1.813, de 11 de novembro de 2015) e a lançar o Plano de Enfrentamento à Microcefalia, com três eixos estruturantes: Eixo 1, controle do vetor; Eixo 2, da assistência às crianças e famílias; Eixo 3, o eixo do ensino e pesquisa.

apoiadores, tornou-se uma estratégia-chave para a realização de atividades de educação permanente junto aos municípios. O 32º fórum, realizado em agosto de 2020 teve como tema principal “Convivendo com o coronavírus na APS: desafios para a integralidade”, no qual foram levantados temas referentes ao contexto da pandemia no estado, desafios de enfrentamento do Covid-19 nas UBS e a integralidade das ações com outras áreas técnicas, a exemplo da Vigilância em Saúde.

A metodologia da educação permanente através dos fóruns contribui para o aprofundamento de questões importantes na prática do apoio aos municípios do estado do Rio de Janeiro. Possibilita troca de experiências e aponta para a necessidade de ampliar e aprofundar os debates através da construção de espaços coletivos e democráticos.

A Educação Permanente em Saúde observada nos fóruns potencializa a capacidade reflexiva dos atores envolvidos, promovendo reflexões sobre a reorientação do modelo de atenção, com base na reorganização dos serviços de saúde e do processo de trabalho das equipes assistenciais, além de demandar maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras (Prata; Araújo; Arce, 2023).

A constituição de espaços de educação permanente, como os fóruns, promove a reflexão do cotidiano dos trabalhadores de saúde, tornando-se um espaço potente de formação e capacitação, e permite que possamos reconhecer os avanços do SUS e desenhar novos caminhos pautados nas experiências compartilhadas.

5.3.4 Reuniões do apoio: o apoio institucional para dentro da SES-RJ

Os primeiros apoiadores institucionais da SAB eram os profissionais efetivos que entraram na SES advindos do concurso público realizado para compor a equipe da Coordenação do Programa de Saúde da Família, os mesmos profissionais médicos e enfermeiros especialistas em Saúde Pública ou Saúde coletiva que trabalhavam como supervisores técnicos. Com a introdução, no Organograma da SES, de uma Superintendência de Atenção Básica, novos profissionais foram contratados para assumir os cargos de apoiadores, sem extinguir os profissionais já existentes, mas trabalhando em conjunto.

No período analisado, alguns profissionais saíram e outros entraram para compor a equipe – no entanto, sempre pensando e trabalhando na lógica do apoiador institucional, mesmo que alguns não tenham passado pelo processo de educação permanente para ser “apoiador”.

O estado do Rio de Janeiro divide-se em nove regiões administrativas e os apoiadores dividem-se em dois a três para cada duas regiões, como mostra o Quadro 7.

Quadro 7 - Divisão dos apoiadores institucionais da APS/SES-RJ

Número de apoiadores	Regiões
2 a 3 apoiadores	Metropolitana I e Baía de Ilha Grande (BIG)
2 a 3 apoiadores	Metropolitana II e Baixada Litorânea
2 apoiadores	Centro-sul e Médio Paraíba
2 apoiadores	Norte e Noroeste
2 apoiadores	Serrana

Fonte: A autora, 2024.

A divisão de regiões se dá sobretudo pela proximidade e características similares de cada região.

O número maior ou menor de apoiadores para cada região está relacionado à complexidade da região, aporte populacional e ao número de municípios em cada uma delas. Cada grupo de regiões conta com um assessor da Superintendência que auxilia o grupo de apoiadores.

Os apoiadores institucionais da SAPS têm como foco de suas atividades diárias, a busca pela qualificação da Atenção Básica estadual, englobando ações diversas relacionadas à Política Nacional de Atenção Básica e Ações específicas da SES-RJ.

São também estratégias de apoio: • elaborar materiais de apoio técnico para gestão municipal; • apoiar a implementação, monitorar e avaliar o programa de cofinanciamento estadual da APS; • monitorar indicadores estratégicos para a APS no estado do Rio de Janeiro; • assessorar os municípios na elaboração de projetos para credenciamento de novos serviços de APS; • avaliar o impacto de políticas nacionais junto aos municípios do estado, bem como apoiar a implementação dessas nos territórios; • articular intra e intersetorialmente as ações relativas à APS, respeitando as especificidades locorregionais e a autonomia interfederativa (Rio de Janeiro, 2021, p. 15).

“O apoio institucional implica criar espaços de conversação, de explicitação das diferenças, de pactuação do que fazer, do como fazer” (Brasil, 2011). É preciso que

os apoiadores possam olhar o próprio trabalho, as relações dentro do serviço e as relações da equipe com algum grau de cogestão (Brasil, 2011).

Foram analisadas 86 atas de reuniões de equipe, as reuniões de equipe acontecem uma vez por semana. Com o número reduzido de atas encontradas na pasta SAB da intranet, é possível afirmar que a maioria das reuniões não gerou relatório.

No entanto, foi possível identificar que as reuniões de equipe são pautadas em portarias e demandas do Ministério da Saúde, em monitoramento e qualificação da ESF dos municípios, em articulação e participação junto a outras áreas técnicas da SAB e de outras superintendências da SES, como a Vigilância, a Superintendência de Educação, COSEMS, Assessoria de Planejamento, além da articulação com outras secretarias, como a de Educação, na discussão do Programa Saúde na Escola (PSE) e com instituições de ensino, como as universidades federais e estaduais – UFRJ, UERJ e UFF.

As reuniões são divididas em informes, inicialmente, seguidas da discussão dos pontos de pauta que são dos mais variados possíveis. Pautas como a organização dos fóruns, com a escolha dos temas, programação e palestrantes e relacionados a portarias ministeriais estão sempre presentes. Discussão sobre o cofinanciamento estadual, federal e o sistema de informações como o e-SUS também são sempre realizadas.

Segundo Voltolini *et al.* (2019), as reuniões de equipes periódicas são dispositivos importantes para a estruturação e organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e momentos de tomada de decisões. Proporcionam oportunidades de socialização do conhecimento e planejamento conjunto para tomadas de decisões mais assertivas, além de contribuir para readequação do processo de trabalho e avaliações das ações de saúde.

A partir de 2015, a equipe de apoiadores foi subdividida em frentes de trabalho; além das demandas de sua região cada um estava “responsável” por uma “frente específica”, como: o PSE, equipes de Consultórios de Rua, interface com a Vigilância, interface com as outras áreas técnicas, Academia da Saúde, Requalifica UBS, e-SUS, interface com a urgência e emergência, interface com a Rede Cegonha, interface com a rede de pessoas com doenças crônicas e rede de pessoas com deficiência.

Mendes *et al.* (2019) afirmam que é preciso reordenar todos os recursos e articular a APS como parte e coordenadora de uma rede de atenção à saúde, o que justifica a interface da equipe da APS com outras áreas da SES-RJ.

Foi possível identificar, pelas atas analisadas, que não há muita discussão ou troca de informações sobre o andamento dos GT-AB de cada região. Esporadicamente, apoiadores de uma região são informados do andamento dos GT-AB de outras regiões. As pautas específicas relacionadas a portarias ministeriais, ou um plano de enfrentamento ao Zika/STORCH, por exemplo, agravos que acometem o estado todo, são discutidas em todas as regiões, mas o desdobramento dos GT-AB não aparece nas reuniões oficiais de equipe. No entanto, foi observado nas atas analisadas, crescente aproximação do grupo, principalmente na tentativa de agrupar outras áreas técnicas, trazendo inclusive os apoiadores de saúde bucal para as reuniões de equipe.

Cardoso e Hennington (2011) afirmam que a forma de organizar as reuniões de equipe permite entender se o serviço será transformador e se prioriza a decisão da equipe em relação às intervenções, ou ainda se é tradicional e submetido ao modelo médico hegemônico.

As reuniões técnicas fazem parte do processo de trabalho em saúde e permitem a troca de informações e vivências do dia a dia, propiciando um processo participativo e de compartilhamento de saberes (Cardoso; Hennington, 2011).

Com relação ao material de pesquisa, a partir de 2019 houve poucos registros das memórias das regiões na rede intranet, pasta da SAB, o que pode estar justificado pela mudança de gestão com trocas de alguns apoiadores e pandemia de Covid-19 em 2020, quando os apoiadores não estavam presentes na sede da SES, e o uso de meios de comunicação como WhatsApp, e-mails, Google Drive se tornou parte da rotina diária, conforme relatado anteriormente.

No período de estudo analisado, os espaços de interação foram gradativamente ampliados, com a construção de trabalhos integrados, eventos realizados e materiais produzidos como forma de apoiar as gestões municipais, como o *Manual de Acolhimento aos Gestores* e o material de apoio técnico à implantação do e-SUS, elaborado em 2021.

Segundo Campos (2017), a cogestão se estabelece quando construímos espaços de reflexão, de manifestação de diferentes opiniões e interesses, pautados por valores éticos.

O fortalecimento da subjetividade/singularidade dos sujeitos é o objeto da cogestão, porque é a partir disso, que nos alimentamos e alimentamos o sonho do outro. Sem sonho não há ação criativa, não há transformação. A democracia institucional só acontece, quando no coletivo, ousamos compartilhar espaços de poder/de fazer, agregando assim, valores que movam a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos para a tomada de decisões mais acertadas; sendo esta, somente possível, quando ampliamos a capacidade de coordenação, de direção de cada sujeito implicado no processo. A liberdade criativa, o desenvolvimento das capacidades individuais e do grupo, são imprescindíveis, para a produção de um trabalho vivo, que tenha aderência às necessidades sociais; por isso, fundamental para a constituição dos sujeitos. Isto quer dizer, que nos 36 constituímos, à medida que nos sentimos motivados, valorizados, inseridos no contexto. Não há cogestão sem implicações (Almeida, 2013, p. 36).

5.4 Limitações do estudo

Para analisar o processo de trabalho do apoio institucional no período de 2007 a 2022, optou-se pelo levantamento de dados através da pesquisa documental das atas e relatórios das reuniões de equipe, dos fóruns e dos GT de AB. No entanto, contribuíram para a análise a experiência e vivência da pesquisadora no contexto e como apoiadora institucional no período analisado.

Em relação ao material produzido, é possível afirmar que as atas são separadas por regiões, algumas mais organizadas do que as outras, subdividindo as pastas por temas e anos, enquanto que em outras regiões os documentos foram encontrados soltos nas pastas. Não existe um método padronizado dos documentos elencados. A maior parte dos relatórios não tem descrição do autor, e acredita-se, com isso, que há uma rotação de relatores.

Não foi possível achar todo o material produzido no período analisado. Em relação aos fóruns, não foi possível encontrar os relatórios produzidos pela equipe nos primeiros anos, passando do 10º Fórum para o 20º.

Em relação aos relatórios de visitas técnicas, a maior parte foi elaborada para responder à demanda do MS quanto a irregularidades averiguadas no processo de trabalho da APS. Como não há uniformidade dos relatórios pelas regiões, não é possível afirmar que a presença do apoiador institucional se faz constante ou não em todas as regiões do estado.

Os relatórios de reuniões de equipe estavam padronizados até o ano de 2018; a partir de 2019, muito pouco foi encontrado na rede intranet. No entanto, não é

possível afirmar que os espaços de encontro e de deliberações não existiram, apenas não foram registrados.

A pandemia de Covid-19, com a restrição ao trabalho presencial, fez com que os documentos do processo de trabalho dos apoiadores fossem registrados em acervos informais de cada região, dificultando a busca pela pesquisadora.

Como o tempo limite do estudo foi restrito, não foi possível realizar pesquisa de campo, com entrevistas aos apoiadores e assessores, fato este que iria enriquecer o trabalho e contribuir para a análise do processo de trabalho do apoiador institucional da SAPS/SES.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio institucional aposta em uma nova forma de gerenciar, que vai além de meros receptores de informações; implica uma tarefa de ampliação da sua capacidade de gestão e de interferência com outros sujeitos, olhando para os trabalhadores como sujeitos da sua história. O apoio institucional busca reconfigurar a relação de trabalho e a relação dos trabalhadores com os usuários do sistema de saúde (Campos, 2003).

Esta dissertação trouxe a descrição, em uma linha temporal, dos processos de trabalho vivenciados por uma equipe que passa a ser intitulada de “apoiaadores institucionais”, sem muito entendimento do que é ser um apoiador – na verdade sem entender qual era a real missão da Atenção Primária dentro da Secretaria de Estado de Saúde.

A palavra “apoio” soava como uma “bengala”, e os questionamentos da equipe, à época, quando se formou a Superintendência, eram sobre como seríamos essas “bengalas” para os municípios. Com o tempo, experiência e educação permanente, o corpo de profissionais se aproximou das realidades municipais com outro olhar, um olhar de cogestor, de agir, construir e intervir, criando sentido para a palavra “apoio”.

Dessa forma, esta dissertação traz o relato de experiência da autora e a vivência de todos esses anos trabalhando no Apoio Institucional da SAPS/SES-RJ, embasada na pesquisa de documentos produzidos pela equipe do apoio durante os anos estudados.

O estado do Rio de Janeiro foi fortemente marcado por um esvaziamento do papel técnico-político, com indução e incentivo à municipalização pela entidade federal, como provedora de recursos e indutora dessas políticas nas relações diretas com os municípios. Compreendia-se, à época, que seria um desafio trazer para o estado o papel de co-construção das políticas junto aos municípios, principalmente em relação à política de atenção básica, quase sempre considerada papel único e exclusivamente do ente municipal. Só seria possível ampliar e fortalecer a atenção básica do estado se se conseguisse aumentar a governabilidade dos sistemas estadual e municipais de saúde. Para isso, uma das ações foi a proposta de mudança do “modelo organizacional” dessa superintendência, que era dividida em programas

verticalizados fora da lógica territorial e populacional, como proposto pela tradição sanitária de sistemas de saúde – além da ausência de espaços coletivos de produção de políticas ou discussão de processo de trabalho.

Pensando na discussão do processo de trabalho da Superintendência de Atenção Primária, no primeiro momento, acreditou-se que seria importante trazer a história da saúde no estado do Rio de Janeiro, a organização da SES, como se iniciou o processo de regionalização e como o estado assumiu seu papel de condutor das políticas estaduais; a importância do Pacto pela Saúde, em 2006, e o compromisso firmado com a gestão comprometida com os princípios do SUS.

A proposta da criação da Superintendência de Atenção Primária e o trabalho com referências regionais culminaram com o processo de regionalização pelo Pacto e a criação dos Colegiados Gestores Regionais, assim como com a proposta das Câmaras Técnicas de Atenção Básica Regionais apresentadas como um dos caminhos de aproximação e cogestão com os municípios.

As CIRs se destacam como instâncias intergovernamentais responsáveis pelas pactuações e organizações dos serviços de saúde no nível regional, que foram criadas através do Decreto n. 7.508/11. Esse mesmo decreto apresenta, como uma de suas diretrizes, a conformação de uma rede regionalizada, hierarquizada e que tem a Atenção Primária como a porta de entrada prioritária do sistema de saúde.

Ainda no capítulo da apresentação da Secretaria de Saúde do Estado, busca-se para a discussão inserir a Superintendência da Atenção Primária e organizar essa instância na SES-RJ. O marco inicial vem com a Portaria Ministerial n. 648/2016, que define a Estratégia de Saúde da Família como modelo de escolha para a organização da Atenção Primária no estado. Com base nessa portaria e nos processos de regionalização, criou-se a Superintendência de Atenção Básica, posteriormente denominada Superintendência de Atenção Primária à Saúde.

Apresentou-se, então, o organograma da SAPS/SES-RJ, e como a APS está organizada no estado do Rio de Janeiro, destaca-se a relevância do município do Rio de Janeiro nessa construção. Dentro da criação da SAPS, foi enfatizada a estratégia metodológica apresentada pela primeira superintendente da época: “Um dos caminhos encontrados foi o de investir no planejamento coletivo, em especial no cotidiano, fazendo gestão compartilhada dos projetos e processos” (Gutiérrez, 2008, p. 90). Surgiu então a proposta de um projeto estratégico que definisse uma linha de

intervenção da SES junto aos municípios, ou seja, o trabalho com a metodologia Paideia e do apoio institucional pensado por Campos em 2000.

A metodologia Paideia ou método da Roda propõe trabalhar o fortalecimento dos Sujeitos e a construção de democracia institucional, ampliando a capacidade de análise e de intervenção do Sujeito e dos grupos. Para isso, é preciso construir capacidade de análise e de cogestão, para que os grupos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição (Campos, 2000).

O trabalho do apoiador envolve ativar coletivos, conectar redes e incluir conflitos; ele não comanda e determina mudanças, mas contribui para que elas aconteçam (Castro; Campos, 2014). A partir desses conceitos, foi construído o trabalho do apoiador institucional da SAPS do Rio de Janeiro.

Ao analisar os principais conceitos relacionados ao método Paideia e os arranjos construídos pela SAPS-RJ, como os GT-AB, os fóruns regionais, as reuniões e visitas técnicas, é possível afirmar que de alguma forma o apoio se dá na prática dos serviços e no cotidiano do trabalho dos apoiadores, qualificando a APS nos municípios. Não é possível determinar, entretanto, que as mudanças na organização e na qualificação da APS, no estado do Rio de Janeiro, são devidas ao apoio institucional. Ainda é notória a falta de protagonismo do estado em relação à Atenção Primária, apesar dos esforços e arranjos construídos durante o período analisado.

O apoio no âmbito estadual, provavelmente, não difere do apoio realizado no âmbito municipal quando se trabalha em espaços colegiados e coletivos; no entanto, essa é uma aposta apenas da Superintendência de Atenção Primária no nível estadual que precisa ser fortalecida a todo o momento junto à equipe técnica da SES, dos municípios e dos próprios apoiadores.

A crise do estado, as dificuldades financeiras, a falta de carro para o deslocamento dos apoiadores até os municípios e a pandemia de Covid-19, de certa forma, contribuíram para o afastamento da SAPS da sua função de apoiador institucional, necessitando da construção de novos arranjos, como as reuniões online, para ativar os espaços coletivos.

É fato que não é possível a todo o momento estar no papel do apoiador; é preciso “autorizar-se a ser agente e não somente apoiador... O apoiador institucional específico vincula-se ao coletivo e depois se vai” (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013, p. 63). No entanto, frequentemente é preciso ativar os espaços de educação

permanente para os próprios apoiadores, com o intuito de garantir que o método da cogestão esteja implicado na sua vivência e no seu processo de trabalho.

Nesse sentido, sugere-se que o estado promova constantemente processos formadores de educação permanente e espaços colegiados de formulação de políticas e estratégias mais cogestoras junto aos municípios, no que se refere ao fortalecimento e qualificação da atenção primária.

Pela análise dos documentos produzidos pela equipe do apoio, foi possível perceber, em alguns momentos, que as reuniões se pautavam em repasse de informações e normativas, sem de fato trazer contribuições e apoio para os municípios. Apenas analisar o processo de trabalho do apoio institucional da SAPS-RJ através dessa metodologia é um fator limitante para o estudo. Para isso, sugerimos a realização de pesquisas qualitativas, com o intuito de ampliar a visibilidade dos processos de gestão da SAPS.

A elaboração de uma Nota Técnica como produto final desta dissertação visa contribuir para que de fato as atribuições do apoiador institucional na Atenção Primária do estado do Rio de Janeiro estejam registradas e documentadas. Apostamos em uma nova forma de gerenciar que vai além de meros receptores ou mediadores de informações entre o Ministério da Saúde e os municípios, independentemente se a situação política e/ou financeira possa contribuir para a prática de gestão desses profissionais dentro e fora da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. *A função apoio na Superintendência de atenção básica da Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro: o desafio do modelo de gestão compartilhada*. 2013. Trabalho de conclusão de curso (Monografia). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- ANDRADE, R. T. S.; SANTOS, A. M.; OLIVEIRA, M. C. Programa de Melhoria de Acesso e qualidade da atenção básica no município de Amargosa, Bahia. *RBSP*, v. 40, n. 1, p. a796, 2016.
- ARRUDA, C. P. A ineficiência da elite política na gestão do estado do Rio de Janeiro. *Mundo Livre: Revista Multidisciplinar*, v. 4, n. 1, p. 3-17, jan./jul. 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/30c301e67a0525bc7f5cf71dbc77334a6a14.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a ed. Brasília (DF): MS, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e os Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável). *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Deliberação CIB-RJ nº 6.745, de 17 de março de 2022, que pactua em caráter permanente o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro (PREFAPS). *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução SES-RJ nº 2.348, de 15 de julho de 2021. Atualiza o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2021.

BRITO, C. S. *et al.* Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1377-1388, 2022

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, v. 18, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* *Investigação sobre Cogestão, Apoio institucional e Apoio Matricial no SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2017.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e formação Paidéia: Apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2013.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>>. Acesso em: 25 set. 2024.

CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, G. N. DE.; FURLAN, P. G. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *CSP*, v. 32, n. 3, p. e00009315, 2016.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, abr. 2017.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 11, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rxNFBsGvHhRyZNfmxMcYZ4b/#>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

CASTRO, C. P. *Avaliação da utilização do método de apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e co-gestão*. 2011. 211 f. Dissertação (Mestrado). apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 2011.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 29-50, jan./abr. 2014.

E-GESTOR – AB. Informação e Gestão da Atenção Básica. Relatório. *Cobertura da Atenção Primária a Saúde*, 2024. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 287-306, 2015

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. *Physis [online]*. v. 30, n. 03, p. e300309, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>>. Acesso em: 03 out. 2024.

FERREIRA, A. S. B. *O financiamento estadual da Atenção Primária no Rio de Janeiro: caminhos e perspectivas*. 2022. 102 f. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Acesso em: 11 jun. 2024.

GUIMARÃES, R. M. et al. *APS+10: painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro*. 1.ed. Rio de Janeiro(RJ): Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

GUTIÉRREZ, A. C. *A co-produção da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro*. 2008. 90 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/42972>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Divisão Regional do Brasil*. 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/15778-diviso-es-regionais-do-brasil.html>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

KUSCHNIR, R. *et al.* Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M.A.D. *et al.*, (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>. Acesso em: 10 jun. 2024.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vYzbD5NkckJvMhFYFBRTyhJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2023.

LUCENA, D. *et al.* *Regionalização: perspectivas, desafios e possibilidades no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro; Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2023/03/MP_PolicyBriefing.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

MACHADO, F. R. S. GUIZARDI, F. L.; LEMOS, A. S. P. A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v. 17, n. 3, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/QgvsmGV3VWPrkVpS9fMzcMF#>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MACHADO, S. S; MATTOS. R. J. B; Apoio Institucional na Atenção Básica: a experiência no município de Salvador – BA. *RBSP*, v. 39, n. 1, p.139-149, jan/mar. 2015.

MAERSCHNER, R. L. *et al.* Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. *Interface (Botucatu)*, v. 18, supl. 1, p. 1089-98, 2014.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Atenção Primária à Saúde: A trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). *REAd*, v. 27, n. 3, p. 725-748, 2021.

MATTOS, T. C. *A função apoio e a gestão estadual: entre encontros, afetos, trilhas, armadilhas e dobras - cartografias da saúde no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2013.

MEDINA, M. G. *et al.* Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, E. V. *et al.* *A construção social da atenção primária à saúde*. 2. ed. Brasília-DF, 2019.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: O caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4555–4568, dez. 2019.

OLIVEIRA, G. N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. 275 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo. 2011.

ORLANDO, C. R. P. *et al.* Apoio institucional: potencialidades e desafios. *R. G&S*, v. 6, n. 1, p. 633-49, 2015.

PARADA, R. A. Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e forma de inserção. *Physis*, v. 11, n. 1, 2001.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Support function: from the institutional change to the institutionalization of change. *Interface (Botucatu)*, v. 18, supl. 1, p. 809-20, 2014.

PERES, A. *et al.* O apoio como estratégia do COSEMS RJ para fortalecimento da gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro. *Res., Soc. Dev.*, v. 10, p. e23110313040, 2021.

PINHEIRO, R. *et al.* Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: Um relato de experiência. *Interface*, v. 18, p. 1125-1133, 2014.

PRATA, D. R. A.; ARAÚJO, M. V. R.; ARCE, V. A. R. O apoio institucional na gestão da Atenção Básica do Estado da Bahia: uma análise do processo de trabalho. *TES*, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02000228. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2000>. Acesso em: 30 set. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES nº 1.799, de 11 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre a Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES nº 2.713, de 06 de maio de 2022. Consolida o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS).

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Deliberação CIB-RJ nº 648, de 05 de maio de 2009 * Republicada. Constituir os Colegiados de Gestão Regional do estado do Rio de Janeiro mencionados abaixo. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/98-2009/maio/734-deliberacao-cib-no-0648-de-05-de-maio-de-2009-republicada.html> Acesso em 22 nov. 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Deliberação CIB-RJ nº 649, de 05 de maio de 2009. Aprovar o Regimento Interno dos Colegiados de Gestão Regional do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/98-2009/maio/734-deliberacao-cib-no-0648-de05-de-maio-de-2009-republicada.html> Acesso em 22/11/2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/conheca-asaps/sobre-a-superintendencia>>. Acesso em: 02 dez. 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Manual de acolhimento aos novos gestores – Ações da Superintendência de Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro, 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório de gestão SESDEC*, 2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório de gestão SESDEC*, 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 07 mar. 2024.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Resolução SESDEC nº 189, de 06 de dezembro de 2007. Aprova os Critérios para a Qualificação das Unidades/Equipes de Atenção Básica e Regulamenta o Repasse de Incentivo Financeiro de Recursos Estaduais. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2007.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB-RJ nº 1.275, de 15 de abril de 2011. Regulamenta o repasse do cofinanciamento da atenção básica no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2011

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. Resolução SES nº 622, de 16 de maio de 2013. Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior PAHI - competência 2013 e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2013.

ROCHA, P. V. S. *Regionalização, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS): a experiência da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2009 à 2022*. 2023. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia de saúde da família: impactos em Santa Maria. *TES*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 15, n. 1, p. 147-162, 2017.

SILVA, C. V. S. R. *O processo de planejamento de uma proposta de intervenção educativa utilizando a Caderneta da Criança como ferramenta pedagógica para a qualificação profissional na Atenção Primária*. 2022. 125 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SORANZ, D. *et al. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro* [livro eletrônico]: 2022 – 2025. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/03/PMS2022-2025_Final_Web.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis*, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, out. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/V6gw3GNjbnQ8G6JCR6h3vXn/>>. Acesso em: 21 fev. 2024.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. *Texto Contexto Enferm.*, v. 28, p. e20170477, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>>. Acesso em: 25 jun. 2023.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4a ed. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2020.

APÊNDICE A - Nota Técnica

ASSUNTO

Elaboração de estratégias e competências do Apoiador Institucional na Superintendência de Atenção Primária a saúde (SAPS), da SES/RJ.

INTRODUÇÃO

A presente nota técnica tem o objetivo de elencar as atribuições do apoiador institucional da SAPS/ SES/RJ, com a finalidade de sistematizar as ações desses profissionais para que os mesmos possam desenvolver ações estratégicas com os municípios, para estruturação e qualificação da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro.

O presente documento é um dos subprodutos da dissertação do Mestrado Profissional de Fabiane Canellas de Paula, intitulado “O Apoio Institucional como método de intervenção no processo de trabalho da gestão estadual da Atenção Primária do Rio de Janeiro”, cujo um dos objetivos foi produzir uma nota técnica para documentar as ações da SAPS/SES/RJ, tendo o apoio institucional como um dos pilares para o fortalecimento da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro.

Os elementos apresentados almejam padronizar as atribuições e competências do Apoiador Institucional da SAPS, no âmbito da SES/RJ.

Essa nota técnica tem como pressuposto o conceito do Apoio institucional pensado por Campos (2013) com a proposta do Método Paidéia (também conhecido como Método da Roda), que implica o exercício da cogestão, com o intuito de ampliar a capacidade de análise e intervenção dos trabalhadores e gestores nas instituições, com uma postura tanto analítica quanto operacional. Envolve uma perspectiva mais democrática e participativa, contemplando o envolvimento dos sujeitos em coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, bem como para a

Educação Permanente (EP) e a gestão, e os seus processos de trabalho (Brito *et al.*, 2021).

Essa nota considera as normas jurídicas vigente na Portaria Ministerial nº 2436 de 21 de setembro de 2017 quando refere à competência do estado em relação ao Apoio institucional: Artigo 9º, parágrafo VII “prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família”.

ATRIBUIÇÕES DO APOIADOR INSTITUCIONAL

O apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações. O apoio institucional busca ampliar a capacidade de as pessoas lidarem com poder, circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão cumprindo tarefas cotidianas. Constituem em pensar na organização de redes e processos de trabalho (Campos, 2013).

O apoio institucional tem como função:

- Ativar espaços coletivos através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos;
- Buscar ativamente incluir-se no processo, se colocar na roda, deixando claro o sentido e o significado de cada uma das intervenções do apoiador;
- Reconhecer as relações de poder e afeto e a circulação de saberes, visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais;
- Mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- Lidar tanto com as ofertas quanto com as demandas e características próprias daqueles com quem se está interagindo;
- Pensar e fazer junto com as pessoas e não no lugar delas;

- Atuar em processos de qualificação das ações institucionais, em interação com os coletivos;
- Promover ampliação da capacidade reflexiva dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da atenção e da gestão no SUS.
- Autorizar-se a ser agente e não somente apoiador, vincular-se ao coletivo durante certo período, mas também exercer ações administrativas e funções específicas, principalmente se essas funções constituírem em desdobramentos realizados nas rodas/espços coletivos.

COMPETÊNCIAS DO APOIADOR INSTITUCIONAL

Considerando o papel do apoiador institucional, algumas dimensões sobre seu processo de trabalho foram identificadas no “Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE”, do Ministério da Saúde, que contribuíram para esta nota técnica.

Dentre essas dimensões, podemos destacar a construção de espaços coletivos de reflexão, inovação nas relações de trabalho, apoio na estruturação e organização da rede de atenção à saúde com a promoção de articulação com outras áreas técnicas dentro da SES/RJ e contribuição com processos de qualificação do apoiador institucional.

A partir dessas dimensões, propõe-se que o apoiador institucional da Atenção Primária da SES/RJ desenvolva as seguintes competências:

- Desenvolver ações estratégicas para a estruturação e a gestão da APS junto aos municípios;
- Promover articulações necessárias ao alinhamento de projetos de acordo com as políticas nacionais e estaduais referentes ao fortalecimento do trabalho dos apoiadores institucionais da APS, bem como apoiar a implementação dessas políticas nos municípios;

- Contribuir para a construção de espaços coletivos de reflexão sobre as práticas de atenção e de gestão, a fim de favorecer a corresponsabilização e sistematização de decisões;
- Avaliar o desempenho dos indicadores estratégicos para a APS no estado do Rio de Janeiro, identificando dificuldades para seu alcance e apoiando a mobilização de recursos necessários para a superação dos problemas;
- Contribuir com os processos de qualificação do cuidado em saúde, incentivando a definição e a implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de qualificação dos trabalhadores;
- Elaborar materiais de apoio técnico para gestão municipal;
- Apoiar a implementação, monitorar e avaliar o programa de cofinanciamento estadual da APS;
- Assessorar os municípios na elaboração de projetos para credenciamento de novos serviços de APS;
- Articular intersetorialmente as ações relativas à APS, respeitando as especificidades locorregionais e a autonomia interfederativa.

ESTRATÉGIAS DO APOIO INSTITUCIONAL NA SAPS/SES/RJ

A intervenção do apoiador institucional visa construir um ambiente acolhedor que possa promover reflexões tanto na esfera profissional quanto no ambiente pessoal dos sujeitos que estão na roda, pois é na roda que se apresenta as possibilidades de escuta, a diversidade de opiniões e de interesses de maneira aberta (Campos *et al.*, 2017).

Para isso a SAPS promove como estratégias do Apoio a realização dos GT-APS, Fóruns APS, Visitas técnicas e reuniões com os municípios.

GT-APS

O grupo técnico regional da APS são espaços coletivos formados pelos apoiadores institucionais da SAPS SES/RJ e os coordenadores da APS dos municípios. Os GTs são divididos por região de saúde, o que corresponde a 9 GT APS no estado do Rio de Janeiro. Suas reuniões acontecem mensalmente geralmente em algum município da região. As pautas são deliberadas conjuntamente com os municípios.

É um espaço de trocas de experiências entre os municípios e de atualização e qualificação de temas referentes à gestão e à atenção à saúde, pautadas em normativas estaduais e federais.

Fóruns APS

O Fórum Permanente da APS é um espaço de educação permanente que possibilita a troca de saberes sobre assuntos atuais na APS.

São encontros que acontecem semestralmente, abertos para os profissionais da SES, coordenadores municipais de APS, profissionais de APS, gestores e representantes da academia e do controle social.

Apresentam uma estrutura mais formal quando comparado aos GTs, pois dividem-se em mesa de abertura seguidos de duas a três mesas com explanações de atores convidados ao debate sobre algum tema atual relacionado à APS.

Visitas técnicas e reuniões técnicas para o Apoio às gestões municipais

As visitas e reuniões técnicas têm o objetivo do apoio institucional individualizado. Pode ser realizado *in loco* quando os apoiadores vão aos municípios realizar a visita técnica ou quando os gestores municipais vão à sede da SES para as reuniões técnicas.

As duas estratégias buscam o apoio mais individualizado e permite o aprofundamento do processo de trabalho e consolidação de estratégias e ações para qualificação da APS em cada município.

Os apoiadores institucionais realizam as visitas técnicas com o objetivo de aprofundar o diagnóstico da capacidade instalada, os processos de trabalho, composição das equipes e estudo dos fluxos dos usuários na rede de saúde, para possibilitar a implementação de ações e apoiar na qualificação da APS.

As reuniões técnicas com os municípios são oportunidades de socialização do conhecimento, troca de saberes e contribui para o planejamento e organização da APS. O apoiador institucional da SAPS assume o papel de mediador e facilitador das questões trazidas pelos municípios. Geralmente são demandas dos próprios municípios pautadas na necessidade de aprofundar assuntos pertinentes a APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio institucional aparece na SAPS com o intuito de produzir mudanças no modo de gerir e de cuidar, pensando nos interesses institucionais e necessidades dos municípios. É um método que busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho (Campos, 2014).

Para isso, surge a necessidade da construção de espaços coletivos para análise do trabalho e produção coletiva de novos arranjos de trabalho, afirmando a democracia nas relações institucionais. O apoio institucional tem um compromisso ético-político que é o de ativação e fomento de grupidades, mais solidárias e corresponsáveis (Paulon; Pasche; Righi, 2014).

Nessa perspectiva, o apoio promove o debate e produz analisadores sociais que trazem a tona contradições, mas que produzem nas equipes novos valores no trabalho em saúde, realizam ofertas que reconheçam direitos e dignifiquem o trabalho (Paulon; Pasche; Righi, 2014).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e formação Paidéia: Apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, v. 18, p. 983-995, 2014.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Manual de acolhimento aos novos gestores – Ações da Superintendência de Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro, fev.2021

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Support function: from the institutional change to the institutionalization of change. *Interface (Botucatu)*, v. 18, supl. 1, p. 809-20, 2014.

APÊNDICE B – Documentos do apoio institucional organizados por título, assunto e descrição
Quadro 8 – Documentos do apoio institucional organizados por título, assunto e descrição (continua)

Ano	Tipologia do documento	Título	Assunto	Descrição
2010	Boletim Informativo	Fórum Permanente da Atenção Básica, Educação em Saúde e gestão participativa	Resumo do 1º e 2º fórum de AB e calendário dos demais do ano de 2010	Boletim informativo sobre os principais assuntos abordados nos primeiros fóruns em 2010, com falas dos municípios e avaliação dos mesmos.
2012	Atas reunião de equipe (3 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Elaboração "Kit região"/ material para levar para as reuniões com os municípios, Reuniões de Planejamento SAB
2012	Ata visita ao município (analisados 3 documentos)	Visita ao município de São Francisco de Itabapoana, Campos dos Goytacazes e Conceição de Macabu/ Região Norte	Relatório de visita para averiguação de irregularidades conforme denúncia do DENASUS	Descrição do município, averiguação das irregularidades apontadas pelo MS, sugestões e deliberações da equipe do Apoio com o município
2013	Atas reunião de equipe (3 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Co-financiamento estadual, PAHI, troca de experiências dos apoiadores quanto aos GT- AB das regiões
2013	Ata visita ao município (analisados 3 documentos)	Visita ao município de São Gonçalo/ Região Metropolitana II, municípios de Itaperuna e Miracema/ Região Noroeste	Relatório de visita para averiguação de irregularidades conforme denúncia do DENASUS	Descrição do município, averiguação das irregularidades apontadas pelo MS, sugestões e deliberações da equipe do Apoio com o município

2013	Ata do GT-AB (analisados 7 documentos)	Ata GT-AB Baixada Litorânea	memórias de reuniões dos GT-AB da região baixada litorânea	Reuniões sobre discussão de indicadores do PMAQ, PAHI, NASF, esclarecimento de dúvidas, experiências com os municípios da região
2013	Ata do GT-AB (analisados 4 documentos)	Ata GT-AB Metropolitana II	memórias de reuniões dos GT-AB da região Metropolitana II	Informes do PMAQ, municípios falam das suas experiências e percepções quanto as avaliações externas. Discussão e troca de experiências sobre o NASF
2014	Atas reunião de equipe (19 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Construção do planejamento regional, relatório de gestão
2014	Ata visita ao município (analisados 4 documentos)	Visita ao município de São Gonçalo/ Região Metropolitana II; Casimiro de Abreu, Armação de Búzios e Iguaba Grande / Região BL	Relatório de visita para averiguação de irregularidades conforme denúncia do DENASUS	Descrição do município, averiguação das irregularidades apontadas pelo MS, sugestões e deliberações da equipe do Apoio com o município
2014	Ata visita ao município (analisados 2 documentos)	Visita ao município de Armação de Búzios/ Região Baixada Litorânea e Rio Bonito/ Região Metropolitana II	Relatório de visita para acompanhar a construção, pela SES, de uma Clínica da Família	Apoiar a gestão municipal na construção do processo de trabalho e definição de ações, objetivos e metas.
2014	Ata visita ao município (analisados 2 documentos)	Visita ao município de Araruama/ Região Baixada Litorânea; Niterói / Região Metropolitana II	Relatório de visita para acompanhar a gestão de AB	Apoiar a gestão municipal na construção do processo de trabalho e definição de ações, objetivos e metas.
2014	Ata do GT-AB (analisados 9 documentos)	Ata GT-AB Baixada Litorânea	memórias de reuniões dos GT-AB da região baixada litorânea	Informes sobre o 2º e 3º ciclo do PMAQ, PSE, dificuldades em trabalhar acolhimento nas UBS, troca de experiências entre os municípios. Discussão sobre rede cegonha e seus desdobramentos

2014 a 2021	Apresentação slides (10 apresentações)	XXI, XXII e XXIII, XXIV, XXVII e XXVIII Fórum Permanente de AB	Apresentação para os municípios de variados temas relacionados a AB, portarias ministeriais e resolução SES sobre o cofinanciamento	Apresentação de slides sobre os temas dos fóruns relacionados a PMAQ, Saúde mental, Cofinanciamento estadual
2014 a 2021	Programação dos Fóruns (10 programações)	Programação dos Fóruns	Programação com temas, horários e local	
2015	Ata do GT-AB (analisados 7 documentos)	Ata GT-AB Baixada Litorânea	memórias de reuniões dos GT-AB da região baixada litorânea	Construção do Fórum AB para a região com o apoio da CIES
2015	Ata do GT-AB (analisados 3 documentos)	Ata GT-AB Metropolitana II	memórias de reuniões dos GT-AB da região Metropolitana II	Construção do Fórum sobre NASF na região
2015	Ata visita ao município (analisados 2 documentos)	Visita ao município de Cardoso Moreira e São Fidélis/ Região Norte	Relatório de visita para acompanhar a gestão de AB	Apoiar a gestão municipal na construção do processo de trabalho e definição de ações, objetivos e metas.
2015	Atas reunião de equipe (20 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Interface com outras áreas técnicas da SES; Divisão da equipe de apoiadores em "frentes de trabalho"
2016	Ata visita ao município (analisado 1 documento)	Visita ao município de Paraty /Região BIG	Relatório de visita para acompanhar a gestão de AB	Apoiar a gestão municipal na construção do processo de trabalho e definição de ações, objetivos e metas.

2016	Atas reunião de equipe (11 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Discussão sobre processo de elaboração de edital de licitação, supervisão e acompanhamento da execução dos projetos. Discussão do plano de enfrentamento a sífilis
2017	Ata do GT-AB (analisados 4 documentos)	Ata GT-AB Metropolitana II	memórias de reuniões dos GT-AB da região Metropolitana II	Apresentação, discussão e troca de experiências sobre a PNAB
2017	Relatório dos Fóruns regionais (analisado 2 relatórios)	Relatório dos fóruns que aconteceram nas regiões Centro-Sul e Médio Paraíba e Norte e Noroeste	Memórias dos Fóruns regionais	Informes e discussão sobre o PMAQ
2017	Atas reunião de equipe (5 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Planejamento de Oficinas com o tema e-SUS, Discussão das frentes de trabalho: Redes de urgência e emergência e Rede cegonha
2018	Ata do GT-AB (analisados 4 documentos)	Ata GT-AB Metropolitana II	memórias de reuniões dos GT-AB da região Metropolitana II	Discussão da linha de cuidado da pessoa vivendo com HIV/AIDS, diagnóstico de cada município, objetivos e metas para descentralização do atendimento
2018	Atas reunião de equipe (12 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Planejamento das frentes prioritárias, discussão da linha de cuidado da obesidade infantil
2018 a 2021	Relatório dos Fóruns Permanentes (3 documentos analisados)	Relatório Fórum Permanente de AB	Memórias dos dois Fóruns que aconteceram em 2018 a 2021	Estratégias de fortalecimento e enfrentamento ao ZIKA/ STORCH, PREFAPS, Pandemia COVID-19
2019	Ata do GT-AB (analisados 4 documentos)	Ata GT-AB Baixada Litorânea	memórias de reuniões dos GT-AB da região baixada litorânea	informes, pautas, discussões sobre as portarias do MS. Discussão sobre o cofinanciamento estadual: PREFAPS
2019	Ata do GT-AB (analisados 2 documentos)	Ata GT-AB Metropolitana II	memórias de reuniões dos GT-AB da região Metropolitana II	informes, pautas, discussões sobre as portarias do MS. Discussão sobre o cofinanciamento estadual: PREFAPS

2019	Ata visita ao município (analisados 4 documentos)	Visita aos municípios de Magé, São João de Meriti, Nova Iguaçu e Nilópolis/ Região Metro I	Relatório de visita para acompanhar a gestão de AB	Acompanhamento do apoio para discussão dos fluxos e organização do processo de enfrentamento a sífilis, NASF
2021/2022	Atas reunião de equipe (4 atas)	Relatório de atividade	Memórias das reuniões de equipe do apoio institucional	Discussão sobre o PREFAPS, Organização do Curso de qualificação dos profissionais da SAPS: Fortalecimento da APS no estado RJ
2021	Ata visita ao município (analisados 4 documentos)	Visita aos municípios de Guapimirim, Carmo, Conceição de Macabu e São José do Vale do Rio Preto/ Região Serrana	Relatório de visita para acompanhar a gestão de AB	Apoiar a gestão municipal na construção do processo de trabalho e definição de ações, objetivos e metas. Discussão sobre o PREFAPS- Cofinanciamento estadual
2022	Ata visita ao município (analisado 1 documento)	Visita ao município de Araruama/ Baixada Litorânea	Relatório de visita para acompanhar a gestão de AB	Apoiar a gestão municipal na construção do processo de trabalho e definição de ações, objetivos e metas.

ANEXO A – Carta de anuência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA
FLUXO BASEADO NA RESOLUÇÃO SES/RJ Nº 2.361/2021
CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A CARTA Nº0212/CONEP/CNS/2010
CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A RESOLUÇÃO CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Superintendência de Atenção Primária à Saúde vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para a pesquisadora **Fabiane Canellas de Paula**, da instituição: **Universidade do Estado do Rio de Janeiro** para realização da pesquisa intitulada "**O Apoio Institucional, como ferramenta de gestão, na Política Estadual da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro**" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em banco de dados com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Fernanda Moraes Daniel Fialho Rodrigues
 Superintendente de Educação em Saúde
 ID 3137524-3

Halene Cristina Dias de Armada e Silva
 Superintendente de Atenção Primária à Saúde
 ID 564118-7

Rio de Janeiro, 10 maio de 2024



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Moraes Daniel Fialho**, Superintendente, em 10/05/2024, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Halene Cristina Dias de Armada e Silva**, Superintendente, em 12/06/2024, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).

ANEXO B - Boletim dos primeiros Fóruns Permanentes de Atenção Básica

Rio de Janeiro, março de 2010
 Boletim 1/2010
 Rua México 128 – 4º andar – Sala 402 G
 Tel.: 2333-3764/2903/3711

Fórum Permanente da Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa

Calendário do Fórum:

26/01/2010
23/02/2010
30/03/2010
27/04/2010
25/05/2010
29/06/2010
27/07/2010
31/08/2010
28/09/2010
26/10/2010
30/11/2010

Fórum Permanente



Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
COORDENADORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENADORIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO PARTICIPATIVA

Senhor (a) Secretário (a),

O Fórum Permanente da Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa é um espaço de troca através de um diálogo aberto em prol de uma gestão melhor dos serviços e dos cuidados aos usuários.

O sucesso depende de todos nós. Estado e municípios numa parceria mais próxima.

Solicitamos que o Boletim seja disponibilizado aos técnicos indicados pelo município.

De tudo ficaram três coisas...
 Fernando Sabino

De tudo ficaram três coisas...

A certeza de que estamos começando...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...

Façamos da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro!



1º ENCONTRO DO FÓRUM PERMANENTE SABEG

LOCAL DO PRÓXIMO FÓRUM (30/03/2010):

PALÁCIO GUSTAVO CAPANEMA

Endereço: Rua da Imprensa, nº 18 – Castelo –

Auditorio Gilberto Freyre

HORÁRIO: Das 9:00 às 17:00

No dia 26/02/2010 iniciamos um desafio: reunir os municípios em uma série de Fóruns com o propósito de contribuir na ampliação e na qualificação da Atenção Básica em Saúde.

Na chegada dos participantes foram distribuídas TARJETAS, com o propósito de responder três questões:

1º - "O que você entende por atenção Básica?"

2º - "Quais os desafios para a construção da Atenção Básica no seu município?"

3º - "Quais as suas expectativas em relação aos próximos encontros do Fórum?"

Na abertura do evento, Dra Márcia Almeida, Superintendente da SABEG, apresentou o

organograma atual da Sesdec/RJ convocando a todos para a consolidação do Fórum.

Seguiram-se duas apresentações temáticas, ainda na parte da manhã, "Políticas de Educação Popular: repensar a saúde a partir do diálogo", preferida pela professora da UERJ, Dra. Helena Davi e "Políticas de Atenção Básica", pela Superintendente da SABEG.

Na parte da tarde seguiu-se uma dinâmica sobre o material produzido pelos participantes nas tarjetas, referente à segunda pergunta reunida em eixos temáticos discutidos com a plenária.



BOLETIM DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO PARTICIPATIVA - 2010

O que está acontecendo na SABEG e nos municípios:



Estamos criando uma nova agenda de trabalhos.
Tem sido gratificante para todos nós apoiadores, a troca maravilhosa de vivências e experiências na gestão do SUS através do Fórum.
No próximo Boletim queremos falar do seu município. Envie-nos sua notícia.

2º ENCONTRO DO FÓRUM PERMANENTE SABEG

No 2º Fórum as participantes foram divididas em grupos com a finalidade de trabalharem respostas à pergunta -

"O que você entende por atenção Básica?"

Novamente reunidos em plenária os relatores dos grupos trouxeram uma rica compreensão dos atributos da Atenção Básica com entendimentos coletivos tais como:

- ACESSO NÃO RESTRICTIVO
- ORIENTADORA DO SISTEMA / ARTICULAÇÃO COM OS DIVERSOS NÍVEIS DE ATENÇÃO
- RESILIÊNCIA
- EQUIDADE
- RESPONSABILIDADE SANITÁRIA / TERRITÓRIO
- LONGITUDINALIDADE
- PROMOÇÃO DE SAÚDE / EDUCAÇÃO EM SAÚDE
- VÍNCULO / HUMANIZAÇÃO / CUIDADO
- INDIVÍDUO / COLETIVO / FAMÍLIA
- PARTICIPAÇÃO POPULAR
- TRABALHO EM EQUIPE / REUNIÃO DE EQUIPE / INTERDISCIPLINARIDADE / GESTÃO PARTICIPATIVA DO TRABALHO
- APOIO TÉCNICO / SUPERVISÃO / EDUCAÇÃO PERMANENTE
- COORDENADORA DO CUIDADO
- ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS

Na parte da tarde, Carlos Henrique, técnico do município de Itaboraí, apresentou o Painel sobre Políticas de Financiamento para Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa, abordando informações sobre linhas de financiamento e

consultoria para a execução de despesas.

Avaliação do Fórum a partir da fala dos participantes:

"Considero o Fórum de excelente nível, com potentes trocas entre os Municípios."

"Gostei muito das discussões e troca de experiências."

"O Fórum promoveu discussões produtivas e ricas, onde pude observar que os problemas encontrados no meu Município, não ocorrem isoladamente."

"Acho o espaço importante, mas temos que pensar estratégias conjuntas para fortalecer as ações locais."

"Muito bom! O dia foi enriquecedor e muito proveitoso."

"Gostaria de parabenizar a Secretaria do Estado pela organização do evento e pelos temas trazidos para discussão."

"Continuar com a dinâmica do grupo, trabalhar com Educação Permanente para gestores. Para estes servirem de multiplicadores na gestão de seu Município."



As Sugestões são sempre bem vindas!

Sugestão 1: "Ver a possibilidade de o Fórum acontecer num lugar mais adequado - maior visibilidade, comodidade e melhor dinamização";

Sugestão 2: "Falar no próximo encontro de Educação em Saúde";

Sugestão 3: "Reunião com Municípios de uma mesma região, para discutir problemas locais com troca de informações, como foi à tarde."

Comunicação:
 Apoiadores Estaduais - SABEG
 e-mail: ajacababica_rj@yahoo.com.br

PARTICIPE DO NOSSO FÓRUM:
atencaobasica_rj@googlegroups.com

ANEXO C – Resolução SES que aprova incentivos financeiros para AB do estado do Rio de Janeiro

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SESDEC Nº 189

DE 06 DE DEZEMBRO DE 2007

APROVA OS CRITÉRIOS PARA A QUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES/EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E REGULAMENTA O REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO DE RECURSOS ESTADUAIS.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, como Gestor do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, e

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF);

CONSIDERANDO a necessidade de reorientação do modelo assistencial, centrado na Atenção Básica como coordenadora do cuidado em saúde,

CONSIDERANDO a necessidade de oferecer novo modelo de atenção à saúde no modo da gestão e organização dos serviços e ações de saúde, produzindo resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida;

CONSIDERANDO que a adscrição de clientela de base territorial permite estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde com a população, possibilitando o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços;

CONSIDERANDO a obrigatoriedade de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, sempre de acordo com os critérios de necessidades de saúde;

CONSIDERANDO as diferentes realidades socioeconômicas e epidemiológicas dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro e a necessidade de avançar na organização dos Sistemas Municipais de Saúde;

CONSIDERANDO o princípio constitucional do SUS da co-participação do Estado no financiamento da atenção a saúde.

RESOLVE:

Art. 1º - Criar o Programa Saúde na Área como incentivo financeiro para os Municípios do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar as Unidades/Equipes de Atenção Básica.

Art. 2º - O incentivo financeiro estadual de que trata o artigo primeiro dar-se-á através de repasse financeiro mensal, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, para os Municípios que:

- I. apresentarem propostas de organização das Unidades de Saúde em concordância com as diretrizes e princípios da Política Nacional da Atenção Básica;
- II. implantarem ações efetivas para o manejo dos danos de maior impacto e situações especiais do ciclo de vida, a serem definidos pela Subsecretaria de Atenção à Saúde;
- III. possuírem Equipes de Saúde da Família informadas no Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

§ 1º - Para efeito de repasse estadual, as Secretarias Municipais de Saúde devem abrir conta específica, encaminhando os dados bancários à Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado da Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil.

Art. 3º - Os Municípios deverão elaborar projetos de implantação e qualificação das Unidades/Equipes de Atenção Básica, visando adequação dos processos de trabalho e da oferta de serviços de saúde às necessidades da população em seu território.

§ 1º - Os requisitos mínimos necessários para a elaboração dos projetos citados no caput deste artigo, o fluxo de adesão ao Programa Saúde na Área e o modelo de Termo de Adesão e Cumprimento de Metas, a serem obedecidos constarão do Anexo I, II e III, respectivamente.

§ 2º - O fluxo para implantação das Equipes de Saúde da Família junto ao Ministério da Saúde permanece como preconizado pela Portaria GM/MS nº 648/2006.

§ 3º - Os Municípios que tiverem Equipes de Saúde da Família informadas no SIAB e cadastradas no SCNES, anteriormente à publicação desta Resolução, farão jus ao recebimento do incentivo estadual, após apresentação do Termo de Adesão e Cumprimento de Metas, não sendo necessária a apresentação de novo projeto.

§ 4º - Os projetos de implantação que não atenderem totalmente aos requisitos constantes no Parágrafo Primeiro deste artigo deverão ser reajustados e reapresentados pelos Municípios.

Art. 4º - O valor do incentivo a ser pago por Unidade/Equipe variará segundo o quintil de posição do Município determinado pelo Fator de Alocação, que será divulgado anualmente por Resolução do Secretário.

§ 1º - O valor mensal do incentivo financeiro estadual será calculado com base no número de equipes de Saúde da Família/Atenção Básica, credenciadas e efetivamente atuantes no Município, segundo informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES e do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

§ 2º - O cadastramento das Equipes/Unidades de Saúde será feito pelos gestores municipais em consonância com as normas do SCNES e SIAB.

Art. 5º - As Equipes/Unidades de Atenção Básica deverão possuir estrutura física, recursos humanos e materiais necessários ao seu pleno funcionamento, que garantam condições satisfatórias para o desenvolvimento dos processos de trabalho, assegurando aos seus usuários e trabalhadores a promoção, proteção e prestação de assistência à saúde com qualidade, segurança e resolutividade.

Art. 6º - Os Municípios que não alcançarem as metas estabelecidas nos indicadores de acompanhamento (Anexo IV) e não atenderem às prerrogativas ora preconizadas por esta

Resolução e as demais normas e diretrizes pertinentes das esferas federal e estadual, estarão sujeitos à suspensão do repasse financeiro do Estado.

§ 1º - Os critérios para suspensão do incentivo financeiro estadual são os descritos no Anexo V.

§ 2º - A Subsecretaria de Atenção à Saúde, após análise pela Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, emitirá relatório com parecer técnico fundamentando a suspensão do repasse, submetendo-o à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 3º - Após manifestação final sobre o pedido de suspensão do repasse financeiro estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá informar oficialmente à Secretaria Estadual de Saúde, através da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado.

Art. 7º - A Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado oferecerá assessoria técnica aos Municípios, com o objetivo de adequação às prerrogativas previstas nesta Resolução.

Art. 8º - Caberá a Subsecretaria da Atenção à Saúde expedir a regulamentação complementar que se fizer necessária ao cumprimento desta Resolução.

Art. 9º - Os recursos orçamentários de que trata a presente Resolução correm por conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil

Art. 10º - Em caráter excepcional, os recursos financeiros referentes às competências dos meses setembro, outubro, novembro e dezembro de

2007, poderão ser executados com base na situação atual da estratégia Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro.

Art. 11 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 06 de dezembro 2007.

SERGIO CÔRTEZ
Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil

ANEXO D – Resolução SES que aprova incentivos financeiros para AB do estado do Rio de Janeiro

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SESDEC Nº 190

DE 06 DE DEZEMBRO DE 2007

APROVA O FATOR DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA ATENÇÃO À SAÚDE (FA) SEGUNDO MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, como Gestor do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, e

CONSIDERANDO a necessidade de melhorar a qualidade da atenção prestada e alcançar melhor racionalidade técnica, financeira e maior nível de equidade no sistema de saúde;

CONSIDERANDO a meta de minimização das desigualdades existentes entre diferentes grupos populacionais de forma que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um nível de saúde adequado;

CONSIDERANDO o desafio de estruturação e qualificação da rede de atenção básica para a reorganização do sistema de saúde, tendo, como instância organizativa, a responsabilidade de prover ações e serviços que busquem atender as necessidades da população, que sejam eficientes e efetivos, contribuindo para a transformação dos níveis de saúde;

CONSIDERANDO a importância da Atenção Básica em Saúde como o eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial;

CONSIDERANDO a existência de importantes iniquidades na distribuição dos recursos e no acesso aos serviços de saúde nos municípios;

CONSIDERANDO o princípio constitucional do SUS da co-participação do Estado no financiamento da atenção a saúde:

RESOLVE:

Art. 1º - Criar o Fator de Alocação - FA de recursos financeiros estaduais para atenção à saúde, a partir do desenvolvimento de metodologia específica para distribuição dos referidos recursos.

§ 1º - Os recursos mencionados no caput serão aplicados em todos os Municípios do Estado do Rio de Janeiro.

§ 2º - O FA incorporará como variável fundamental as necessidades de saúde da população, garantindo assim o princípio de equidade.

Art. 2º - O FA será obtido através da raiz quadrada do resultado da multiplicação entre o Índice de Necessidade em Saúde e Índice de Necessidade Financeira.

Art. 3º - Para o cálculo do Índice de Necessidade de Saúde (INS) foram considerados indicadores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos e realizada a análise fatorial pelo método de componentes principais.

§ 1º - As variáveis epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas utilizadas para compor o INS são:

- a) Coeficiente de Mortalidade de crianças menores que cinco anos;
- b) Proporção de óbitos por causas mal definidas;
- c) Taxa de fecundidade;
- d) Taxa de alfabetização;
- e) Percentual de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo;
- f) Percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo.
- g) Taxa de internação por Doença Diarréica Aguda em menores de cinco anos;
- h) Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos;
- i) Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;
- j) Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral;
- k) Taxa de internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- l) Proporção de internações por complicações de Diabetes Mellitus;
- m) Percentual de abandono de Tuberculose.
- n) Taxa de incidência de Tuberculose Pulmonar Ativa;
- o) Coeficiente de prevalência de hanseníase;
- p) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais;
- q) Média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas.

Art. 4º O Índice de Necessidade de Financiamento (INF) é calculado pelo inverso da receita per capita municipal, com dados extraídos do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde - SIOPS (2005).

§ 1º Os dados utilizados para construção da Receita Própria municipal foram:

- a) Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM;
- b) Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade Rural;
- c) Cota-Parte da Lei Complementar nº 87/96;
- d) Cota-parte do ICMS, IPVA e IPI;
- e) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF;
- f) Imposto Predial Territorial Urbano e as multas e juros de mora sobre o IPTU;
- g) Imposto de Transmissão de Bens Imóveis e as multas e juros de mora sobre o ITBI;
- h) Imposto Sobre Serviços e as multas e juros de mora sobre o ISS;
- i) Outras Receitas de Multas e Juros de Mora de Impostos;
- j) Receita da Dívida Ativa do IPTU;
- k) Receita da Dívida Ativa do ITBI;
- l) Receita da Dívida Ativa do ISS;
- m) Outras Receitas da Dívida Ativa de Impostos.

Art. 5º - A classificação se dará pela aplicação do fator de alocação (FA) e permitirá hierarquizar os Municípios segundo a necessidade relativa de recursos financeiros, variando numa escala de 0,01 (menor necessidade relativa) até 1,18 (maior necessidade relativa).

Art. 6º - Para a alocação de incentivos para o Programa Saúde na Área, os Municípios foram ordenados segundo a ordem crescente do fator de alocação e sua distribuição dividida em cinco partes (quintis) por igual valor, resultando nos grupos 1, 2, 3, 4 e 5.

Parágrafo Único: Será atribuído um incentivo financeiro a cada grupo de municípios, com valores crescentes do grupo 1 (menor valor) ao grupo 5 (maior valor).(ANEXO I)

Art. 7º -A tabela completa com o INS, INF e o FA de todos os Municípios do Estado encontra-se no Anexo II.

Art. 8º - Anualmente, os índices serão recalculados possibilitando a atualização do posicionamento dos Municípios e, conseqüentemente, dos valores de incentivos financeiros

Art. 9º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 06 de dezembro de 2007

SERGIO CÔRTEZ
Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil

**ANEXO E - Resolução SES que aprova incentivos financeiros para ab do estado do
Rio de Janeiro**

ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SES Nº 1846 DE 09 DE MAIO DE 2019

**APROVA O PROGRAMA DE FINANCIAMENTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE e Gestor do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO:

- o Título VIII, Capítulo II, Seção II, em seu artigo 196 e seguintes, da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde - SUS e formas de financiamento;
- a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde -SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Resolução SESDEC-RJ 189, de 06 de dezembro de 2007, que regulamenta o repasse de recursos financeiros estaduais para a Atenção Primária à Saúde;
- O Decreto Governo do Estado do RJ nº 42.518, de 17 de junho de 2010, que dispõe sobre as condições e a forma de transferência de recursos financeiros do fundo estadual de saúde diretamente aos fundos municipais de saúde e dá outras providências;
- a Deliberação CIB-RJ nº 1275, de 15 de abril de 2011, que regulamenta o repasse do cofinanciamento estadual da atenção básica para o ano de 2011;
- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -

SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

- a Portaria nº GM/MS 1.602/GM/MS, de 9 de julho de 2011, que em seu Anexo I redefine os critérios para alocação do piso de atenção básica fixo (PAB-FIXO);
- a Resolução SES Nº 924, de 15 de maio de 2014, que institui o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica - cofinanciamento estadual - competência 2014 e fixa suas diretrizes;
- a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que em seu anexo XXII aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que em seu Anexo I estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS;
- a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata de normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, e em seu Título II trata sobre o custeio da Atenção Básica;
- a necessidade de apoiar a sustentabilidade e fomentar a expansão, a qualidade e experiências inovadoras na Atenção Primária à Saúde; e
- a necessidade de revisão dos critérios para repasse de recursos estaduais para a Atenção Primária à Saúde;

RESOLVE:

Art. 1º - Ficam instituídas as normas do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS), para o exercício de 2019.

Parágrafo Único - O Programa é destinado a todos os Municípios do Estado do Rio de Janeiro, que realizarem adesão às normas estabelecidas nesta Resolução.

Art. 2º - O PREFAPS tem o objetivo de apoiar a Estratégia Saúde da Família (ESF) dos Municípios, a partir da manutenção e expansão das equipes de saúde da família (eSF) e de saúde bucal na estratégia de saúde da família (eSB/SF), bem como fomentar a qualidade e o alcance de metas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Art. 3º - A adesão ao PREFAPS será voluntária, por meio da assinatura do Termo de Adesão pela gestão municipal (Anexo I).

Parágrafo Único - Os Termos de Adesão devem ser protocolados na Superintendência de Atenção Primária à Saúde, situada na Rua México, nº 128, sala 404.

Art. 4º - O recurso financeiro do PREFAPS é destinado, exclusivamente, ao fomento à Atenção Primária à Saúde (APS) e terá os componentes abaixo:

I - Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde;

II - Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família;

III - Componente de Desempenho da Atenção Primária à Saúde;

Art. 5º - O Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde consiste no repasse de recurso financeiro, calculado com base no número de equipes de Saúde da Família (eSF) e de equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/SF) implantadas nos municípios, conforme dados da última competência disponível em fonte disponibilizada no site do Ministério da Saúde

§ 1º - A definição dos valores, por equipe, seguirá os critérios de classificação dos municípios ponderados pelo Ministério da Saúde para o cálculo do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-fixo): PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza, Densidade Demográfica e Porte Populacional; nos quais o conjunto de municípios é dividido em quatro faixas (Anexo II).

§ 2º - Cada uma das quatro faixas possui um valor descrito no Anexo II.

§ 3º Para os municípios com cobertura de ESF menor que 70% de cobertura, o valor será equivalente ao número de eSF e eSB/SF, multiplicado pelo valor da faixa em que ele se encontra.

§ 4º Para os municípios com cobertura de ESF a partir de 70% de cobertura, o cálculo de repasse seguirá a seguinte lógica:

a. Os municípios com cobertura de ESF entre 70% e 99,9% receberão um acréscimo de 10% sobre o valor relativo à faixa em que se encontram;

b. Os municípios com 100% de cobertura por ESF receberão um acréscimo de 15% sobre o valor relativo à faixa em que se encontram.

§ 5º - Os repasses financeiros deste componente terão frequência quadrimestral e o cálculo de repasse terá por base a média de número de eSF e eSB/SF no quadrimestre.

Art. 6º - O Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família

consiste no repasse financeiro destinado aos municípios que implantarem novas equipes de Saúde da Família (eSF) e novas eSB/SF.

§ 1º - Os valores de que trata este artigo serão repassados com frequência quadrimestral e corresponderão à soma total de novas eSF e novas eSB/SF constantes como implantadas no CNES (Cadastro Nacional de Estratégia de Saúde da Família) no quadrimestre.

§ 2º - O recurso estadual destinado para implantação de nova eSF e eSB/SF será pago em parcela única.

§ 3º - As equipes novas poderão passar por visita da equipe técnica da SES para verificação de implantação.

§ 4º - Os valores previstos para o Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família constam no Anexo III.

Art. 7º - O Componente Desempenho da Atenção Primária à Saúde é destinado à qualificação das ações, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, e seu repasse financeiro é condicionado ao alcance de metas pelo município em um conjunto de indicadores estratégicos estabelecidos na presente Resolução.

§ 1º - O rol de indicadores e respectivas metas serão elencados e publicados, conforme as prioridades estaduais (Anexo IV).

§ 2º - O valor máximo ao qual o município fará jus para recebimento do Componente III (Desempenho da APS) terá como teto o valor recebido pelo Componente I (Sustentabilidade da APS), no quadrimestre correspondente.

§ 3º - O recurso financeiro referente ao Componente III (Desempenho da APS) será transferido aos municípios a cada 4 (quatro) meses.

§ 4º - O valor a que os municípios farão jus pelo Componente III (Desempenho da APS) será relacionado ao número de indicadores com metas alcançadas no quadrimestre avaliado, e estará condicionado à seguinte performance:

a. Primeiro e segundo quadrimestres

a.1. Alcance de metas de 0 a 4 indicadores: valor do repasse igual a zero (0%) do teto de recursos repassados no componente I;

a.2. Alcance de metas de 5 a 7 indicadores: valor do repasse igual a 50% do teto de recursos repassados no componente I;

a.3. Alcance de metas de 8 a 9 indicadores: valor do repasse igual a 100% do teto de recursos repassados no componente I.

b. Terceiro quadrimestre

b.1. Alcance de metas de 0 a 4 indicadores: valor do repasse igual a zero (0%) do teto de recursos repassados no componente I;

b.2. Alcance de metas de 5 a 7 indicadores: valor do repasse igual a 50% do teto de recursos repassados no componente I;

b.3. Alcance de metas de 8 a 11 indicadores: valor do repasse igual a 100% do teto de recursos repassados no componente I.

Art. 8º - Os recursos financeiros de que trata esta Resolução poderão ser utilizados em despesas de custeio e capital, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica e coerente com as diretrizes dos Planos Municipais de Saúde.

Art. 9º - A prestação de contas municipal referente à execução orçamentária e financeira de que trata esta resolução deverá obedecer ao estabelecido no Decreto nº 42.518, de 17 de junho de 2010.

Art. 10 - O recurso correrá à conta do orçamento próprio da Secretaria de Estado de Saúde, proveniente do Tesouro Estadual, e será repassado mediante transferência do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em conta corrente do Banco Bradesco.

Art. 11 - Os recursos financeiros de que tratam esta Resolução correrão por conta dos Planos de Trabalho nº 2961.10.301. 0148.8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Básica nos Municípios e nº 2961.10.301. 0148.3542 - Construção e Aparelhamento de Unidades Básicas de Saúde e ficam condicionados à disponibilidade orçamentária da Secretaria de Estado de Saúde.

Art. 12 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir do primeiro quadrimestre de 2019, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 09 de maio de 2019

EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS