

10
Anos

SUS



apoadores regionais

apoio institucional às gestões municipais de saúde do estado do rio de janeiro

Estratégia de Apoio do COSEMS RJ: trajetória de uma década

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitor: Ricardo Lodi Ribeiro
Vice-Reitora: Mario Carneiro

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro

Diretora: Claudia de Souza Lopes
Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade, Estado, Mercado: Estudos Socioeconômicos em Saúde Coletiva

Coordenador: Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Centro de Pesquisa em Saúde Coletiva

Presidente: Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Presidente: Rodrigo Alves Torres Oliveira
Primeira Vice-Presidente: Maria Augusta Monteiro Ferreira
Segunda Vice-Presidente: Izabel Aparecida Mendonça Ferreira
Secretário Geral: Emerson Trindade Costa
Diretora Financeira: Maria da Conceição de Souza Rocha
Diretor de Comunicação: Higino Reis Lira
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares: Valdeci Pereira da Silva Junior
Diretor de Regionalização e Descentralização: Wueliton Pires
Diretor de Direito Sanitário: Pedro

Henrique Coelho Folly

Secretária Executiva: Marcela de Souza Caldas

Estratégia de apoio do COSEMS RJ

Marta Gama de Magalhães –
Coordenadora

Marcela de Souza Caldas – Facilitadora

Ana Maria Auler Matheus Peres –

Coordenadora da parceria CEPESC, IMS-
UERJ, COSEMS RJ

Dilian Duarte Jorge Hill – Apoiadora da
Região Centro-Sul e Baía da Ilha Grande

D'Stefano Marcondes de Lima e Silva –

Apoiador da Região Norte e Noroeste

Lucas Manoel da Silva Cabral – Apoiador
da Região Serrana

Maria de Fátima Brito de Rezende –

Apoiadora da Região Médio Paraíba

Suely Gomes Osório – Apoiadora da

Região Metropolitana II e Baixada

Litorânea

Taciane Pereira Maia Lima – Apoiadora
da Metropolitana I

Organizadores

Ana Maria Auler Matheus Peres

Marcela de Souza Caldas

Marta Gama de Magalhães

Alice Medeiros Lima

Lucas Manoel da Silva Cabral

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rodrigo Alves Torres Oliveira

Ana Maria Auler Matheus Peres, Marcela de Souza Caldas, Marta Gama de Magalhães, Alice Medeiros Lima, Lucas Manoel da Silva Cabral, Paulo Henrique de Almeida Rodrigues e Rodrigo Alves Torres Oliveira
Organizadores

Estratégia de Apoio do COSEMS RJ: trajetória de uma década

1º edição / junho 2022

Revisão técnica: Ana Maria Auler Matheus Peres, Marcela de Souza Caldas, Marta Gama de Magalhães, Alice Medeiros Lima e Lucas Manoel da Silva Cabral

Projeto de Visual, Diagramação e Multimídia: Wagner Nagib

Revisão: Renata Fontoura

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDESIRIUS / BIBLIOTECACB/C

M294

Estratégia de apoio regional do COSEMS RJ: uma década desta trajetória na consolidação do sus no estado do rio de janeiro". COSEMS RJ / CEPESC. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, Ana Maria Auler Matheus Peres, Marcela de Souza Caldas, Marta Gama de Magalhães, Alice Medeiros Lima, Lucas Manoel da Silva Cabral, Paulo Henrique de Almeida Rodrigues e Rodrigo Alves Torres Oliveira (organizadores) – 1.edição digital. Vol.1. – Rio de Janeiro: Editora CEPESC, 2022. 167.

ISBN 978-85-9536-011-2

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Administração em saúde pública. 5. Política de saúde. 6. Regionalização. 7. Atenção primária à saúde. I. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 8. Apoio à Gestão. 9. Apoio

CDU 614.39(815.3)

Informações

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS RJ) Rua México, nº 128 - sobreloja 01 - sala 17 - Centro Rio de Janeiro 21 97528- 0915. E-mail: cosemsrj@cosemsrj.org.br

Distribuição

Direitos exclusivos, para esta edição, de CEPESC Editora. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa da editora.

06

Prefácio

Gastão Wagner de Sousa Campos

07

Apresentação IMS/UERJ- CEPESC

Ana Maria Auler M Peres
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

09

Apresentação Cosems RJ

Diretoria Cosems RJ

11

Parte I

O apoio como estratégia de fortalecimento da gestão do SUS

12

Regionalização da saúde e a estratégia do apoio institucional para o fortalecimento das relações federativas: aspectos da experiência do Cosems do Rio de Janeiro

André Luis Bonifácio de Carvalho

41

O apoio e os apoiadores no Cosems: movimentos da gestão nas regiões de saúde

Débora Cristina Bertussi

80

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, sua identidade e seu papel no SUS: O caso do Rio de Janeiro

Marcela de Souza Caldas
Ana Maria Auler Matheus Peres
Alice Medeiros Lima

SUMÁRIO

102

A estratégia de apoio do Cosems RJ para fortalecimento da gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro

Marta Gama de Magalhães, Lucas Manoel da Silva Cabral, Dilian Duarte Jorge Hill, D'Stefano Marcondes de Lima e Silva, Maria de Fátima Brito de Rezende, Suely Gomes Osório e Taciane Pereira Maia Lima

121

Parte II
Estratégia do Cosems RJ de apoio ao SUS

Alice Lima - Ana Maria Auler - Lucas Cabral
Marcela Caldas - Marta Magalhães

123

Implantação do Projeto
Começando essa história 2012

127

Fortalecendo o Projeto - 2013 - 2017

137

Consolidação da Estratégia - 2018

161

Considerações Finais

164

Sobre os autores

SUMÁRIO

Prefácio

Gastão Wagner de Sousa Campos¹

Primeiro há que saudar a iniciativa do Cosems RJ de implementar a estratégia de Apoio Institucional para fortalecer as gestões municipais, a regionalização e o SUS no estado do Rio de Janeiro.

O apoio institucional e matricial são metodologias inovadoras da tradição da administração sanitária. Trata-se de uma nova função gerencial, em que gestores e especialistas operam de maneira integrada e compartilhada com equipes e dirigentes do SUS. Procura-se organizar espaços coletivos (rodas) para estudo e compreensão dos problemas, priorizando meios de enfrentá-los mediante planejamento e programas elaborados de maneira participativa. Ademais parte-se do pressuposto de que a gestão tem sempre uma dimensão processual, durante a qual, inevitavelmente, emergem dúvidas e dificuldades, bem como conflitos de interesse e de valores. Cabendo aos apoiadores, gestores, equipes e segmentos de usuários construir recursos para mediação, produção de consensos e tomada de decisão.

Durante a última década, o apoio do Cosems RJ deu ênfase aos processos de regionalização e de reforço da gestão em rede. Para atingir estes objetivos, contratou equipe de apoiadores com experiência em Saúde Coletiva e Gestão na Saúde.

Em segundo, há que parabenizar o Cosems RJ pelo lançamento deste interessante livro que relata e analisa essa experiência de relação colaborativa com as secretarias municipais e ainda traz ensaios sobre a estratégia do Apoio Institucional.

¹ Gastão Wagner de Sousa Campos – Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mestre em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (USP). Graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (UNB). Atualmente é professor titular da UNICAMP.

Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/3446369684550232>

Apresentação IMS/UERJ- CEPESC

Ana Maria Auler M Peres

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Este livro é comemorativo da experiência de dez anos da estratégia de apoio à gestão do SUS do Cosems RJ às secretarias municipais de saúde fluminenses. Desde o início da experiência o Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) por meio do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (CEPESC) vem sendo parceiro do Cosems RJ nesta iniciativa.

A Estratégia de Apoio do Cosems RJ começou como um projeto em 2012, contando com a colaboração do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (LAPPIS/IMS/UERJ), coordenado pela professora Roseni Pinheiro, se estendendo até 2018 como atividade de extensão universitária. O LAPPIS colaborou com o desenho do projeto, com a qualificação da equipe e com a produção de material acadêmico. Foram frutos dessa parceria, a elaboração de um documentário, dois livros, artigos e diversas apresentações em eventos científicos.

Desde 2019, essa experiência de apoio passou a ser assumida pelo Cosems RJ como uma estratégia de sua atuação no Estado. A parceria do IMS/UERJ e do CEPESC permaneceu desde então, como uma atividade de extensão do grupo de pesquisa Saúde, Sociedade, Estado, Mercado (Grupo SEM), coordenado pelo professor Paulo Henrique de Almeida Rodrigues. De 2012 até o momento, a professora Ana Maria Auler M. Peres, atua no projeto/estratégia como sua coordenadora adjunta.

O livro está organizado em duas partes, sendo a primeira composta por quatro capítulos que tratam: 1) da relação entre a regionalização do SUS e a Estratégia de Apoio; 2) da experiência do Apoio e dos apoiadores nos Cosems; 3) da Estratégia de Apoio do COSEMS RJ; e 4) do papel do COSEMS RJ no Estado do Rio de Janeiro. A segunda parte descreve e ilustra as atividades desenvolvidas no âmbito do projeto nos seus primeiros dez anos de existência (2012-2021).

O IMS/UERJ se orgulha de ser parceiro do COSEMS RJ nessa trajetória e reconhece que é uma das diversas atividades que demonstram seu compromisso com a construção do SUS. O projeto pode ser considerado como um caso bem sucedido de parceria entre a Universidade e o sistema público de saúde, tendo permitido nesse período ampliar a reflexão sobre o tema e subsidiar o aperfeiçoamento da experiência de Apoio. Acreditamos que a cooperação entre o IMS/UERJ e o COSEMS RJ tem grande importância para o fortalecimento do SUS e da gestão pública no Estado e, seguimos apostando na sua continuidade e no seu aprofundamento.

Apresentação Cosems RJ

Diretoria Cosems RJ

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores políticas públicas do mundo, o que nos remete à importância de não somente celebrar essa conquista, mas também de seguir lutando por sua existência e resistência, em meio a um caminho com tantos desafios e obstáculos, que nos mostram que sua continuidade não está garantida sem insistência. A busca por garantir os princípios e diretrizes do SUS, precisa ser uma constante no percurso de todos os atores envolvidos, tanto na perspectiva da micropolítica quanto da macropolítica.

Trazendo para a realidade do estado do Rio de Janeiro, temos um território com grande diversidade étnica e racial, econômica, cultural, política e social, tornando desafiadora a missão do SUS de enfrentar e superar iniquidades, partindo da perspectiva ampliada do conceito de saúde, entendendo que a mesma, é porta de entrada para cidadania. Nesse contexto, a estratégia de apoio regional do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ) configura uma importante ferramenta de fortalecimento do SUS fluminense.

Nesses dez anos de existência, temos o orgulho e a satisfação de reconhecer o amadurecimento e consolidação da atuação dos apoiadores regionais do Cosems RJ: o que começou como projeto, torna-se estratégia, ou seja, ainda que dinâmico, trata-se de um processo estabelecido e contínuo, rompendo com a ideia de prazo de validade que é inerente ao desenho de projetos. A parceria com o Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) tem sido essencial durante toda essa trajetória para qualificar o trabalho, aprimorar o processo de gestão em saúde e construir viabilidade para enfrentar os desafios de sustentabilidade da estratégia de apoio regional, o que nos mostra o quão essencial é a articulação com a Universidade.

O Cosems RJ reconhece a importância do seu papel de agente que promove formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro, ofertando suporte técnico e político às Secretarias Municipais de Saúde, buscando superar a fragmentação do SUS, pautado na articulação e alinhamento das Redes de Atenção à Saúde dentro da lógica regional. A estratégia de apoio é primordial para garantir a capilaridade do Cosems RJ nas regiões de saúde, a partir da atuação de seis profissionais altamente qualificados, distribuídos entre as nove regiões de saúde do estado. Para o Cosems RJ, os apoiadores são parte do corpo técnico da equipe, legitimados a dar suporte à diretoria da instituição nas tomadas de decisão bipartite.

Esta obra possibilita o conhecimento e fortalece o reconhecimento da relevância da estratégia de apoio regional do Cosems RJ no estado do Rio de Janeiro. Estimamos que a leitura desse precioso material possa servir de inspiração e que dê fôlego para seguirmos construindo o SUS, defendendo a saúde pública e a democracia. Boa leitura!

PARTE I

O APOIO COMO ESTRATÉGIA
DE FORTALECIMENTO DA
GESTÃO DO SUS

Regionalização da saúde e a estratégia do apoio institucional para o fortalecimento das relações federativas: aspectos da experiência do Cosems do Rio de Janeiro

André Luis Bonifácio de Carvalho

Abordagem histórico-conceitual

O advento do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Constituição Federal de 1988, teve na diretriz da descentralização uma estratégia que enfatizou as responsabilidades dos municípios pela gestão das ações e serviços de saúde e respectiva organização dos sistemas locais de saúde.

No que tange à temática da regionalização, de acordo com o que está disposto na Constituição Federal do Brasil, as ações e serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizadas à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas no território brasileiro, tanto em ações preventivas quanto assistenciais. Esse processo deve ser gerido de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo, pautado pela participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento e implementação (BRASIL, 1988).

Cabe destacar que a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, como dispositivo central do arcabouço normativo do SUS, traz em seus princípios e diretrizes a regionalização como parte do processo de descentralização político-administrativa e a hierarquização da rede de serviços de saúde, organizada em níveis de complexidade crescente podendo ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a efetivação desses princípios (BRASIL, 1990).

A discussão da temática da regionalização vem ganhando novos contornos nos últimos 20 anos, em virtude da edição de um denso arcabouço normativo por parte do gestor federal em pactuação com estados e municípios, como também vinculado a um número expressivo de estudos sobre a temática.

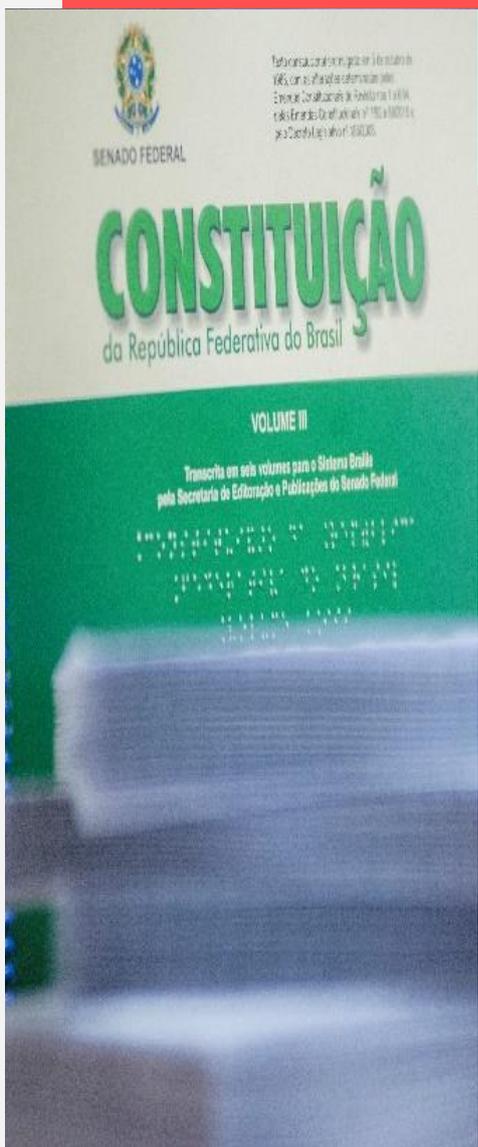
No que tange aos referidos estudos, os mesmos demonstram que a regionalização no SUS é um processo que vem sendo construído, do ponto de vista tecnopolítico, com a participação efetiva dos gestores dos estados e municípios, porém com forte indução do Gestor Federal, estabelecido por meio de relações entre diferentes níveis de governo, envolvendo o diálogo com os cidadãos e os diversos segmentos da sociedade e organizado por meio de processos de governança complexos e, muitas vezes conflituosos (FLEURY & OUVREY, 2007; VIANA & LIMA, 2011; NORONHA & SOARES, 2001; SOUZA, 2002; LIMA *et al*, 2012; KUSCHNIR & CHORNY, 2010 e VIANA, 2008).

Shimizu *et al* (2021) destacam que o ciclo da regionalização da política de saúde pode ser visto em quatro períodos conforme disposto na figura abaixo.

Figura 1: Ciclos da Regionalização da política de saúde.



Fonte: Adaptado de Shimizu 2021.



É importante destacar que desde a Constituição Federal de 1988, passando pelas Leis Orgânicas da Saúde, e por sua operacionalização por meio das Normas Operacionais (91, 93 e 96 e NOAS 01/2001 e 01/2002), sucedidas e aprimoradas pelo Pacto pela Saúde (2006), e mais recentemente pelo Decreto 7508 que regulamentou aspectos da Lei 8080, instituindo o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em 2011, foram delineando-se processos que fizeram com que as diretrizes da descentralização e regionalização se estabelecessem como estratégias para a operacionalização do sistema de saúde, propiciando a construção de uma política atinente às diversidades do próprio SUS, e principalmente sobre as relações heterogêneas e desigualdades existentes no território brasileiro (BRASIL, 1990; 1991; 1993; 1996; 2001; 2002; 2006 e 2011).

De forma mais detalhada, podemos afirmar que esse processo sofreu influências de movimentos desencadeados ainda na década de 1990, com a edição das normas operacionais básicas (NOB) onde foram estabelecidas, de forma progressiva, estratégias para a organização e funcionamento do sistema, cuja ênfase se dava nas diferentes modalidades de habilitação dos estados e municípios e formas de financiamento, ordenando o caminho para o lançamento da norma operacional da assistência à saúde (NOAS) já no início dos anos 2000, que trouxe como contribuição para o sistema, o estabelecimento de regras para o processo de regionalização das ações e serviços de saúde.

Ainda em meados dos anos 2000, particularmente em 2006, a necessidade de se avançar com a consolidação do acesso da população às ações e serviços de saúde de maior complexidade, tornou-se imprescindível para a qualificação da agenda da regionalização das ações e serviços, tendo o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), se destacado como um processo de fortalecimento da agenda regional instituindo os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão, radicalizando a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, aprofundando o processo de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (CGR).

Em meados de 2011, como desdobramento dos processos vivenciados no ciclo do pacto pela saúde, temos a edição do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 1990), de 28 de junho de 2011, que cumpre a determinação constitucional de que o SUS deve ser constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

O processo de regionalização amplia a implementação de aspectos vinculados a construção de acordos políticos entre os gestores para a organização das ações e serviços de saúde por meio da intensificação das pautas da gestão no âmbito das Comissões Intergestores, em particular no nível regional, com ênfase no Planejamento Integrado, consolidado por meio de um Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e tendo a Região de Saúde no espaços das Comissões Intergestores Regionais (CIR) espaços efetivos para sua operacionalização (BRASIL, 2011; 2016).

Cabe destacar que o COAP tinha uma função precípua, organizar e integrar, no âmbito das Regiões de Saúde, as ações e serviços de saúde, na rede regionalizada e hierarquizada, na busca da garantia da integralidade e do fortalecimento de uma gestão interfederativa e regionalizada, tendo como base as necessidades locais, impulsionando uma renovação da agenda política setorial em torno de temas importantes como regionalização, relações

intergovernamentais, organização de redes de atenção à saúde, integralidade, financiamento, entre outros (CHIORO, et al, 2015; SANTOS & ANDRADE, 2007).

A aplicabilidade do COAP em âmbito regional apontou possibilidades para a qualificação das práticas de gestão no âmbito das regiões de saúde (RS), porém colocou em cena alguns dilemas vinculados a (in)definição de papéis quanto à esfera responsável pela garantia do acesso aos serviços de maior densidade tecnológica na RS, com a conformação de uma autoridade sanitária regional, trazendo à tona o debate sobre qual institucionalidade deveria assumir a gestão de equipamentos regionais (SHIMIZU, 2013; MENDES & LOUVISON, 2015).



Ainda sobre o Decreto 7.508, podemos destacar a definição da atenção básica como a porta de entrada prioritária do sistema; o estabelecimento dos novos dispositivos para o planejamento do SUS, a saber, o Mapa da Saúde, a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), e sua inter-relação com o desenvolvimento da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), (BRASIL, 2006).

Esse processo auxiliou numa maior compreensão por parte dos gestores da necessidade de fortalecer as ações de planejamento de forma ascendente e integrada, pautado pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recurso, indutor da organização de redes de atenção, privilegiando as principais linhas de cuidado, propiciando o desenvolvimento de esforços por parte dos estados e municípios para garantir o acesso à saúde de modo regionalizado (BRASIL, 2016).

Carvalho *et al*, (2012), analisando o processo destacado, explicitam que o advento do Decreto 7.508/11, que regulamenta aspectos da Lei 8.080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, reiterando a ênfase nas necessidades de saúde da população, propiciando a definição de prioridades articuladas e integradas, objetivando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, a qualificação das práticas do planejamento regional, o aprimoramento do desenho das redes de atenção nas regiões de saúde, o fortalecimento dos processos de pactuação tripartite e o consequente aprimoramento dos mecanismos de governança do SUS.



Como sistema, sua estrutura possibilita a organização da prestação de serviços de forma hierarquizada e regionalizada, além de instituir de maneira inédita no país fóruns de negociação intergovernamental com a participação de gestores municipais, estaduais e federais e da sociedade civil. Os autores complementam ainda que esses espaços de negociação intergovernamental não faziam parte do desenho federativo da constituição de 1988, mas são resultado do progresso de um modelo criado no âmbito da política de saúde e compõem um legado institucional dessa política para o funcionamento da federação brasileira. Porém, não se pode achar que existe um perfeito equilíbrio de forças entre os entes federativos no que diz respeito às relações intergovernamentais. Cada ente federativo utilizará os recursos de que dispõe para alcançar os melhores resultados para si.

Nesse sentido, a esfera federal usa seu poder de financiamento, enquanto os governos subnacionais utilizam sua capacidade de implementação (FRANZESE & ABRUCIO, 2013).

No que tange as tendências da regionalização da saúde no Brasil, estudos apontam para algumas similitudes vivenciadas em outros países, inerentes aos processos de planejamento, programação, organização e implantação de redes de saúde, qualificação de pessoal, funcionamento de serviços de urgência/emergência, coordenação das ações e serviços de saúde, principalmente em termos da organização do sistema de governança, permitindo a utilização mais eficiente dos recursos e melhor coordenação e progresso do setor.

Cabe destacar, que a leitura feita com relação à temática da regionalização nos permite destacar que nesse processo, dentre outros aspectos, vem sendo desenvolvido ao longo do tempo, instrumentos e mecanismos de planejamento, gestão e financiamento das ações e serviços de saúde, objetivando o desenho e a organização de um sistema regionalizado, tendo na identificação de demandas e necessidades de saúde da população, no estabelecimento dos fluxos assistenciais para a conformação de redes de atenção, na definição de referência e tipologias distintas, aspectos estratégicos (VIANA, et al, 2008, CARVALHO, WASHINGTON, SENRAS, 2017; SANTOS & ANDRADE, 2011; SANTOS & CAMPOS, 2015; OLIVEIRA, TRAVASSOS e CARVALHO, 2015; DUARTE, et al, 2015; PAIM & TEIXEIRA, 2007).



Estudos desenvolvidos com a perspectiva de analisar a regionalização do SUS demonstram a construção de um processo tecno-político, que conta com a participação efetiva dos gestores dos estados e dos municípios, centrado na indução do Gestor Federal e desenvolvido em processos de institucionalidade e governança complexos, muitas vezes conflituosos, estabelecido por meio de relações entre os diferentes níveis de governo, entre esses e os cidadãos e os diversos segmentos da sociedade (BRASIL, 1990; FLEURY&OUVERNEY, 2007; VIANA &LIMA, 2011; NORONHA &SOARES, 2001; FLEURY, 2010; SOUZA, 2002; CARVALHO, WASHINGTON, ISABEL, 2017).

Vemos assim, que o processo de regionalização, neste sentido, além de ser influenciado pelas dinâmicas socioeconômicas, sofre influência dos ciclos de implantação/implementação das políticas e do grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais componentes dos espaços de governança do setor, evidenciando um conjunto de interesses e projetos nos quais os mesmos encontram-se envolvidos, pautado sem suas capacidades de gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas e em construir desenhos regionais que visem garantir acesso a ações e serviços de saúde em tempo oportuno e de qualidade (FLEURY & OOVERNEY, 2007; PAIM & TEIXEIRA, 2007).

Outro componente a ser destacado diz respeito à busca, por parte desses atores, pela integração de atividades governamentais nos âmbitos da atenção à saúde, da economia e das políticas sociais, objetivando mitigar as iniquidades regionais no processo de formulação e implementação de políticas do setor (GADELHA, et al, 2009; ASSIS & JESUS, 2014).

Pelo destacado, vemos que os gestores municipais precisam desenvolver ações de formulação e implementação de estratégias diferenciadas para conduzir e organizar as agendas inerentes aos processos de governança em saúde, caracterizado por avanços que abrangem a ampliação e o fortalecimento na oferta de ações e serviços de saúde, expansão de políticas e programas, com a melhoria das instâncias de governança regional, como também pela persistência de disparidades regionais expressivas, baixa capacidade de coordenação e planejamento, conflitos distributivos, insuficiência de financiamento, judicialização

e ausência da participação de atores relevantes do sistema político local e regional na construção das estratégias de regionalização (MENDES, 2010; STOTO, 2008).

Ainda segundo Overney, *et.al* (2020) a expressiva expansão do papel político e das funções exercidas pelas secretarias municipais de saúde exigiu a difusão de um amplo conjunto de inovações de diversas naturezas, essas inovações abrangem:

- a definição de instâncias e espaços institucionais e o estabelecimento de novos canais de intermediação de interesses;
- a definição de novas regras para a tomada de decisões, a criação de estruturas administrativas, a contratação de quadros;
- o desenvolvimento de rotinas e políticas de formação, a implantação de unidades diversas de prestação de serviços de saúde;
- a criação de sistemas de transferência e gerenciamento de recursos financeiros;
- a definição de rotinas e sistemáticas para aquisição de bens e serviços, entre outras.



Nesse mesmo estudo, onde foi trabalhada a temática do perfil dos gestores municipais e dos desafios da gestão do SUS, ficou patente a necessidade do fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional, pautado por 56% dos respondentes como prioridade nacional, cabendo destacar a ênfase conferida a esse desafio nas regiões Norte (68%) e Nordeste (61%). Os mesmos respondentes, quando indagados sobre o estágio de implementação dos princípios do SUS, apontaram que, entre aqueles plenamente implementados, a universalidade (81%), a hierarquização (74%) e a equidade (72%) são os princípios doutrinários com maiores avanços, porém dois dos pilares fundamentais do projeto de reforma sanitária do SUS, que são a participação popular (58%) e a regionalização (66%), são assinalados como os que ainda demandam políticas especiais para sua concretização (OVERNEY, *et.al*, 2020).

Vemos assim que essa percepção corrobora com a existência de uma agenda com limites estruturais, em âmbito nacional, que aponta para a necessidade de construção de políticas de caráter tripartite de apoio aos municípios para ampliar sua capacidade de gestão e governança, com ênfase na regionalização sinalizando para a relevância da ampliação das estratégias estaduais de planejamento e coordenação regional.

Segundo os autores supracitados os gestores locais, possuem participação política nas instâncias decisórias do SUS em âmbito estadual/regional e nacional, por meio dos seus conselhos representativos (Cosems e o Conasems), ocupando assim um espaço privilegiado no processo de construção da política de saúde em âmbito regional e nacional.

Podemos ver assim que a temática da regionalização se destaca como uma agenda estratégica no processo de formulação de políticas no âmbito do SUS, sendo estratégico compreender os desafios enfrentados e as possibilidades identificadas pelo pelos gestores em relação às novas responsabilidades previstas na construção desse processo, sendo necessário aprofundar os conhecimentos sobre esse processo em seus diversos aspectos.

Vemos que esse processo é extremamente dinâmico e a cada ciclo, quando novos gestores assumem seus mandatos ou mesmo pela alta rotatividade em momentos desse ciclo; levando a mudanças no perfil de condução das secretarias e dos espaços de coordenação federativa.

Cabe destacar que essa situação amplia o grau de dificuldade da construção e consolidação das agendas, situação que se agravou durante a pandemia da Covid-19, ampliando a necessidade do desenvolvimento de agendas de apoio e cooperação por parte das entidades representativas dos gestores, em particular dos gestores municipais.

Apontamentos sobre os espaços estratégicos para a relação federativa no âmbito do sus

Antes de abordarmos aspectos inerentes às práticas do apoio institucional no que tange aos processos envolvendo a agenda dos gestores municipais, no que concerne a regionalização da saúde, cabe um apontamento sobre o ambiente jurídico-político ocupado por esses atores, que no caso do Brasil possui a característica de um espaço federativo trino onde os gestores federais, estaduais e municipais convivem, ou pelo menos buscam conviver, pautados por uma organização descentralizada, cujas relações intergovernamentais, podem ser competitivas ou cooperativas, onde o conflito e a negociação são constantes, particularmente no que tange a efetivação e implementação de políticas públicas.

Neste contexto, o federalismo pode ser definido como a distribuição territorial do poder que se encontra em mais de uma esfera de governo, envolvendo um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado, preconiza a existência simultânea da União (poder central) e da não centralização (ou do governo descentralizado), promovendo a unificação de múltiplas identidades, admitindo com isso um amplo espectro para o exercício do poder pelos governos nacional e subnacionais (ALMEIDA, 2001, LIMA, et al, 2010, LIMA, 2012).



A Constituição Federal de 1988 desenhou uma federação descentralizada, redefinindo competências e atribuições das três esferas, no que tange ao desenvolvimento e implementação de políticas sociais, como fica explicitado no Art 23/CF-88, das competências comuns de União, Estados e Municípios, incisos II e XII, e no Art 24/CF-88 inciso XII, das competências concorrentes, fato que leva a alguns autores considerarem que esse arranjo federativo é responsável, em parte, pela pouca eficácia das ações, pois as responsabilidades não ficam claras e delimitadas ou em alguns casos o ente governamental não possui capacidade financeira ou estrutural para cumprir com sua função (BRASIL, 1988).

Cabe enfatizar que os governos nas esferas subnacionais apresentam diferentes capacidades para implementar as políticas públicas, em função de uma série de desigualdades financeiras, técnicas e de gestão, que no caso brasileiro, se ampliam nos municípios de pequeno porte e que dependem da capacitação institucional do governo estadual e federal para a prestação de serviços sociais, a descentralização das políticas sociais depende da ação política deliberada dos níveis mais abrangentes de governo (ARRETCHE, 2000; SOUZA, 2005).

Cabe enfatizar que as relações intergovernamentais são fundamentais para compreendermos como cada esfera governamental se articula para solucionar problemas comuns, por meio do exercício da negociação

possibilitando que grupos com menor poder político se coloquem em disputa com outros mais poderosos ou influente, dando assim possibilidade de voz para todos no jogo político (SOUZA, 2002).

Vemos assim que a gestão dos sistemas de saúde no Brasil, apresenta-se como uma tarefa desafiadora e, em que pese a ampliação da oferta de serviços, a mesma está distante das necessidades impostas pela construção de uma rede contínua de cuidados integrais, os quais são indispensáveis para qualificar e orientar as etapas da atenção e consequentemente otimizar a utilização dos recursos do SUS e consolidar sua legitimidade junto aos usuários (MENHY, et al, 2003; SANTOS, 2007).

Notadamente verificamos que muitos desafios para a consolidação de um SUS descentralizado e regionalizado se apresentam no cotidiano da gestão, onde o desafio de suprir demandas de saúde vinculadas às necessidades da população é uma constante das temáticas debatidas por gestores do SUS, sendo necessário, estimular e investir nas agendas intergovernamentais, considerando as diferenças e diversidade sociais, econômicas e política em cada espaço-região do país.

Sendo assim o fortalecimento da regionalização como diretriz organizativa do SUS, apresenta-se como uma aposta crescente para assegurar a organicidade do sistema de saúde, superar sua fragmentação e a ausência de articulação entre as unidades federativas, níveis de atenção e unidades de provisão de serviço, propiciando o acesso às ações e serviços necessários ao atendimento integral da população (RIBEIRO, 2010).

A estratégia do apoio institucional no fortalecimento dos processos e práticas da regionalização da saúde

Tendo em vista o exposto destaca-se o papel do apoio institucional, que se configura como um modo de fomentar a gestão participativa, entendida como um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho (BRASIL, 2009).

Cabe destacar que o apoio institucional em saúde se apresenta como um dispositivo de reorientação do modelo de atenção e gestão por vários autores, onde o(a) apoiador(a) se vale da problematização para avaliar as práticas tanto de gestores como de trabalhadores, alinhando-se com as políticas de Educação Permanente e de Humanização (CECIM, 2005; CECÍLIO, 2009; SANTOS, 2007; PAIXÃO & TAVARES, 2014).

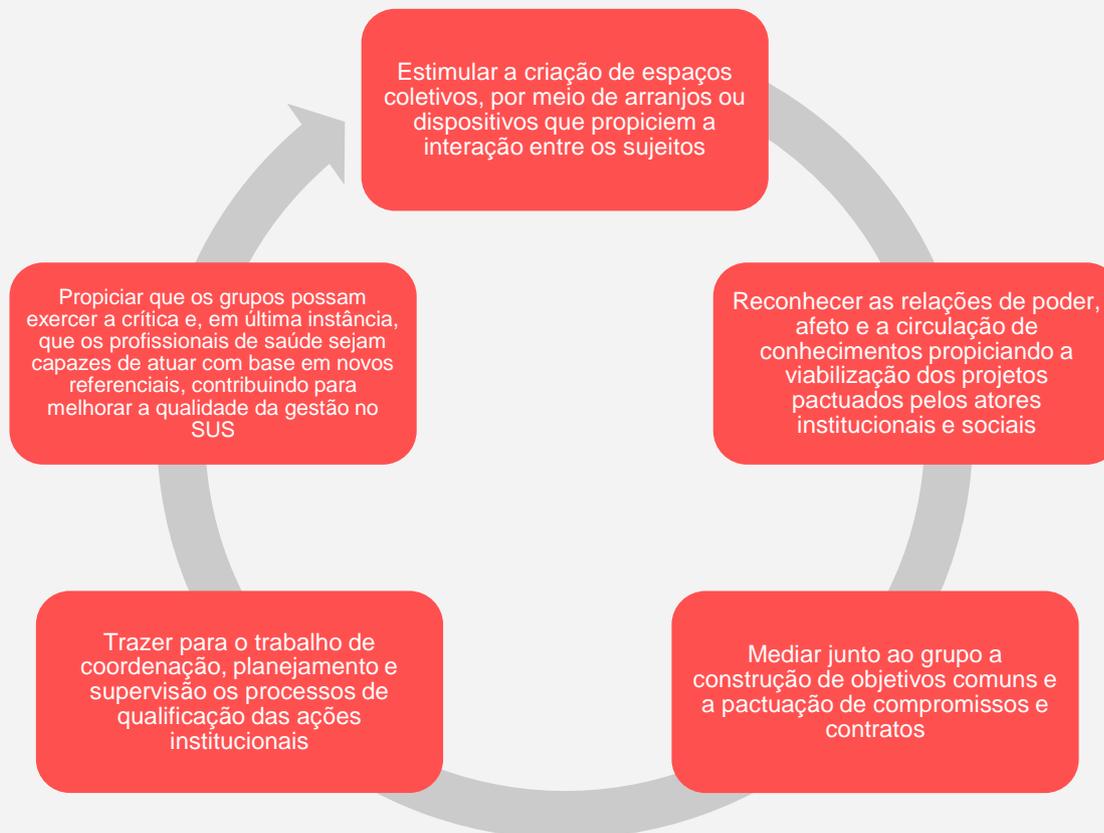
No que tange ao apoio institucional voltado para os processos e modelos de gestão das organizações, o mesmo possibilita oferecer retaguarda assistencial especializada, suporte técnico pedagógico para equipes e profissionais

encarregados da atenção aos problemas de saúde, funcionando como um dispositivo de apoio e fortalecimento da capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal (CAMPOS & DOMITTI, 2007; BRASIL, 2012).

O apoio tem uma função gerencial que traz uma reformulação da forma tradicional de coordenar, planejar, realizar supervisões e avaliações em saúde, tendo em vista o apoiador fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações, articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão, promovendo rupturas dos modelos de gestão baseados na intervenção autoritária, para tanto ajudando na análise da instituição e na busca de novos modos de operar e produzir das organizações (BRASIL, 2009, CAMPOS, 2003; CAMPOS, 2003).

A figura II traz os elementos que segundo o Ministério da Saúde, dizem respeito às funções do apoiador institucional (CAMPOS, 2007).

Figura 2: Funções do Apoio Institucional



Fonte: Adaptado pelo autor, Ministério da Saúde.

Como podemos verificar a função apoio se apresenta, como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, qualificação e fortalecimento da agenda estratégica da gestão e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar suas próprias intervenções.

A proposta do apoio institucional, destaca-se como um processo de reorientação de práticas verticalizadas de gestão dos serviços de saúde, valendo-se para tanto do exercício do diálogo horizontal pautado pela corresponsabilização na gestão das propostas para a qualificação do trabalho em saúde (PAIXÃO & TAVARES, 2014).

O apoio como práxis caracteriza-se para além de uma tecnologia ou uma ferramenta, constituindo-se em um método dialético que também pode ser empregado na cogestão de relações interprofissionais estabelecidas (apoio matricial), na relação clínica (compartilhada entre profissionais e usuários) e em projetos de educação em saúde comunitários ou de saúde pública. No entanto, é a aplicação metodológica do apoio institucional à gestão e o apoio matricial a equipes da atenção que tem se destacado com maior valorização no SUS (FERNANDES, 2014; PEREIRA & CAMPOS, 2014).

Nesse contexto, as ações de apoio institucional devem fomentar o desenvolvimento de espaços coletivos, ampliando processos de diálogo, reflexão e análise das práticas de cuidado e de gestão, favorecendo a produção de consensos entre equipes gestoras, trabalhadores e usuários, permitindo a construção de novas práticas e de um processo de corresponsabilização coletiva voltados para fomentar mudanças institucionais.



Sendo assim, o(a) apoiador(a) institucional destaca-se como um sujeito capaz de promover organização da gestão e dos processos de trabalho, na construção de espaços coletivos, onde os grupos analisam, definem e elaboram projetos de intervenção. A agenda desse ator estratégico, envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das políticas de saúde (CAMPOS, 2006).

Cabe destacar que o(a) apoiador(a) tem o papel de acionar e utilizar dispositivos capazes de promover a análise dos processos de trabalhos, buscando formas de produzir conhecimento, no ambiente da gestão e dos serviços. Para tanto, lança mão da realização de oficinas de trabalho, atividades de formação, matriciamento de agendas, dentre outros (BARROS, 2011).

Desse modo, o apoio institucional articula atores estratégicos, possibilitando uma análise crítica permanente sobre o processo de trabalho e das práticas de gestão, para assegurar o cuidado e a ampliação/renovação das tecnologias envolvidas na atenção, fortalecendo práticas que ampliam aspectos inerentes à implantação das redes de cuidado, objetivando fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações (GARCIA, 2016; MERHY, 2003).



Destacadamente a proposta do apoio, traz aspectos vinculados ao acompanhamento, condução e avaliação das ações em saúde de forma compartilhada com participação das equipes de saúde, dos gestores, com vistas a construção de diálogos com os usuário, possibilitando a (des)construção e

(re)construção de processos, objetivando uma provocação sobre as formas de reorientar o modelo de atenção à saúde, tendo como objetivo melhorar a capacidade de resposta assistencial e gerencial dos serviços.

Um dos caminhos para a efetivação desses processos vem sendo trabalho pelos Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e pelos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) (PINHEIRO, 2014).

Embasado nas ideias de Campos (2006), o Cosems RJ construiu um modelo de apoio para os gestores, municipais de saúde, tanto para a gestão em seus próprios municípios quanto para fortalecer as relações interfederativas que se impõem no espaço de governança regional. O apoio configura-se, dessa forma, também como estratégia para instrumentalização do gestor municipal, contribuindo para a qualificação da sua atuação nos espaços de interlocução bipartite.

Segundo os autores, o apoio regional é uma estratégia de cogestão em municípios de situações socio-sanitárias semelhantes, que se dá nos espaços de pactuação regional – atualmente, as CIR, que são espaços coletivos de gestão, de ampliar a discussão sobre as carências da saúde pública de cada município para um nível regional, onde suas soluções possam ser entendidas e buscadas como metas comuns à integralidade dos municípios envolvidos e dos outros entes federados, utilizando para isso vantagens inerentes a eles e avanços adquiridos individualmente (PINHEIRO, 2014).

Sendo assim, destacam-se os mecanismos de trabalho dessa estratégia de apoio regional, que incluem o acompanhamento e a instrumentalização do gestor municipal, a criação de ferramentas que permitam a quantificação, comparação e projeção de resultados positivos para a saúde da região e a existência de um ou mais agentes que promovam e intermediem a estratégia de apoio.

Nessa perspectiva, o(a) apoiador(a) precisa identificar as necessidades de saúde para as quais precisam ser pensadas soluções por meio de ações articuladas, a interação população-serviços no nível loco-regional, o desenvolvimento do mapeamento das condições da gestão e da situação de saúde da população, dentre outros, contribuindo assim para encontrar condições

adequadas de intervenção no enfrentamento de um conjunto considerável de problemas de saúde.

Assim, o(a) apoiador(a) mergulha nesse espaço de disputa procurando criar espaços de encontro que favoreçam o diálogo e a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre esses e os usuários– tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si.

Neste sentido, o trabalho do apoiador não se configura como uma prática puramente técnica e nem dependente exclusivamente do núcleo profissional, mas sim como prática relacional, acionando tecnologias relacionais, em uma produção intensamente micropolítica (BRASIL, 2021).

Tendo em vista a natureza das agendas do apoio regional destacamos o papel estratégico das Comissões Intergestores Regionais (CIR) que representam a extensão de um sistema de governança pautado na construção do consenso por meio de pactuações que, no caso das CIR, ocorrem no território das regiões de saúde que foram regulamentadas pelo Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011).



No que tange às Regiões de Saúde, o Art.3º da Resolução nº 1/2011 esclarece por meio de três objetivos: I - garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade; II - efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para garantir as mesmas finalidades; e III - buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede

de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais (BRASIL, 2021).

Mais uma vez, nos valemos da Resolução nº 1/2011 para destacar aspectos inerentes às diretrizes gerais para organização das Regiões de Saúde, que guardam relação direta com as competências das CIR, aqui sumarizadas:

- Avaliação do funcionamento das atuais Regiões de Saúde por Estados e Municípios, a ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- Delimitação das Regiões de Saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, de modo a imprimir unicidade ao território regional;
- Observância das políticas de saúde na organização e execução das ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- Reconhecimento de necessidades econômicas, sociais e de saúde da população da região para o processo de pactuação dos fluxos assistenciais;
- Instituição, quanto à composição político-administrativa, de Regiões de Saúde intraestaduais, quando dentro de um mesmo Estado, e interestaduais, quando os partícipes se situarem em 2 (dois) ou mais Estados;

Cabe destacar que o item VI do artigo Art. 4º da Resolução nº 1/2011 estabelece a CIR como:[...] foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, composta por todos os gestores municipais da Região de Saúde e o gestor(es) estadual(is) ou seu(s) representante(s) (BRASIL, 2021).

Desta forma, vemos que a CIR permite o estabelecimento de um espaço capaz de ampliar a capacidade de coordenação federativa em âmbito regional, criando um canal de comunicação para que os gestores municipais possam identificar os avanços e desafios a serem superados nos espaços de cada uma das 438 regiões de saúde e, juntamente com a gestão estadual, à luz das especificidades e singularidades de cada região de saúde, construir uma agenda estratégica com base nos instrumentos de gestão instituídos (plano de saúde, programação anual e relatório de gestão).



Para tanto, o apoiador deve utilizar um conjunto de dispositivos, que auxiliem no funcionamento regular e adequado das CIR, apoiando na qualificação do debate sobre a regionalização, por meio da abordagem de temas inerentes, por exemplo, ao fortalecimento da atenção básica, melhoria de acesso a consultas e exames especializados; qualificação das práticas de planejamento; implementação das redes de atenção à saúde; ampliação e uso adequado dos recursos financeiros com base na necessidades loco-regionais, dentre outros.

Pesquisas recentes, feitas com gestores municipais do SUS, apontam aspectos inerentes a dinâmica de funcionamento da CIR onde a maioria afirmados respondentes afirmam participar regularmente das reuniões da CIR, apontando como desafios da regionalização, o fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional, denotando a necessidade de valorização deste espaço como estratégico para o fortalecimento das práticas gestores no âmbito da agenda da regionalização (OUVERNEY, et al, 2019).

Essa situação, apresenta desafios estruturantes para o trabalho do apoio e para a agenda do apoiador, que se relacionam a aspectos da governança, no que diz respeito ao perigo da burocratização das ações da CIR, fragilizando assim os espaços de negociação e decisão dos gestores do SUS nas regiões de saúde. Os desafios destacados apontam para um conjunto de necessidades complexas e multifacetadas, que exigem do apoiador uma conduta alinhada com uma leitura minuciosa do conjunto de problemas inerentes aos cenários de gestão, em particular os espaços da CIR, instigando assim um conjunto de habilidade que auxiliem o gestor e sua equipe a ampliar sua análise e posterior conduta sobre as intervenções a serem realizadas em âmbito locorregional.

Destacamos isso, pois, tendo como base o processo de organização das ações do apoio e as recentes

iniciativas do Conasems e dos COSEMS por meio do projeto de construção da Rede Colaborativa desenvolvido em parceria com o Hospital Alemão Osvaldo Cruz, vem propiciando a mobilização frente aos desafios, ampliando suas aptidões para contribuir nas discussões em torno da construção de uma agenda propositiva e proativa envolvendo ações voltadas para o fortalecimento dos processos e práticas da gestão (BRASIL, 2020).

Como exemplo de atuação dos COSEMS na qualificação dos processos do apoio institucional, destacamos a experiência do Rio de Janeiro que completa em 2022 dez anos de implantação do Projeto Apoiadores Regionais, através da parceria com o Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC).

O referido projeto buscou ampliar a capacidade de articulação dos gestores municipais nos espaços de governança e contribuir para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde, para fortalecimento do SUS. Em 2017, destaca-se a participação no Projeto Formação Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, desenvolvido através de parceria entre Conasems, HAOC, MS e FIOCRUZ (Projeto IdeiaSUS), objetivando a consolidação do Apoio institucional como uma ferramenta para a efetivação das

relações interfederativas no SUS, tendo como desafio qualificar o apoio regional junto aos gestores e equipes municipais, como suporte técnico para aprimoramento e transformação das práticas de trabalho da gestão municipal, possibilitando reflexões para construção de uma regionalização solidária e colaborativa no SUS (PERES, et al, 2021).

Nesta mesma linha, no período de junho de 2019 a setembro de 2020, foram realizadas 18 oficinas de Educação Permanente, sendo possível definir as funções básicas dos apoiadores para trazer melhores resultados, resultados na definição das funções a partir do verbo APOIAR, e a partir do exercício da interpretação/tradução do verbo, apontar uma série de ações e estratégias a serem desenvolvidas como apresentado por Peres et al (2021).

A centralidade desse projeto está na atuação da equipe de apoiadores atuando junto às Comissões Intergestores Regionais (CIR), à Câmara Técnica da CIR (CT/CIR), à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Câmara Técnica da CIB (CT/CIB), além do acompanhamento de grupos de trabalho regionais e estaduais, conforme demanda técnica, reunião de diretoria do COSEMS RJ e assembleia de gestores. As agendas propiciaram o levantamento das facilidades, dificuldades, necessidades e expectativas para o desempenho da função dos apoiadores, além de possibilitar a construção do perfil dos gestores locais, análise e apoio a construção dos Planos Municipais de Saúde (PMS), da capacidade técnica regional, com ênfase na capacidade técnica-operacional, governabilidade e estrutura administrativa dos municípios e desses no conjunto das regiões de saúde, objetivando a construção do Planejamento Regional Integrado (PERES, et al, 2021).



Vemos assim que a experiência do Cosems RJ, propicia a construção das práticas do apoio como indutora da qualificação da gestão municipal, ampliando a capacidade de captação de recursos, fomentando a implementação das políticas de saúde e a utilização dos processos e práticas do planejamento para construção participativa e o reforço ao monitoramento dos instrumentos de gestão, possibilitando uma reflexão mais aprofundada sobre as práticas e a metodologia do apoio institucional no âmbito regional.



Sendo assim, evidencia-se que o projeto cumpre um papel estratégico para a consolidação do SUS no estado do Rio de Janeiro, contribuindo para o fortalecimento da governança regional e das relações entre os entes federados, enfatizando a qualificação de ações e serviços de saúde produtoras de uma rede mais cuidadora e participativa, por meio da ampliação da capacidade de pactuação bipartite na regionalização do SUS.

Nesse sentido, se faz necessário investir e aprimorar agendas que tem como centralidade o fortalecimento dos processos do apoio institucional como uma estratégia indutora e integradora de ações capazes de potencializar o uso das práticas de gestão e de educação permanente como estratégias para fortalecer os coletivos e transformar as práticas de trabalho, esse é um desafio permanente a ser enfrentado.

Referências

ALMEIDA, MHT. **Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências.** Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, São Paulo, n.51, p.13-34, 2001

ARRETCHE, M. T. S. **Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização.** Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ASSIS MMA, JESUS WLA. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** In: Assis MMA, Almeida MVG, organizadores. Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora; 2014. p. 43-75.

BARROS, MEB.; GUEDES, RC.; ROZA, MMR. **O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiências em um hospital geral.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 12, p. 4.803-4.814, 2011. BRASIL. Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal.** Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL, **Resolução Nº1 de 29/setembro/2011** estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Manual de planejamento no SUS.** Brasília: MS; 2016. (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

BRASIL. **Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988.** Brasília-DF, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Brasília-DF: Ministério da Saúde,

BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília-DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências da Rede Colaborativa Conasems-COSEMS 2018: apoiando a gestão municipal do SUS / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação do Apoio Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série Comunicação e Educação em Saúde).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2010. 10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal. Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde.: **Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2021**

BRASIL. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 31 dez

BRASIL: **Lei 8080, 19 de setembro de 1990**

BRASIL: **Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91)** foi editada pela Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991.

BRASIL: **Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93)**, Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993;

BRASIL: **Norma Operacional Básica do SUS 96**. (NOB/96), Portaria n.º 2.2036/11/96

BRASIL: **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001/Portaria 95 de 25/01/2001**.

BRASIL: **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002/Portaria 373 de 27/02/2002**

BRASIL: **Pacto pela Saúde**, Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

CAMPOS GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, GWS, DOMITTI, A.C; **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2007, v. 23, n. 2.

CAMPOS, GWS. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS et al. (Org). Trabalho em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. P. 53-92.

CARVALHO ALB et al. **A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):901-911, 2012.

CARVALHO, ALB, JESUS, WL, SENRA, IMV. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de**

gestores do sistema. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n30.

CECÍLIO, LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde (pp. 117-130). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ/Abrasco, 2009.

CECIM, RB. **Educação permanente: desafio ambicioso e necessário.** Interface Comunic. Saúde e Educ. v. 9, n.16: p.161-177, 2005

CHIORO A, PAULA A, SÓTER M, GADELHA P, GADELHA P, PEREIRA TR, PEREIRA RM. **Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde [Textos para discussão Saúde Amanhã na Internet].** Rio de Janeiro; 2015.

DUARTE CMR, PEDROSO MM, BELLIDO JG, MOREIRA RS, VIACAVA F. **Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil.** Cad Saude Publica 2015; 31(6):1163-1174.

FLEURY S, OUVENEY ASM, KRONEMBERGER TS, ZANI FB. **Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil.** Rev Panam Salud Publica 2010; 28(6):446-455. 24.

FLEURY S, OUVENEY, AM. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 21.

FRANZESE, C; ABRUCIO, FL. **Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação.** In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (org.). Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 361-386.

GADELHA CAG, MACHADO CV, LIMA LD, BAPTISTA TW. **Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial.** In: Viana ALD, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 97-123.

GARCIA, JR. **As relações entre apoio institucional e democratização institucional: um método para o trabalho do apoiador da Política Nacional de Humanização.** Sau. &Transf. Soc, Florianópolis, v.6, n.1, p.01.-12, 2016.

KUSCHNIR R, CHORNYAH. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** Cien Saude Colet 2010; 15(5):2307-2316. 29.

LIMA LD, VIANA ALD, MACHADO CV, ALBUQUERQUE MV, OLIVEIRA RG, IOZZI FL, SCATENA JHG, MELLO GA, PEREIRA AMM, COELHO APS. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais.** Cien Saude Colet 2012; 17(11):2881-2892.

LIMA, L. D. **Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil.** In: ASENSI, F. D; PINHEIRO, R (Orgs.). Direito Sanitário. Rio

de Janeiro: Editora Elsevier, 2012. p.131-161.

LIMA, LD ET AL. **O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS.** In: Uga, M. A et al. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MENDES Á, LOUVISON M. **O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS.** Saúde e Sociedade. 22 de junho de 2015;24(2):398–402.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde.** Cien Saude Colet 2010; 15(5):2297-2305

38.Stoto MA. Regionalization in Local Public Health Systems: **Variation in Rationale, Implementation, and Impact on Public Health Preparedness.** Public Health Rep 2008; 123(4):441-449.

MENHY, E. E; MAGALHÃES JUNIOR HM; RIMOLI J.; FRANCO T B; BUENO, WS (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003

MERHY, EE. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

NORONHA JC, SOARES LT. **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** Cien Saude Colet 2001; 6(2):445-450. 23.

OLIVEIRA EXG, TRAVASSOS C, CARVALHO MS. **Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar.** Cad Saude Publica 2004; 20(2):386- 402. 1192

OLIVEIRA MM. **Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática.** [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.

OUVERNEY, ET AL. **Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020.** Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43.

PAIM JS, TEIXEIRA CF. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.** Cien Saude Colet 2007; 12(Supl.):1819-1829.

PAIXÃO, L; TAVARES, M.F.L. **A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 845-858, 2014

61.Fernandes JA. **Apoio Institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos Apoiadores do SUS Campinas** [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014

PAIXÃO, L; TAVARES, MFL. **A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 845-858, 2014.

PEREIRA, N.C, CAMPOS. GWS. **O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, suppl 1

PERES, et al. **O apoio como estratégia do COSEMS RJ para fortalecimento da gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro**, Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e23110313040, 2021.

PINHEIRO, R et al. **Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, suppl1, pp. 1125-1133.

RIBEIRO, P; BARROS, E. **Regionalização e Coordenação Intergovernamental.** In:UGÁ, M. A. et al. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SANTOS L, ANDRADE LOM. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2007

SANTOS L, ANDRADE MOL. **SUS: O espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas: CONASEMS-IDISA; 2007

SANTOS L, CAMPOS GWS. **SUS Brasil: a região de saúde como caminho.** Saúde Soc. 2015; 24(2):438-446.

SANTOS L; ANDRADE LOM. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.** Ciência e Saúde Coletiva, 16(3): 1671-1680, 2011.

SANTOS, NR. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; n. 12, p. 429-35,2007.

SHIMIZU HE. **Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil.** Physis Rev Saúde Coletiva. dezembro de 2013;23(4):1101

SHIMIZU, HE et al. **Regionalization and the federative crisis in the contexto of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives.** Saúde em Debate [online]. 2021, v. 45, n. 131 pp. 945-957.

SOUZA C. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização.** Cien Saude Colet2002; 7(3):431-442. 25.

SOUZA, C. **Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós- 1988.** Revista de Sociologia Política, CWB, n.24, p. 105-121, 2005.

SOUZA, C. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p. 593-634,2002.

VIANA ALD, IOZZI LF, ALBUQUERQUE MV, LIMA LD, ELIAS PEM, IBAÑEZ N. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde.** São Paulo em Perspectiva 2008; 22(1):92-106.

VIANA ALD, LIMA LD, organizadores. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. 22.

VIANA, ALD et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde.** São Paulo em Perspectiva, 22 (1): 92-106, 2008

2

O apoio e os apoiadores no Cosems: movimentos da gestão nas regiões de saúde

Débora Cristina Bertussi

Apresentação

Para iniciar esta conversa trago o mundo do trabalho como fundamental eixo para construção do conceito de apoio matricial como ferramenta de gestão. O trabalho em saúde, refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente se produzem múltiplos encontros entre trabalhadores e usuários. Partindo do pressuposto de que o projeto de saúde é disputado no espaço micropolítico, o apoio institucional/matricial é um dispositivo estratégico para produzir o desenho organizativo da rede de serviços de saúde e mobilizar um potencial transformador do agir em saúde com suas práticas.

Isso porque aproximam a gestão dos territórios de produção do cuidado; possibilitam ampliar a caixa de ferramenta da equipe de gestão para governar em arenas institucionais atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões; possibilitam publicizar o exercício privado do agir com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde; possibilitam não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, mas operar a gestão cotidiana, de modo partilhado, por problemas e colocando protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação, e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos públicos.

O apoio matricial, proposto na saúde como um dispositivo de intersecção e troca entre equipes/profissionais, geralmente de diferentes unidades de saúde e de gestão, apresenta múltiplas dimensões e cada uma delas ativa agenciamentos variados no campo do cuidado, da gestão e da formação em saúde que se conectam e entrelaçam. Neste material serão trabalhadas duas dimensões consideradas fundamentais, recolhidas a partir das experimentações e experiências nas andanças no Sistema Único de Saúde, quais sejam: o apoio matricial como dispositivo na organização do cuidado e da gestão em saúde.

Os modos tradicionais de organizar a atenção à saúde têm esbarrado em problemas recorrentes, entre eles, a persistente fragmentação do cuidado na Rede de Atenção à

Saúde. Em geral, há uma enorme dificuldade para articular cada um dos âmbitos da atenção à saúde com os demais, empobrecendo a possibilidade de conexões e acessibilidade entre os dispositivos de saúde de um mesmo território. De forma frequente, o que se vive é uma redução das redes de cuidado à sua dimensão formal, de modo que ganham centralidade os instrumentos/mecanismos burocráticos e não favorecendo as necessidades e as demandas de saúde e as singularidades dos cidadãos-usuários. Além disso, há dificuldades de efetivar o trabalho em equipe, persistindo fragmentação do trabalho e desresponsabilização em relação à saúde dos cidadãos-usuários, assim como a perda da dimensão cuidadora dos atos de saúde (MERHY, 1997; 1998; 2002; FEUERWERKER, 2005;).

Diante desse cenário, a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde é considerada indispensável para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira, a necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, diversificação da utilização das tecnologias de saúde e articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência, melhorando a qualidade do cuidado e sua efetividade.

A segunda, há necessidade de adotar maneiras mais eficientes para a utilização dos escassos recursos, considerando que o modelo hegemônico de

atenção à saúde – centrado na produção de procedimentos e consultas – implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população (VASCONCELOS & GOMES, 2012).

O Apoiador em Saúde vem se constituindo em dispositivo de organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Apostando, que o apoiador possa atuar como facilitador no desenvolvimento de vários processos – desde os ligados à produção do cuidado até à gestão do cuidado em saúde. Busca refazer apontamentos sobre os pressupostos que embasam o trabalho do apoio à gestão regional, no contexto da Estratégia Apoiadores do Cosems.



Linhas da trama institucional: Apoio um entre-lugar

Incluir o apoio como uma estratégia na produção da gestão e do cuidado tem se apresentado como uma novidade, que tem sido trabalhada de diferentes modos – tanto no campo da formulação, como nas experimentações desenvolvidas em diferentes espaços de construção do SUS. Vale a pena revisitar e colocar para conversar essas ideias/apostas/formulações/ experiências.

Apoiar no dicionário Aurélio significa dar apoio, aprovar, sustentar, amparar, defender, favorecer, sustentar, firmar, encostar, fundar, fundamentar e arriscar. Sabemos que o apoio pode acontecer em várias áreas como a logística, administrativa, operacional, cultural, pedagógica, educacional, institucional, emocional, psicológica, social, gerencial, política, etc. Enfim, os campos para

apoio são muitos. Mas aqui vamos falar sobre este movimento de apoiar as equipes de saúde entendendo apoio como um arranjo para organização das práticas de saúde e de gestão.



Neste sentido, trago uma pergunta chave para problematização. O que é o apoio às equipes de cuidado e de gestão em saúde? Não é possível responder esta questão de forma simplista. Mas é possível discutir a partir de planos constitutivos, experiências fontes, diagramas (DELEUZE, 1988) de análise para alargar a possibilidade de olhar para os elementos constitutivos do que se chamamos de apoio, reconhecendo as diversas construções discursivas sobre o apoio e fazendo perguntas às formulações e às experimentações. Quais as aprendizagens sobre apoio às equipes de cuidado e de gestão em saúde nas diversas formulações? Quem são os apoiadores? Como operam? Quais são suas caixas de ferramentas?

Para facilitar a compreensão, a partir do mapeamento de diferentes tipos de apoio praticados no âmbito da saúde, construí uma discussão sobre as várias vertentes de apoio. Uma primeira vertente é o Apoio-intervenção, organizada a partir de trabalhador(es) de saúde como representantes (emissários) da gestão para a interlocução com as equipes de unidades de saúde; esses representantes desenvolvem o trabalho a partir das indicações institucionais, sem – a priori – dar brecha para a produção do(s) encontro(s) em ato, informando e transmitindo informações, conhecimentos e regras/normas a serem seguidas. Neste caso estou me referindo à conhecida supervisão administrativo-gerencial de serviços de saúde realizada por especialistas com base na sistematização de normas e

procedimentos técnicos preconizados, fundamentada no planejamento, organização e avaliação de serviços, que tem sua lógica centrada no controle dos processos e resultados obtidos segundo normas e padrões previamente estabelecidos.

O debate sobre supervisão não é o foco desta discussão, mas é necessário fazer algumas considerações/distinções, pois sabemos que têm sido experimentados diversos modos de supervisão no campo da saúde. Primeiro devo destacar que supervisionar no Dicionário Aurélio significa dirigir, orientar ou inspecionar em plano superior e supervisão significa ação ou efeito de supervisionar ou supervisionar e que é a função de supervisor. O termo supervisão se origina das palavras latinas “super” que significa “sobre” e “vídeo” que equivale a “eu vejo”.

A maioria dos autores que discutem a supervisão como uma atividade instrumental está ligada à administração. Tal conceito é majoritariamente apresentado com uma conotação de controle do trabalho e do trabalhador, como um instrumento para o aumento da produtividade e fator de ligação entre a administração superior e a equipe operacional. A referência principal está nas normas e rotinas da organização. Mas, sabemos que nem sempre a supervisão está ligada a este conceito de controle para eficiência. Como os termos ou conceitos carregam sentidos, podemos explorar alguns sentidos.

A supervisão na administração científica ou taylorista caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional. Estabelece que todas as fases de um trabalho devem ser acompanhadas, de modo a verificar se as operações estão sendo desenvolvidas em conformidade com as instruções e normas previamente definidas, segundo o olhar científico que definiria “a melhor maneira de fazer” e ancorada na separação entre pensar e fazer.

Já a teoria burocrática de Max Weber defende a previsão e a produtividade. Aponta como organização ideal aquela cujas atividades e objetivos são pensados racionalmente. Assim, a divisão do trabalho é declarada e explícita e a competência técnica enfatizada, determinando, portanto, um sistema firmemente

ordenado de mando e subordinação, no qual há uma supervisão dos postos inferiores pelos superiores. Ou seja, essa concepção também traz fortemente uma divisão entre os que planejam e os que executam, a especialização, a hierarquia e autoridade claramente definidas, o sistema de regras e regulamentos, procedimentos e rotinas capazes de responder às mais variadas situações, etc. Este tipo de organização deixa pouco ou nenhum espaço para a autonomia e liberdade.

Outra vertente teórica significativa para o desenho de diferentes modalidades de apoio no âmbito da saúde é a Análise Institucional. Algumas correntes fazem uma separação entre as melhores ferramentas e estratégias para colocar em análise a gestão e a produção do cuidado. A metodologia Paideia indica o Apoio Institucional como referência para produzir processos de autoanálise dos coletivos na gestão. Assim, o trabalhador apoiador, como parte integrante da equipe de condução, produz o encontro com as equipes das unidades de saúde e coloca em análise seus problemas e suas questões no campo da gestão e da condução dos processos decisórios, num arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão entre áreas e setores de uma organização.



No âmbito da atenção, considerando a necessidade de colocar para conversar diferentes saberes técnicos – entre diferentes especialistas ou entre diferentes profissões da saúde – existe a proposição, acolhida pela metodologia Paideia, do Apoio Matricial (ou apoio matricial temático), entendido como uma

forma de promover interlocução entre profissionais de diferentes especialidades ou entre serviços de saúde de diferentes níveis de atenção, numa tentativa de aproximação e cooperação e produção de suporte ao manejo dos projetos terapêuticos. Seria um arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento e ampliar a resolubilidade das ações em saúde, definindo responsabilidades de coordenação e instituindo espaços de diálogo, aprendizagem e cooperação entre profissionais de diferentes serviços.

Campos (2000a e b) propõe um método para análise e cogestão de coletivos que tem a pretensão de ser uma sistematização dos melhores modos de a gestão aproximar-se do cotidiano das unidades de saúde, possibilitando apropriação dos trabalhadores em relação ao seu fazer cotidiano, com reflexões constantes sobre o seu processo de trabalho, sobre o seu modo de estar na vida, com tomada de consciência sobre o seu processo de alienação. Afirma também que este método tem como objetivo fortalecer os sujeitos e os coletivos para a construção de processos de cogestão e democratização das relações de poder, transformando e superando modelos de gestão hierarquizados. A organização dos processos de trabalho, a interação entre os sujeitos, a troca de experiência, a tomada de decisões, sempre que possível consensuadas, a elaboração e execução dos projetos de intervenção possibilitarão a atuação consciente e ativa dos atores envolvidos no processo.

Para Campos (2003) o método Paidéia é uma tentativa de sistematizar modos de intervir de forma deliberada por parte da gestão, no sentido de ampliar as possibilidades de implementação de seu projeto político. Pensar e agir com deliberação é atuar segundo finalidades, buscando algum sentido para a vida.

O efeito Paidéia ocorreria sem que tomemos conhecimento disto, pois se aprende vivendo. No entanto, se pode buscar este efeito segundo valores e intenções prévias, mas reconhecendo que o controle sobre este processo será sempre parcial, já que há inúmeros fatores produzindo efeitos sobre pessoas e instituições.

Na proposta de apoio matricial rizomático, que também conversa com as proposições da Análise Institucional, não há separação entre clínica e gestão, e o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, de acordo com as necessidades das equipes, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado.

Bertussi (2010) denomina o apoio “matricial rizomático” constituído na micropolítica do encontro entre apoiador e equipe apoiada; discute, ainda, o matriciamento como sendo a construção de “momentos relacionais, em que acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizar-se pelas ações desencadeadas...” (p.128).

Problematiza a necessidade da produção permanente de uma “caixa de ferramentas” a ser utilizada pelo apoiador no trabalho de potencialização desse encontro, de forma a produzir inovação e criatividade no enfrentamento das dificuldades cotidianas da gestão. Trata-se, portanto, de uma proposta de apoio que aposta no encontro e nas produções permanentes resultantes deste encontro.



Os planos constitutivos do Apoio

Um primeiro plano para analisar essas várias modalidades/possibilidades de apoio é o mobilizado pelo conceito de devir – no nosso caso o devir-apoiador, pois são os devires que se encadeiam ou coexistem em zonas de vizinhança, de indiscernibilidade, de indiferenciação. Deleuze e Parnet (1998, p. 03) colocam que “Os devires são geografia, são orientações, direções, entradas e saídas. (...) Devir é jamais imitar, nem fazer como, nem se ajustar a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não há um termo de onde se parte, nem um ao qual se chega ou se deve chegar. Na medida em que alguém se torna, o que ele se torna muda tanto quanto ele próprio. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos.”

Segundo Deleuze e Guattari (1997, p.12) "o devir não se contenta em passar pela semelhança" e constitui uma "irresistível desterritorialização". Está no "entre", no "meio". "(...) Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos." (DELEUZE-GUATTARI, 1997, p.64). Para estes autores não interessa partir nem chegar, mas sim se instaurar no meio, na atmosfera do devir propriamente dito. O devir não é concebido como o resultado de uma transformação, de uma passagem ou de uma forma, de um estado ou de um termo a outro. Ele é o próprio processo, um meio, ou seja, uma zona de indiscernibilidade em que os termos implicados numa relação são arrastados pela própria relação que os une. Quando Gilles Deleuze e Félix Guattari falam em devir não pretendem estabelecer um curso em uma evolução, em um progresso ou em um desenvolvimento, mas, em outro sentido, os signos de uma involução.

Então, o devir-apoiador se produziria na tentativa de aprender a ultrapassar uma subjetividade fundamentada no eu, a deslocar do ser do eu e da consciência para os devires. Mas esse movimento deve ser repetido em todos os sentidos, em todas as ocasiões, porque isso nunca se dá de uma vez por todas. Há que compreender e aceitar que somos muitos em um, que às vezes somos A, às vezes somos B, às vezes C, às vezes D (...) e às vezes Z e que essa multiplicidade é produzida no encontro, a partir dos agenciamentos mútuos. Certamente, liberar-se das imposições, das instituições e mesmo, de certa maneira, do eu-pessoa, é o movimento fundamental. É necessário reconhecer que não se pode aprender sem começar a se desprender. A se desprender, antes de tudo e sempre, de si.

Um segundo plano vem a partir da ideia de intercessores do Deleuze (1992), que coloca que quaisquer encontros fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor, pois sem os intercessores não há criação e não há pensamento; os intercessores podem ser pessoas, coisas, plantas, até animais. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. O conceito de intercessor, para Deleuze, segue o do verbo interceder, que significa intervir. Portanto, produzir interferência não é o mesmo que fazer interseção - o importante é que o cruzamento constitui uma zona de interferências.



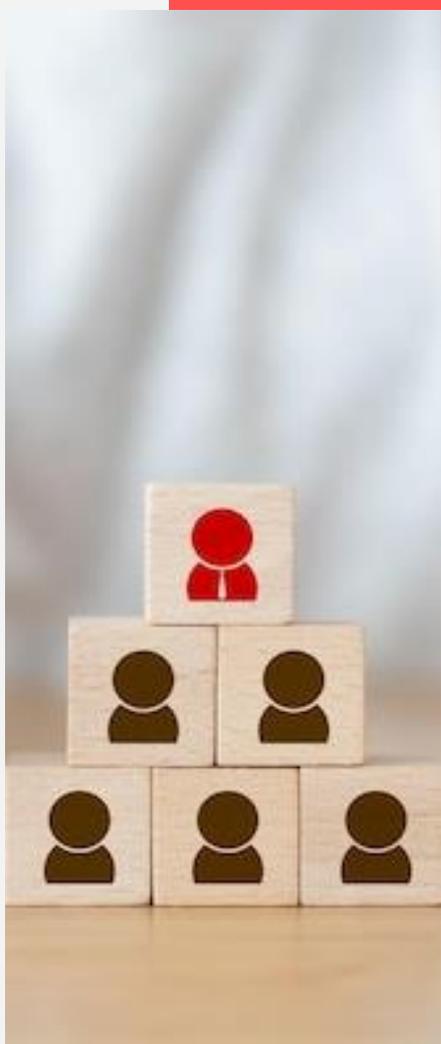
Merhy (1997, 2000, 2002) autor fundamental para o desenvolvimento deste debate na área da saúde no Brasil, denomina espaço intercessor como aquele em que cada uma das partes, neste caso apoiador e trabalhador, se coloca com toda sua inteireza: necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em um dado contexto, e aí que está a potência do trabalho vivo em ato. Onde o trabalho vivo é aquele que está em ação, que vai se dando, que vai se fazendo no próprio ato por cada trabalhador. No trabalho em saúde, que se produz no encontro entre trabalhador e usuário, a centralidade do trabalho vivo é ainda mais significativa, tendo ele (o

trabalhador) certa autonomia em relação à sua ação, ao seu poder de decidir coisas em seu micro espaço, segundo certo recorte interessado. E a esta autonomia Merhy (1997) denomina autogoverno. Então, em todo lugar em que ocorre um encontro entre trabalhadores de saúde, trabalhador de saúde e usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas, vínculo, implicação e responsabilização, as quais se articulam com a constituição de produção de invenção e criação (ou de captura e de repetição, dependendo de como se processa o encontro e dos agenciamentos que produz).

Deste ponto de vista, o trabalho do apoiador não se configura como uma prática puramente técnica, mas sim como uma prática relacional, reproduzindo-se a si num dado contexto o tempo todo e acionando tecnologias em vários campos, inclusive o das tecnologias leveduras e duras. Neste sentido, os processos intercessores no trabalho de apoio a equipes de saúde apontam para um reconhecimento de ser essa uma produção intensamente micropolítica. E olhando este processo de produção, o apoio às equipes de saúde funcionaria como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potência no enfrentamento de problemas cotidianos.

Os encontros e desencontros nestas relações são matéria prima para instituir novos jeitos de relacionar as várias áreas/setores das SMS com cada equipe de saúde e revelar uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de organizar a gestão do cuidado em

saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno do processo de trabalho de cada equipe, mais comprometido com as necessidades de saúde individual e coletiva.



Então, o espaço intercessor designa o que se produz nas relações entre sujeitos e não tem existência fora do momento do encontro em ato, no qual são os “entres” que se colocam como instituintes na busca de novos processos. O “entre” configura um espaço/produção dependente do encontro, transitório e que não pode ser reproduzido por nenhuma parte isoladamente, pois a potência do “entre” é distinta da potência de cada um. A intercessão é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento, em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em um processo muito próprio desse sujeito coletivo novo que se formou. Conseqüentemente, novos fazeres, novas práticas, podem se materializar no que Merhy (1997) designa como campo das “tecnologias de trabalho”.

Por outro lado, esse espaço que se configura no momento dos encontros define um espaço de autogoverno, em que se expressam desejos, projetos, tecnologias disponíveis por parte de cada trabalhador, num exercício permanente de “negociação” com os projetos políticos da gestão. Então, em função do trabalho vivo em ato e dos espaços intercessores, todos os trabalhadores de saúde são gestores, pois fabricam cotidianamente o modelo de atenção, em disputa ou consonância com as propostas da gestão e com as propostas dos demais trabalhadores. É nesse espaço exatamente que as propostas de controle buscam se inserir/interferir. Neste sentido o agir em saúde, em sua micropolítica, traz à

cena, permanentemente, as tensões autonomia versus controle num território de disputa e produção incessante.

Um terceiro plano de constituição/análise diz respeito a como se produzem as relações no organograma - de modo arborescente ou rizomático - pois elas se dão em disputa, e a produção de coletivos, ou melhor, os coletivos em ação configuram-se com maior potência quando há brechas para o debate intenso e cotidiano do que fazer, como fazer e porque fazer a gestão. Neste sentido, o arranjo matricial/matriciamento pode ser a expressão do organograma rizomático, entendendo que o rizoma é composto de linhas e pontos, sendo que todas as linhas e pontos se conectam ou podem se conectar, sem obedecer a relações de hierarquia ou subordinação. Para todos os lados e todas as direções, portanto o rizoma tem como princípio o da conexão e caracteriza-se por ser um campo coletivo de forças dispersas, múltiplas e heterogêneas.

Nas relações produzidas a partir do matriciamento, quaisquer que sejam elas, em suas várias direções e sentidos, o poder está sempre presente e se manifesta na disputa, ou seja, na relação em que cada um procura dirigir ao outro. São relações que se encontram sob diferentes formas e que são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas a priori e nem de uma vez por todas. Então onde há relações de poder, há possibilidades de resistência, há liberdade, no modo de pensar, de agir, de falar etc. O matriciamento é produzido em planos nos quais qualquer ponto pode conectar com outro, configurando uma rede sem um ponto fixo, sem ordem determinada, sem unidade fixa. Espaços constituídos por um princípio de multiplicidade que não busca unidade nem no sujeito nem no objeto, mas nos movimentos dos fluxos das redes que se configuram pelos agenciamentos entre sujeitos/objetos/lugares. O matriciamento deve ser compreendido, então, como espaços construções desmontáveis e conectáveis que se abrem para o ilimitado.

O matriciamento constituindo-se como a dobra de Deleuze (2012) que proporciona uma visão sem limite entre o dentro e o fora, não se limitando ao sujeito, mas aos acontecimentos que envolvem ou não os sujeitos, de forma singular e múltipla, produzindo transformação simultânea do fora e do dentro. A interioridade se produz como um dobramento das forças do interior e exterior.

Se pensarmos o matriciamento como um conceito-ferramenta para provocar conexões entre áreas/setores/projetos e entre campos de conhecimento, ou melhor, provocar o desmanche de hierarquias na configuração organizacional e do conhecimento, podemos desconstruir a ideia da força matriz como “decalque” ou como base ou como modelo e tomá-la como o lugar em que se geram e se criam coisas. O matriciamento como alternativa ao vertical. Para produzir relações horizontais entre profissionais de distintas áreas/projetos e campos de conhecimento.

Neste sentido o matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais em que

acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizar-se pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

Reconhece-se que cada trabalhador de saúde e cada usuário operam com uma concepção de saúde e de cuidado; que no espaço do encontro com o usuário é que se concretiza o momento de autonomia do trabalhador para expressar e operar suas concepções; que há múltiplos projetos de saúde (ocultos) operando, em disputa, tentando prevalecer sobre os demais.

Assim, o apoiador mergulha nesse espaço de disputa, procurando criar espaços de encontro que favoreçam o diálogo e a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários – tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si. No âmbito da produção do cuidado pode possibilitar agregação e combinação de diferentes saberes e tecnologias para enfrentar a complexidade e desestruturação dos problemas de saúde, favorecendo a construção de redes de conversação.

Podemos, então, pensar no conceito-ferramenta do motriciamento, pois motriz nos dicionários quer dizer força que dá movimento, aquela que faz mover, que imprime movimento motor, força motriz. De fato, existem algumas forças que produzem e/ou dificultam o movimento nos processos de produção da gestão e

do cuidado em saúde. Entretanto, a potência das forças motrizes depende do contexto, da configuração das equipes de saúde, dos apoiadores, etc, existindo assim, uma ou mais forças motrizes durante os acontecimentos na produção do apoio, configurando situações de cooperação ou comunicação motriz e em situações de oposição ou contra-comunicação motriz.

Como no desenvolvimento do matriciamento também há multiplicidades, muitas vezes o movimento está mais para nutricao do que para matriciamento, ou seja, o foco acaba sendo principalmente alimentar a clínica do outro, injetar nutrientes, transmitir conhecimentos para trabalhadores que estão com dificuldade em desempenhar a produção do cuidado.

O quarto e último plano que atravessa essa produção é a caixa de ferramentas do apoiador para operar o apoio às equipes de saúde. Como diz Merhy em seu livro *Saúde: A Cartografia ao Trabalho Vivo*, caixa de ferramentas que funcione com potência de bússola para o pensar num terreno de tensionamentos e desafios, em meio aos quais o "agir em saúde" se afirmar como uma experiência radical de (re)invenção da saúde como bem público e potência de luta "a serviço da vida individual e coletiva". Então, a "caixa de ferramentas" como conceito-força que compõe o plano de consistência para

as análises micropolíticas, advindas dos campos da filosofia, da economia política, da saúde pública, que funciona indagando "o que se passa entre", nos caminhos que se criam por entre impossibilidades no cotidiano das práticas de saúde.

Neste sentido, há que se pensar na necessidade de "fabricar" uma caixa de ferramentas que amplie a potência do encontro entre trabalhadores e apoiadores para a produção de invenção e inovação para o enfrentamento criativo do cotidiano das unidades de saúde.

Emerson Merhy (2005) problematiza esse tema, interrogando se seria possível pensar um modelo anti-hegemônico que torne a dinâmica mais pública, possibilitando que ela seja capturada pelo mundo das necessidades dos usuários, ao invés de ser capturada pela lógica da produção de procedimentos ou dos

interesses de cada trabalhador. E apresenta dispositivos que comporiam uma caixa de ferramentas com poder de fogo suficiente para enfrentar tal dilema.

Nessa caixa de ferramentas entram desde os protocolos de cuidado, estratégias de encontro e afetações, até um conjunto de ideias e modos de intervenção buscados no campo das técnicas de Governo, de modo a compor núcleos de tecnologias leves e leveduras (MERHY, 1998)¹ que favoreçam a instituição de novos arranjos no modo de fabricar saúde.

A única indicação segura para atravessar o pesado campo dos instituídos, para enfrentar o fogo cerrado dos interesses em jogo e dos embates cotidianos que se realizam nas organizações, rumo a “outras cartografias além do instituído, seria a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde para que neles atue a força instituinte do usuário”.

Então, como favorecer novos agenciamentos capazes de estabelecer diferentes conexões simultâneas? Como se estabelecem os afetos, já que é impossível separar o conhecimento da subjetividade por ele produzida? Uma questão fundamental neste contexto seria o de pensar o mundo a partir dos sentidos, dos efeitos de sentido, de traçar rotas de deslocamento, de fugir das linhas duras, molares; de tensionar essas linhas, construindo linhas moleculares, criando movimento, gerando incertezas, possibilitando viver o cotidiano de outras formas, valorizando mais as multiplicidades do que as diversidades e produzindo desterritorializações/reterritorializações. É necessário também considerar as ações/paixões que atravessam esses corpos, as transformações incorpóreas, permitindo o atravessamento dos elementos suplementares e não claramente perceptíveis. Ao buscar uma linha de fuga, buscamos novas territorialidades, pois essa busca pode favorecer uma modalidade de aprendizagem cuja finalidade não

¹ A proposta de Mehry (1998), que defende a ideia de que o trabalho em saúde mobiliza ao menos três tipos de tecnologia: duras (equipamentos, medicamentos), leveduras (conhecimentos estruturados, como clínica e epidemiologia) e leves (tecnologias relacionais que possibilitam a produção de relações intersubjetivas entre trabalhador e usuário). Dependendo do arranjo desses tipos de tecnologia, o trabalho em saúde é mais ou menos cuidador e mais ou menos efetivo. Os diferentes modelos tecno assistenciais em saúde se diferenciam também pelas distintas ênfases no arranjo tecnológico do trabalho em saúde.

exista a não ser como possibilidade de reinvenção, permitindo novos agenciamentos.

Vale ressaltar que a intensidade das relações produzidas no trabalho depende da interação entre as pessoas e neste caso da interação entre o apoiador e os trabalhadores das unidades de saúde. Neste contexto, se essa interação for pautada pelo desenvolvimento de interações que ampliem a capacidade de agir, serão produzidos movimentos instituintes para interinventar em parcerias linhas de fuga do instituído. Numa situação diametralmente oposta, quando sofrem uma diminuição da intensidade na interação com os trabalhadores de saúde, enfraquece a capacidade de agir.

Os diagramas servem para pensar uma tipologização dos apoiadores com as máscaras criadas a partir dos encontros e dos acontecimentos vividos com os trabalhadores de saúde, buscando identificar os movimentos predominantes, porque foram para este encontro muitas vezes para indicar, normalizar, controlar e fiscalizar, mas também se desmanchar, desterritorializar e afetar.

Os apoiadores e suas máscaras

A imagem das máscaras interessa para compreender as multiplicidades dos apoiadores, pois em sua intensidade na relação com as equipes de cuidado e de gestão de saúde em seu contexto produzem afetamentos mútuos, uns atravessando os outros na produção do encontro em suas sucessivas aproximações.

Rossana Baduy (2010) desenvolveu a ideia de uma tipologização móvel, produzida pelos afetamentos, pelos fluxos de intensidades, que formam um feixe de forças; uma tipologização que não é da pessoa, não é do saber, não é de fora, mas é do acontecimento, não é algo fixo, irreduzível aos diversos “tipos” de assessores. Caberia a ideia de máscaras da Suely Rolnik (2007), pois neste caso, quando Rossana Baduy (2010) fala de “assessores” não fala dos indivíduos, mas

sim das diversas máscaras produzidas, ativadas, nos diversos encontros, o mesmo “indivíduo-assessor” se produzia de várias formas nas diversas situações.

A tipologização da figura do assessor, proposta por Rossana Baduy (2010), foi construída em quatro máscaras: barro, madeira, vidro e ferro. As máscaras de barro produziam singularidade, alta porosidade, eram afetados e afetavam o cotidiano dos trabalhadores, as ferramentas eram produzidas nos encontros e havia capacidade de autoanálise de produção de rupturas; as de madeira produziam singularidades, às vezes tinham porosidade, eram acolhedores, mas colocavam as situações em análise para convencer o outro, usavam a caixa de ferramentas nos encontros, tinham capacidade de autoanálise de produção de rupturas; as de vidro eram os orientadores, tinham pouca porosidade, orientavam, eram claros e objetivos nas suas prescrições, e tinham uma caixa de ferramentas limitada, problemas eram desvios na função e; as de ferro como os normalizados, não tinham porosidade, apresentavam as normas para serem cumpridas, sua caixa de ferramentas era composta por tecnologias leve duras, seguiam normas e aplicavam punições.

Para compreender, Suely Rolnik (2007) coloca que:

as intensidades em si mesmas não têm forma nem substância, a não ser através de sua afetuação em certas matérias cujo resultado é uma máscara, ou seja, intensidades em si mesmas não existem: estão sempre efetuadas em máscaras - composta, em composição ou em decomposição”. “...não há máscaras que não sejam, imediatamente, operadoras de intensidade...” Diz que as consequências que podemos extrair dessa formulação são de que a palavra ‘simulação’ não tem nada a ver com falsidade, fingimento ou irreabilidade. “...enquanto a máscara funciona como condutor de afeto, ela ganha espessura do real, ela é viva e por isto tem credibilidade; ‘é verdadeira’. E, à medida que deixa de ser esse condutor – ou seja, à medida que os afetos gerados no encontro, ao tentarem efetuar-se nessa máscara, não conseguem fazer sentido- e por isto a máscara perde a credibilidade, torna-se falsa.

Neste sentido, trabalhar a ideia da tipologização do apoiador é buscar explicitar que intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, efetivando possíveis; a exteriorização das intensidades depende de elas tomarem corpo de real quando se efetuam, porque afetos só ganham espessura de real quando se efetuam (ROLNIK, 2007). E assim numa variação de personagens de circo vou desenvolver a ideia do múltiplo em nós, dos vários e distintos que somos,

dependendo das afecções produzidas e considerando as singularidades existentes. Os personagens conformando diagramas. Os personagens-máscaras.

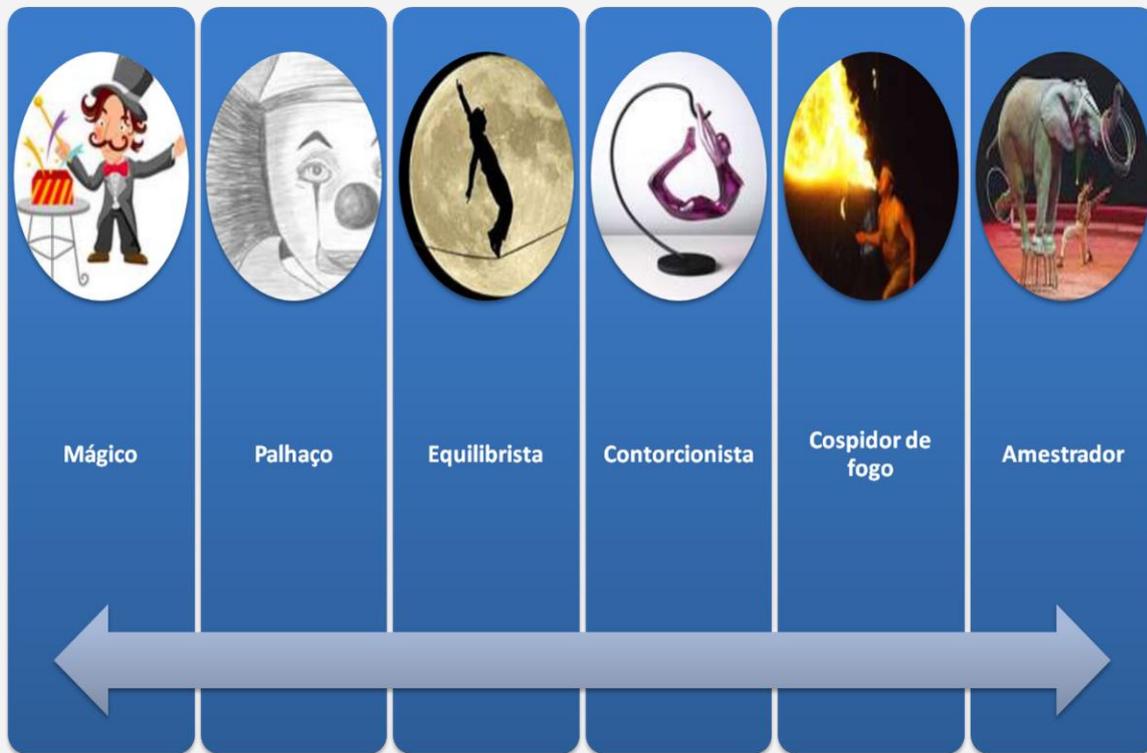
Assim como no fantástico mundo do circo, em que os múltiplos personagens entram no picadeiro, o mundo do trabalho do apoiador ganha espessura de real nas máscaras e personagens, mutáveis e flexíveis a depender do espaço, coletivos e indivíduos.

Esta ideia de trabalhar as várias máscaras do apoiador a partir dos personagens do circo ocorreu porque os espetáculos de ilusionistas, acrobatas, contorcionistas, domadores afetam o grande público em suas emoções. Os personagens do circo se produzem nas afetações que provocam no público. Por exemplo, quando nos deparamos com as estripulias de um trapezista dependurado nas cordas ou com os momentos de tensão ao ver o “globo da morte” ou quando olhamos para um malabarista com seus malabares ou um mágico fazendo sumir e aparecer objetos ou um amestrador fazendo os animais cumprirem o programa treinado. Assim também os apoiadores se produzem no encontro com as equipes, produzindo uma drástica mudança de emoções com seus movimentos. Imagine-se suspenso, de cabeça para baixo, a alguns bons metros do chão, balançando no ar e saltando na esperança de ser agarrado pelos braços, pelo outro trapezista que está do outro lado!

As afetações que atravessaram as relações entre apoiador e equipes; equipes e apoiadores; apoiadores e equipe de gestão se traduzem nos múltiplos personagens. Entendendo que está tipologização não é estática, ela é dinâmica e aqui não estou dizendo que cada apoiador usa um tipo de máscara o tempo todo; pelo contrário, em diferentes momentos o mesmo apoiador se efetua em distintas máscaras a depender dos encontros e agenciamentos disparados.

A seguir apresento o diagrama dos personagens:

Figura 3: Diagrama das Máscaras do apoiador.



Fonte: BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2010.

O apoiador-mágico é a máscara que se produz no encantamento que o apoiador exerce sobre as ESF, fazendo-as apaixonadas para qualquer tipo de movimento produzido. Ao fazer uso da magia, buscam estabelecer relações de causa e efeito e, assim, transformar a realidade. A dimensão qualitativa do encantamento mágico consiste, no geral, em qualidades imaginárias, ou melhor, imaginadas pelas ESF.

O apoiador-mágico utiliza em sua caixa de ferramenta a "tecnologia do encantamento", porque provoca nas ESF necessidades e desejabilidade em seu cotidiano e motivando-as a "experimentar a realidade" sob uma forma "encantada". O encantamento acontece quando os planos que conformam no jogo relacional a exposição de incômodos e saberes desestabilizados colocados em zonas de conforto, pelo fato de que o movimento provoque dizíveis e visíveis da realidade vivida. É abrir um entre, um entreato, entrecena, um intervalo, uma

pausa dinâmica na realidade, um espaço-tempo de atuação capaz de provocar devires. Uma brecha para o diálogo.

Um movimento quando encanta permite a seus partícipes rever suas formas de entender o mundo, devires que abrem em potência outras para reinventar o cotidiano. Para ter a certeza de que estão encantados com o próprio trabalho. Estar encantado, invadidos pela magia é a mola propulsora que impulsiona ao apoiador a desejar que a ESF se encante e gere a criação de novos cotidianos. E a cada encantamento, novas brechas, linha de fuga do instituído e seus desdobramentos. A expectativa de novos possíveis encantamentos.

Os encontros são como evento mágico, que vem da “mistura dos corpos” e lhes atribui sentido. Afetamentos mútuos. O sentido que se forma a partir dos acontecimentos. Não que o acontecimento tenha sentido, ele é o sentido.

Esta é a magia, a arte de compor-se com o mundo real, de transformar o cotidiano, de romper com a repetição, de afetar-se pelas forças, atribuindo um sentido sempre diferente, inusitado e mágico. É reconhecer em parceria, em cooperação para uma nova composição das ações de saúde, para o encantamento e transformação do mundo do trabalho, para escapar dos padrões estabelecidos nos protocolos, criando um novo estilo na vida no trabalho.

O apoiador-mágico, assim como o mágico, porta sua caixa de ferramenta; neste caso, o bastão mágico, sua capa, sua cartola, moedas, baralho que poderíamos chamar de tecnologias leveduras e as que são produzidas em ato. Outras ferramentas, na medida em que sua mágica só tem sentido se ocorrer o encontro com os que se tornam seduzidos por sua mágica, e no caso do apoiador tecnologias leveduras (saberes estruturados como a epidemiologia, normas e rotinas administrativas etc.) e as tecnologias leves na produção da relação com as equipes para desenvolver o trabalho de apoio às equipes de saúde. O apoiador-mágico convida a pensar, a criar, a inventar e a construir.

A ampliar as possibilidades do pensamento, pensar nas diferenças, nas multiplicidades, encarar a existência dentro de um plano de imanência do vivido, do experimentado. Provocar movimentos do pensamento, resolver problemas,

viver. Aumentando infinitamente a potência de pensar e de agir. Um plano de consistência para o pensamento comprometido com o mundo do trabalho, com as experimentações diárias, focado em acontecimentos e devires. A pensar em alternativas como potência de transformação, redimensionando o cotidiano como campo de forças que desconstroem os modelos a favor da afirmação da diferença.

Como um ilusionista sugere ilusões que confundem e surpreendem, por darem impressão de que algo impossível aconteceu, como se o apoiador tivesse poderes sobrenaturais. No entanto, esta ilusão da magia é criada totalmente por meios naturais e é baseada na destreza do apoiador em conduzir as tecnologias leveduras e leves, numa situação em que os movimentos mais recorrentes envolvem transformações e soluções de questões aparentemente insolúveis e tudo o que desafia a explicação, exigindo soluções até então não encontradas.

Apoiador-palhaço, assim como o apoiador-mágico, tem sua ação desencadeada a partir do encontro, da mistura de corpos e das afecções mútuas e seu mote para o encontro ocorre também a partir do inesperado. E tem no riso, que vai escapando da boca, envolvendo o corpo todo em face daquilo que os palhaços de verdade conseguem fazer naquele espaço-tempo, que é o exercício da liberdade do seu apresentar-se. É com essa liberdade, a liberdade de propiciar novos encontros que os apoiadores-palhaço praticam, por exemplo, a conexão a novos processos, desde a abertura ao desenvolvimento de dispositivos como, por exemplo, utilizando cenas dramatizadas em equipe para produzir um espelho que torna possível discutir a relação entre os trabalhadores, com a liberdade de se entregarem e quebrarem a rotina massacrante do cotidiano de uma unidade de saúde.

A relação entre apoiador-palhaço e as equipes de saúde, margeia o que delimitamos como fracassos e conquistas, entre experiências, reflexões e novas ações. Em seu empenho, em sua luta de construir-se com o outro em mudanças, momento em que inclusive afeta tão intensamente que leva as equipes de saúde a querer sair deste lugar conhecido entre eles, que é o da imobilidade diante de tantos problemas e demandas para atuação, sair do único lugar conhecido, que é o da clínica pobre, desumana, desimplicada e desresponsabilizada.

Onde está a potência da desterritorialização neste caso? Acontece não por uma ação qualquer, mas porque a ação de repente poder ser provedora de imagens instantâneas e capazes de fazer mesmo do caos, a alegria para sair do imobilismo recorrente da ESF com tantos problemas complexos vividos pela população, nesses territórios que são efetivamente críticos em vários aspectos com a alta frequência de adoecimentos em meio às dificuldades vividas pela população – como a falta de acesso a um conjunto de bens e serviços que complexificam a possibilidade de produzir saúde. Produção de outros modos de existência.

Palhaçar um acontecimento que excede o próprio agir apoiador, é oportunizar que sobressaiam os talentos, experiências, a invenção e criação para enfrentar o cotidiano. A ação do apoiador-palhaço se faz na quebra das expectativas e na coragem de se expor ao fracasso e à desilusão, expor os conflitos. Não pode ser apoio pelo apoio, no caso do apoiador-palhaço o cerne é a improvisação e a participação das ESF, transformando o encontro num espetáculo “aberto”, e por isto ir com olhar armado não funciona. E para improvisar é preciso que o apoiador tenha uma grande capacidade de escuta. E esse encontro só funciona quando consegue envolver os trabalhadores. Os processos de subjetivação nos quais se aprende, experimentam-se variações de si e do agir, fugindo dos automatismos, dos padrões, dos modelos e dos protocolos. O apoiador-palhaço brinca com isso, tornando visíveis as armadilhas da norma, evidenciando esse jogo. Alteridade, que pressupõe, necessariamente, uma abertura para o outro. A abertura para deixar-se capturar pela imprevisibilidade da vida e não só deixar-se atravessar pelos imprevistos, mas também produzi-los, operar na imprevisibilidade é arriscar-se. Agir de modo extremamente rápido e muito lentamente, conforme a situação. Aprender a abrir-se para escutar o que está fora, sem reagir mecanicamente, e a produzir mudanças de estado instantâneas. O apoiador-palhaço lida fundamentalmente com as afetações mútuas.



O movimento não é partir do pressuposto que tudo acontece de forma mágica. Não se exerce a partir de soluções impossíveis para os outros; ao contrário, sua potência se explica na relação com a equipe e isso implica necessariamente o encontro, a presença, o apoiador-palhaço está vivo, vibrando, em suas intensidades. O apoiador, quando fica cego e surdo a suas dificuldades e fracassos na ação do apoio, age como se os trabalhadores também estivessem cegos para os desconfortos presentes nesta relação. Esta máscara-palhaço para o apoiador se constitui no jogo, no poder de afetar e ser afetado, elevado à enésima potência na efetuação do encontro para o acontecimento.

O apoiador-equilibrista tal como um equilibrista circense que anda sobre o fio tênue de uma corda esticada no ar, está entre ser ou não ser um supervisor, entregar-se ou não ao instituído, abrir-se ou não ao encontro com as equipes de saúde e vivendo entre “altos e baixos” toma decisões em movimento. E não é exatamente deste lugar, ou melhor, deste “entrelugar”, que falam os apoiadores?

A máscara-equilibrista atua no espaço entre o fora e o dentro do padrão normativo. Entretanto, mesmo com o medo e a pressão para atuar como “supervisor”, ele consegue escapar da captura do instituído. Ocupa um território em produção viva pelo organograma arborescente, instituída a partir do desmanchamento de normas e rotinas na medida em que vai se equilibrando que, vai resistindo aos discursos de enquadramento, tentando inúmeras linhas de fuga, mas acreditando ser possível atuar com prudência.

O apoiador equilibrista, assim como o equilibrista circense de passo firme e preciso, não olha para onde pisa. Em sua travessia, não é o olho que vê, porque ele será cada vez melhor quanto mais dominar o equilíbrio. E não oscilará entre o que seriam as normas e rotinas instituídas e o espaço produtivo da criação e invenção na relação com as equipes de saúde. Mas se sente confortável onde

puder juntar as duas, como se fosse um mediador que anda de mãos dadas entre uma e outra.

Nas arquibancadas, ficam mudos aqueles que desejam prever o movimento. Para eles, fio e equilibrista são coisas distintas, cada qual como uma coisa em si, desafiando a gravidade. Então, o organograma arborescente, torna-se uma espécie de rede de segurança que permite aos apoiadores-equilibristas desencadear movimentos, pois estas são as proezas acrobáticas sobre um fio de arame suspenso. O equilibrista ousa o impossível e desafia despreocupadamente as leis da gravidade. O apoiador-equilibrista convida a conviver com a posição fronteira entre a corda e o abismo, que desassossega, inquieta e desconforta para romper e abrir para o que Rolnik (2007) chama de “dimensão experimental da vida”, se configura em criação de novos territórios. Este convite para manter-se nas bordas, entre o equilíbrio ou a fuga de qualquer desestabilização e a mudança não se realiza sem riscos, ao expor-se às forças que favorecem a manutenção do instituído.

Apoiador-contorcionista, máscara que aparece quando há pura adequação, a contorção é posição forçada e incomoda e dá a impressão de deslocamento, mas é adequação. Neste sentido o apoiador-contorcionista se adequa a situação instituída, sobressaindo pela capacidade de controle preciso e harmônico sobre os movimentos. Como os contorcionistas que efetuam com o corpo posições quase inconcebíveis, gerando no público espanto e admiração, o apoiador-contorcionista representa poder instituído e, portanto, pode gerar admiração, mas para controlar.

Apoiador-cuspidor de fogo é uma máscara que aparece quando os vários movimentos do apoiador produzem uma imagem de muitos ruídos e desconfortos. Esta máscara se produz pela própria falta de ferramentas para lidar com a produção da relação, e em sendo assim, os movimentos duros parecem labaredas de fogo, sua intensa movimentação é se faz a partir do medo que o fogo provoca, controlando e fiscalizando. E a consequência é ruidosa e conflituosa, o único recurso existente é “cuspir fogo”, cobrar relatórios, controlar horários, controlar materiais, enfim qualquer transmissão de informações resultava em incêndio.

Como um dragão enfurecido, cuspir fogo é seu único movimento.

Apoiador-amestrador na tentativa de domar a equipe utiliza a coerção e a fiscalização como ferramentas de trabalho. Sua ação é pautada basicamente na transmissão de informação/ comandos. E esta produção está basicamente centrada no conceito de educação que portam. Essa ideia é apresentada no livro de Deleuze em *Diferença e Repetição* (1988), quando responde à pergunta: O que significa aprender? Na resposta é possível considerar aprender como sinônimo de pensar e que não há método para encontrar tesouros nem aprender, mas um violento adestramento, uma cultura ou Paidéia que percorre inteiramente todo indivíduo (...) a cultura é o movimento de aprender, a aventura do involuntário, encadeando uma sensibilidade, uma memória, depois um pensamento, com todas as violências e crueldades necessárias, e cita Nietzsche que afirma que justamente para "adestrar um povo de pensadores" há que "adestrar o espírito".

O apoiador-amestrador no encontro com as equipes de saúde tem um a priori, uma relação de poder disciplinar com a "fera que quer domesticar". Essa ideia de adestramento do corpo e da mente é trabalhada por Foucault em *Vigiar e Punir* (2004): menciona "a correta disciplina" como uma arte do "bom adestramento" (...). "(...) O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior "adestrar"; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo." "Adestra" as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais - pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios.

A disciplina "fabrica" indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício.

Para Foucault (2004), a disciplina é pensada enquanto forma de dominação, e o poder disciplinar possui como principal diretriz a "função de

adestrar”. Esta “função” de adestramento é o cerne do efeito disciplinar, pois adestrar significa amestrar, domesticar, habilitar, etc.

Portanto, o apoiador-amestrador não se propõe a se relacionar ou se misturar com as equipes de saúde e tende a decompor ou a destruir, em parte ou totalmente. Esta é a sua relação característica (MACHADO, 1990, pg 66). Sua ação está pautada pela prescrição de tarefas a serem executadas pelas equipes de saúde.

As máscaras apoiador-mágico e apoiador-palhaço se produzem quando os apoiadores partem do pressuposto de que no encontro com as equipes de saúde afetam e são afetados, e consideram importante ter ferramentas para cuidar desta relação e até mesmo inventar e criar ferramentas para usar no momento necessário e em ato. Porque pensar como coloca Deleuze não está na ordem da razão e sim, da sensação, dos afetos e da percepção. Aprender somente passa a ter sentido quando existe um encontro com alguma coisa que nos força a pensar. E para problematizar e refletir é necessário que algo possa surgir e fazer sentido. A relação com as equipes é de aprendizado, de criação e de invenção.

O esforço e desafio colocado para cada apoiador é o de problematizar e neste sentido concordando com Deleuze pensar é experimentar, é problematizar. Para ele o saber, o poder e o si são a tripla raiz de uma problematização do pensamento. E, primeiro, considerando o saber como problema, pensar é ver e é falar, mas pensar se faz no entremeio, no interstício ou na disjunção do ver e do falar. É, a cada vez, inventar o entrelaçamento, lançar uma flecha de um contra o alvo do outro, fazer brilhar

um clarão de luz nas palavras, fazer ouvir um grito nas coisas visíveis. Pensar é fazer com que o ver atinja seu limite próprio, e o falar atinja o seu, de tal forma que os dois estejam no limite comum que os relaciona um ao outro, separando-os. Em função do poder como problema, pensar é emitir singularidades, é lançar os dados. E lançar dados exprime que pensar vem sempre de fora, esse lado de fora que já era traçado no interstício ou constituía o limite comum.

Outro diagrama possível para analisar o trabalho do apoio às equipes de saúde é o de pensar na caixa de ferramentas necessária para produção do encontro.

Figura 4: Diagrama Caixa de Ferramenta



Fonte: BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2010.

Partindo deste diagrama, consideramos que, no encontro entre o apoiador e os trabalhadores das equipes de saúde, é necessária uma “caixa de ferramentas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro.

São importantes as ferramentas que favoreçam a capacidade de negociar, de compatibilizar os interesses distintos mediante acordos, de modo que as partes possam se deslocar de suas posições originais, inicialmente divergentes. Também são importantes as ferramentas ligadas à capacidade de produzir

conexão, considerando as singularidades de cada qual são a diversidade e mobilidade dos agenciamentos.

Outras, ligadas à capacidade de 'facilitar processos que contribuam para colocar as potências em evidência; as ligadas à capacidade de trabalhar a partir do cotidiano, observando os movimentos da equipe e seu contexto, sempre aberto à escuta, expandindo as possibilidades, ampliando as expectativas para o futuro e as que favorecem desmanchar a competição entre os trabalhadores. Outras ferramentas fundamentais estão ligadas à capacidade de ser educador, o que coloca em evidência o fato de o mundo do trabalho ser sempre matéria prima potencial para o aprendizado.



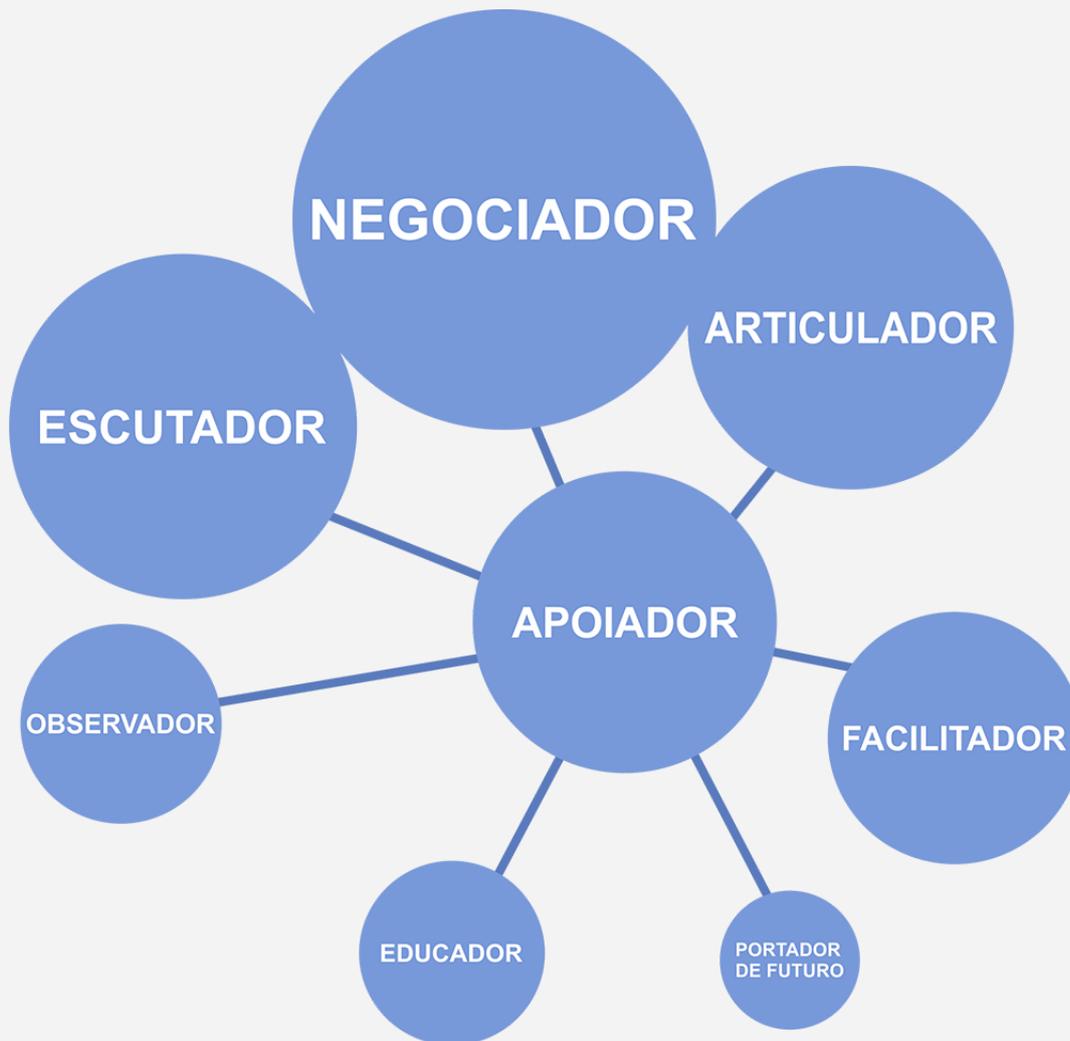
O diagrama apresentado está desenhado numa forma simétrica por um efeito pedagógico, mas, na realidade, deve ser considerado como absolutamente assimétrico, ou seja, as posições de apropriação das diferentes ferramentas mudam com a dinâmica dos acontecimentos e das afecções do apoiador. Também não significa que todos os apoiadores detenham todas essas ferramentas, pois usa diversidade de possibilidades e apropriações é muito significativa.

Outros desenhos possíveis:

Figura 5: Diagrama Caixa de Ferramenta 2



Fonte: BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2010.

Figura 6: Diagrama Caixa de Ferramenta 3

Fonte: BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2010.

Enfim, são muitos os desenhos possíveis e diferentes as ferramentas que ativam em cada apoiador essas capacidades, ou seja, o agir tecnológico do apoiador. Além do mais, é preciso reconhecer que há uma tensão permanente na produção dos encontros, visto que operam em rede e que essas tensões provocam deslocamentos dos fluxos conectivos, que assumem um efeito dinâmico sobre os afetos e a caixa de ferramentas dos apoiadores. Essas tensões e fluxos agregam elementos de certa produção, que é social, política, técnica e subjetiva, à ação de apoio, dependente da ação dos sujeitos e coletivos-sujeitos, configurando a micropolítica operante nesses mesmos cenários.

A caixa de ferramentas é um elemento fundamental para as possibilidades e potências do apoiador no agenciamento dos trabalhadores da equipe de saúde, favorecendo ou não que ele lance mão do que seja necessário, a cada momento, para produzir esta relação. Aprendemos com Foucault que a teoria e a prática são ferramentas contra as novas máquinas de controle que produzem dominação. “Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico, que deixa então de ser teórico, é porque ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou” (FOUCAULT, 1979. p,71).

Outro diagrama fundamental neste debate é o da micropolítica, que segundo Rolnik e Guattari (2005) diz respeito a como reproduzimos ou não os modos de subjetivação dominante, a questão de uma analítica da formação do desejo no campo social – ou de como as diferenças sociais mais amplas - “molares” se cruzam com as “moleculares”. E dessa perspectiva, a transformação do existente (nos coletivos, nas organizações e nos indivíduos) não se limita à criação de condições ou meios adequados à realização de um potencial, mas refere-se a uma micropolítica que implica o intensivo e a constituição de realidades. A dimensão micropolítica revela ser mais que uma dimensão na escala espacial (a do lugar) ou uma temporalidade (a do cotidiano), abrindo a história à experiência que se espreita no cotidiano.

Guattari propõe a micropolítica a partir da ideia de que tudo é gerado em uma relação de força, que devolve ao campo político cada ação, cada ato de produção de realidade. A intervenção micropolítica é um modo de recortar a realidade a partir do campo das forças, na medida em que elas também produzem realidades, afetos, desejos. A micropolítica nos permite analisar saberes, caixa de ferramentas e afetos sob uma perspectiva de produção de realidade a partir das relações de poder. É vê-las como práticas políticas por meio das forças que as povoam e que induzem, inibem, facilitam ou dificultam ações. É vê-las como também produtoras de subjetividade.

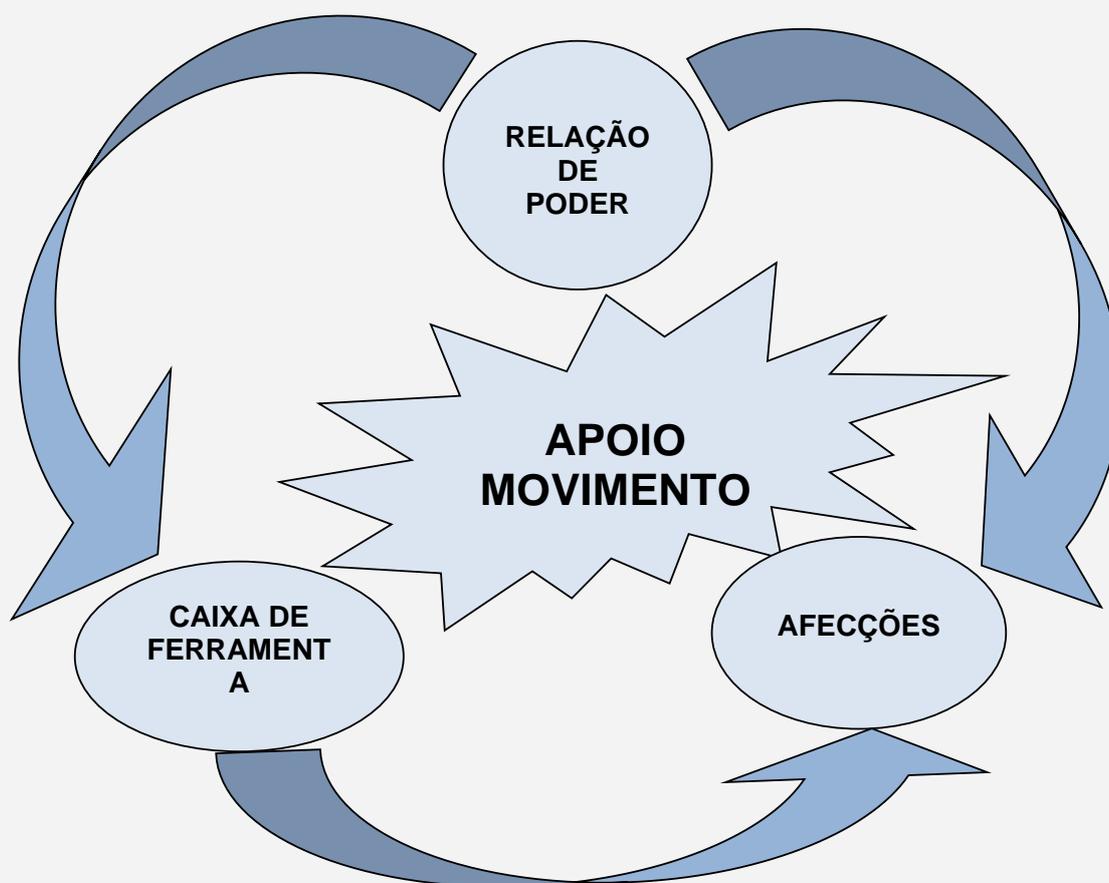
Por isso, entendemos que o apoio está atravessado por forças molares e moleculares, comportando a macro e micropolítica, coexistentes e inseparáveis uma da outra, variáveis de acordo com os diferentes planos e relações. Processos de subjetivação que devem ser desfeitos e refeitos conforme Deleuze (1992, p.9). Na micropolítica interessam as forças que geram e afirmam a vida, a dissolução das identidades capturadas pelos instituídos e a reconfiguração das formas e figuras do ser.

A micropolítica do cotidiano se faz a partir de agenciamentos que permitem que os processos de subjetivação se apoiem uns aos outros, de modo a intensificar-se e não se deixar capturar, escapando dos modos de qualificação e de estruturação das teorias sobre gestão da produção do cuidado que bloqueiam o processo.

Neste sentido, o agir apoiador é fundamentalmente micropolítico e é neste território que entram em movimento as relações de poder, a caixa de ferramentas e as afecções, porque o encontro é da ordem micropolítica, e a pergunta chave, o tempo todo como um grande “letreiro luminoso” para o trabalho do apoio é como ser interinventor e não interventor? Como experimentar inventar junto, em parceria, em cooperação e em colaboração e não é

intervir? Como descobrir, criar saídas, linha de fuga para o instituído junto com as equipes de saúde? Como “penetrar” nos territórios recheados por desejos, projetos e intencionalidades e conseguir trazer o conjunto dos produtores diretos do cuidado em saúde para a reflexão de suas ações, propiciando a eles a oportunidade de interinventar em si mesmos, ativando a produção singular do encontro com usuários, trabalhadores da sua e de outras unidades de saúde?

Figura 7: Diagrama Micropolítica



Fonte: BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2010.

Apoio no Cosems: uma estratégia na construção das regiões de saúde

A Estratégia Apoiadores do Cosems tem sido uma forte aposta na qualificação dos espaços regionais, entendidos como lugares de gestão compartilhada, resultantes da relação entre vários atores; e que o apoiador possa atuar como um potencializador da capacidade criativa e inovadora da gestão regional e municipal e reconhece que a função do apoiador se constitui em ato, a partir de cada encontro, de cada relação; portanto, está em permanente produção.

Lumena Furtado (2012) utilizando o conceito de máscaras (BERTUSSI, 2010) fez uma análise do trabalho dos apoiadores do Cosems/SP na qual as “máscaras” dos apoiadores foram apresentadas a fim de se compreender a multiplicidade presente no processo de constituição do “ser apoiador” e foram encontradas as seguintes “máscaras”:

- a) O **apoiador substituto** – aquele que se coloca no lugar dos secretários municipais e “compra as brigas” da CIR, tornando os secretários dele dependentes;
- b) O **apoiador observador** – aquele que é passivo, não se coloca e não interfere na dinâmica da CIR;
- c) O **apoiador técnico** – aquele que apoia tecnicamente os secretários municipais e divide com eles o protagonismo na dinâmica da CIR;
- d) O **apoiador-apoiador** – aquele que busca fortalecer a atuação dos secretários, atuando diretamente com eles, para que possam agir de forma qualificada na CIR.

Lumena Furtado (2012) destaca que é importante ressaltar que essa tipologia não separa os apoiadores em grupos, mas permite que se percebam seus diferentes movimentos; ou a produção das diversas “máscaras” por um mesmo apoiador a partir do encontro. O modo de agir do Colegiado Regional, do coordenador do Regional de Saúde, dos secretários municipais ou da diretoria do COSEMS agencia certas produções, ajudando a “desenhar esta constitutividade” (p. 160). Para um melhor entendimento, é importante compreender o que se considerou na composição de cada “máscara” de apoiador:

Lumena Furtado (2012) em suas análises sobre o processo de apoio e o papel do apoiador reforça a concepção de que a Estratégia Apoiadores do COSEMS/SP parte de uma aposta da direção deste espaço de condução dos apoiadores na permanente qualificação dos espaços regionais, entendidos como lugares de gestão compartilhada, resultantes da relação entre vários atores. Aposta, também, que o apoiador atua como um potencializador da capacidade criativa e inovadora da gestão regional e municipal, a partir desses múltiplos encontros. E reconhece que a função do apoiador se constitui em ato, a partir de cada encontro, portanto, está em permanente produção.

Este arranjo organizativo no COSEMS parte do reconhecimento que a “força” de todos nesses processos é micropolítico e que para a instauração de uma micropolítica a favor da autonomia é necessário operar nos diversos planos em que gestores, trabalhadores e usuários transitam para produzir-se e encontrar-se em mútua afetação na vida e no sistema de saúde. É possível perceber que há vários modos de construção das relações entre apoiadores e equipes, de gestores e de trabalhadores de saúde e de trabalhadores e usuários na produção do cuidado, mais permeáveis aos encontros e aos agenciamentos por eles mobilizados, menos permeáveis, mais provocadores de invenção, mais normativos. (. . .) O apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado

Assim, o apoio matricial pode operar como dispositivo intercessor para a qualificação do cuidado e da gestão em saúde. Nesse sentido ele se desenha como um potente coeficiente de transversalidade ao produzir conexões entre a formação, o cuidado e a gestão. Apostar no apoio como dispositivo é reconhecer sua possibilidade de fabricar esses coeficientes de transversalidade capazes de trazer para o centro da cena do cuidado, os modos de vida desses sujeitos.



Referências

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2010.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). 2000a.

CAMPOS, G.W.S. **Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 1 ed. São Paulo: Hucitec. 2000b.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 1 ed., São Paulo: Hucitec, 2003.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G. **Conversações**. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 4, São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998, 184p. Edição digital disponível na web: <http://bibliotecanomade.blogspot.com/2008/04/arquivo-para-download-dilogos-de-gilles.html>

Deleuze, G. **A Dobra - Leibniz e o Barroco**. Campinas, SP: Papyrus. 2012

FEUERWERKER, L.C.M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 10 ed. Tradução por Lígia Vassallo. Petrópolis: Vozes, 2004.

FURTADO, L. A. C. **A ilusão do desenho institucional como garantidor da produção de vida no SUS: o desafio da construção do comum nas máquinas de governo.** Tese de doutorado na UFRJ, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 7 ed., 2005.

MERHY, E. E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade.** In Pinheiro, R & Mattos, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, p. 195-206.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde** uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência. In: Emerson Elias Merhy in: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público;* Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo, Hucitec, 1997.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

Vasconcelos, A. M. N., & Gomes, M. M. F. (2012). **Transição demográfica: A experiência brasileira.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 539-548. http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Biblioteca Pioneira das Ciências Sociais. 2000

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, sua identidade e seu papel no SUS: O caso do Rio de Janeiro

Marcela de Souza Caldas

Ana Maria Auler Matheus Peres

Alice Medeiros Lima

Introdução

Com a pandemia de Covid-19, o Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou destaque na grande mídia. Tem sido comum ouvirmos nos grandes noticiários, televisionados ou escritos, algo relacionado ao nosso sistema de saúde, nem sempre da forma como gostaríamos, mas o importante é destacarmos que o nosso sistema público de saúde vem sendo falado, abordado e citado por pessoas que, até pouco tempo, seriam capazes de afirmar que nunca usaram o SUS, mostrando todo o seu desconhecimento sobre aquele que é pautado pela universalidade, integralidade e equidade de suas ações.

Ainda no bojo deste destaque midiático, citamos também as referências feitas aos órgãos de representação dos secretários municipais de saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) estaduais.



Muito se ouve sobre os posicionamentos destes conselhos no enfrentamento à grave crise sanitária, mas ainda é necessário aprofundar o conhecimento sobre a inserção destes atores no arcabouço institucional do SUS.

Quanto à sua gênese, podemos afirmar que estas entidades se originaram a partir da necessidade da criação de mecanismos de pactuação entre os órgãos gestores do SUS, nos diversos fóruns de negociação e nas três esferas de governo. Noronha, Lima e Machado (2014) corroboram com a afirmativa quando defendem que tais entidades são importantes espaços de articulação política e formação de acordos federativos entre os gestores de saúde.

Nessa introdução e, considerando o enfoque deste capítulo, é importante mencionar que os municípios são fundamentais na gestão do SUS e que sua atuação, a partir da organização em instâncias representativas, é estratégica para a gestão pública de saúde. De acordo com Peres (2002), o município brasileiro é parte integrante da Federação Brasileira desde a carta Constitucional de 1988 e ocupa uma situação ímpar na América Latina por sua importância política e pela elevada autonomia político-administrativa que goza.

Nas linhas a seguir, trazemos um resgate histórico sobre os conselhos de representação, tanto estaduais como municipais, com maior destaque nos últimos. Para finalizar, analisamos o Cosems do Estado do Rio de Janeiro e sua inserção na gestão pública da saúde fluminense.



Os Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde CONASS

Constituído em fevereiro de 1982, o CONASS nasce a partir da necessidade dos secretários estaduais de saúde em unir forças para aumentar sua representatividade e seu poder de negociação junto ao governo federal na definição de políticas públicas de saúde no Brasil, tornando o conjunto das secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal (DF) mais ativo no processo de reforma da saúde em uma conjuntura de abertura política e de redemocratização do país (CONASS, 2011).

Apesar de ter sido criado no início da década de 1980, Noronha, Lima e Machado (2014) afirmam que foi ao longo da década de 1990, lutando por recursos estáveis para o SUS e para ampliação do processo de gestão do sistema de saúde brasileiro, que este conselho se firmou como entidade representativa de gestores.

Seu estatuto aponta que é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, congregando os Secretários de Estado da Saúde e seus

substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Saúde dos estados e do DF. Com sede e foro em Brasília (DF), o mesmo deve: prestar assessoramento técnico às secretarias de saúde dos Estados e do DF em assuntos ligados à gestão do sistema de saúde; vocalizar para a sociedade as posições técnicas e políticas das secretarias de saúde dos Estados e do DF, além de promover a capacitação e a pesquisa científica para o aprimoramento do SUS (CONASS, 2017).

CONASEMS

O Conasems é a entidade que representa os municípios - em âmbito nacional - nas instâncias do SUS, sendo um importante ator político no processo de construção e pactuação das políticas de saúde em nosso país. Sua origem, assim como a do CONASS, também é anterior ao SUS e pode ser definida a

partir dos encontros anuais realizados pela entidade a partir do ano de 1984. Em 1988, estes encontros passaram a ser organizados na forma de congresso e, no mesmo ano, na cidade de Olinda (PE), foi eleita sua primeira diretoria (CONASEMS, 2008).

As Cartas dos seus Encontros e Congressos refletem a posição política dos gestores municipais nos diferentes momentos do SUS, recebem o nome do município onde acontecem os eventos e encontram-se disponíveis para consulta na página eletrônica da instituição. Destacamos aqui a “Carta do Rio de Janeiro”, fruto do XII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em julho de 1996, cujo tema foi “Municipalização: caminho de um novo modelo para qualidade de vida”, organizado através da parceria entre Conasems e Cosems RJ. Quanto aos órgãos de direção e administração da entidade, seu estatuto define: assembleia geral, Conselho Nacional de Representantes Estaduais (CONARES), Diretoria Executiva Nacional e Conselho Fiscal. Suas atividades compreendem reuniões, seminários, congressos, estudos, pesquisas, prestação de serviços, capacitação e educação permanente e continuada de pessoal, informações, participação em órgãos colegiados públicos e privados, assistência técnica e cooperação interinstitucional, com órgãos e entidades governamentais e não governamentais que atuam na área da saúde ou em áreas correlatas, com ou sem fins lucrativos, nacionais e internacionais.

COSEMS

Ainda no estatuto do Conasems, é feita menção aos Cosems, que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de assuntos referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. Desta forma, é correto afirmarmos que em cada unidade federativa do Brasil, existem representações estaduais dos secretários municipais de saúde.

Para Lima (2013), os conselhos de representação dos gestores municipais de saúde são importantes espaços de articulação política e aprendizado para as secretarias de saúde, especialmente aquelas de menor porte, com piores condições administrativas.

A primeira norma a mencionar os Cosems foi a Norma Operacional Básica (NOB/92), cujo texto, no capítulo que trata do financiamento das atividades hospitalares, delega poderes aos Cosems, ainda que para autorizar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, a distribuição das autorizações de internações hospitalares. Já a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93), embora não defina, substancialmente, atribuições aos Cosems, deixa clara a competência do mesmo como órgão representante dos Secretários Municipais de Saúde na composição das Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Tal fato é confirmado por Levcovitz, Lima e Machado (2001) quando afirmam que a CIB garante a participação da representação dos municípios, para que junto com o estado, tomem decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto de serviços de saúde, tornando assim, uma negociação “bigestora”.

Quanto à NOB/96, Silva (2014) defende que a mesma menciona expressamente os COSEMS como representantes dos Secretários Municipais de Saúde nas respectivas CIB, assim como a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS/2002), que também confirma a importância dos Cosems, ao exigir a assinatura do presidente do órgão no Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, juntamente com o Secretário de Estado da Saúde.

Para Levcovitz, Lima e Machado (2001), as normas operacionais básicas dos anos 90 consolidaram espaços de negociações intergestores (CIT e CIB) como fóruns de operacionalização das políticas, programas e projetos nacionais, pois essas instâncias criam regras e os instrumentos necessários aos relacionamentos entre as esferas de governo para organização e funcionamento do sistema de saúde. Neste sentido, considerando o Cosems como membro da CIB, podemos entender que sua importância passa a ser reconhecida no âmbito da gestão do SUS.

Ainda que com sua existência declarada em diversas normativas do SUS, somente com a edição da Lei 12466 de 24 de agosto de 2011, os Cosems foram legalmente institucionalizados. A referida lei acrescenta dois artigos (14-A e 14-B) à Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as comissões

intergestores do SUS, o CONASS, o Conasems e suas respectivas composições.



O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ) – antecedentes, caracterização e forma de atuação.

Para compreender a atuação do Cosems RJ, é imperativo um breve resgate histórico sobre o desenvolvimento do SUS no Estado do Rio de Janeiro. Porém, cabe dizer que ao nos debruçarmos na pesquisa, há bastante dificuldade em encontrar importante produção bibliográfica sobre as políticas públicas de saúde no estado.

Aqui faremos um recorte a partir do ano de 1975, período marcado pela fusão entre o estado da Guanabara – antiga Capital Federal - e o antigo estado do Rio de Janeiro. Neste contexto, Gerschman (2010) aponta que da fusão, nasce um “conflito federativo” que caracteriza a política interna do estado, configurando processos políticos bem diferentes quando comparados às outras unidades federativas do país.

As secretarias de saúde resultantes desta fusão – a municipal do Rio de Janeiro e a nova do Estado do Rio de Janeiro – foram expostas à disputa de poder político da época, o que impactou fortemente na distribuição/repartição dos equipamentos de saúde. As unidades tidas como referência estadual foram repassadas ao novo Estado do Rio de Janeiro e aquelas cuja clientela era formada por munícipes permaneceram na nova Secretaria Municipal de Saúde.

Vale dizer ainda que, neste contexto, o novo Estado do Rio de Janeiro deixou de ter sua atuação exclusiva em ações de saúde pública e passou a executar, também, assistência médica curativa (PARADA, 2001).

Analisando o cenário nacional, identificamos uma divergência de atuação, pois enquanto a nova secretaria estadual de saúde passava se envolver em ações assistenciais, o movimento reformista da saúde ganhava expressividade. Segundo Baptista (1997), foi a partir de 1975, com a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que, pela primeira vez, configurava-se uma política nacional de saúde no Brasil.



Foi neste cenário que, em 1987, com a eleição do seu primeiro presidente, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro foi oficialmente instituído. Neste sentido, muito antes das Normas Operacionais, o Cosems RJ já existia formal e legalmente, como representante dos entes municipais para articulação e pactuação das políticas de saúde neste estado. (SILVA, 2014).

De acordo com o texto disponibilizado pela página eletrônica da instituição, a entidade tem como missão, contribuir para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde, além de apoiar tecnicamente as Secretarias Municipais na condução das mesmas, promovendo de maneira proativa a articulação e a pactuação técnica e política em torno dos interesses municipais, com vistas à defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O Cosems RJ visa ser reconhecido pelos gestores das três esferas de governo e demais atores sociais da saúde pública como um órgão de defesa do SUS e como o principal órgão de representação das secretarias e das políticas municipais de saúde no estado do Rio de Janeiro, além de se consolidar como referência técnica e política para intermediação dos interesses municipais no âmbito da saúde fluminense. Do ponto de vista da estrutura organizacional, a entidade atua conforme o disposto em seu estatuto.

A representação política é definida por uma diretoria composta pelo Presidente, Primeiro Vice-presidente, Segundo Vice-presidente, Secretário Geral, Diretor Financeiro, Diretor de Comunicação, Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares, Diretor de Direito Sanitário, Diretor de Regionalização e Descentralização e nove vice-presidentes regionais e seus suplentes, sendo um titular e um suplente para cada uma das nove regiões de saúde fluminenses. Para o exercício dos cargos que compõem a diretoria é necessário que o representante seja Secretário Municipal de Saúde ou ocupe função equivalente.

Cabe dizer que os membros da diretoria são eleitos a cada dois anos e não têm direito à remuneração pelo exercício de suas funções. Quanto às suas atribuições gerais, a normativa da entidade prevê que a diretoria deve exercer o controle interno das atividades do Cosems RJ, de acordo com seu estatuto e segundo as diretrizes e os critérios fixados pela Assembleia Geral da instituição, que é o órgão de deliberação superior, constituído pelos noventa e dois Secretários Municipais de Saúde fluminenses.

Para o desenvolvimento das atividades de apoio técnico às Secretarias Municipais de Saúde, a instituição conta com profissionais qualificados que respondem pela Secretaria Executiva, pelas Assessorias Técnica, Jurídica, Administrativa, Financeira e de Comunicação/Imprensa, além da equipe de Apoiadores.

À Secretaria Executiva compete, principalmente, executar o gerenciamento técnico, administrativo, financeiro e de pessoal, em conformidade com o plano de atividades e decisões da diretoria.

No âmbito da assessoria técnica ocorre acompanhamento dos grupos de trabalho e comissões das diversas áreas que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), tais como: Atenção Básica; Vigilância em Saúde; Média e Alta Complexidade; Regionalização e Governança; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; Informação em Saúde; Assistência Farmacêutica; Câmara Técnica da CIB; Comissão da Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos para o Brasil; Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES-RJ); GT PPI; GT Regulação e Conselho Estadual de Saúde. Quanto à atuação das Assessorias Administrativa,

Financeira e Jurídica, cabe dizer que estas são responsáveis por assessorar na execução de tarefas decorrentes da atuação da Secretaria Executiva. No entanto, a assessoria jurídica também atua na elaboração de pareceres, notas técnicas, deliberações do Cosems RJ e outros documentos jurídicos.

À Assessoria de Comunicação/Imprensa compete o gerenciamento de toda estratégia de comunicação social da entidade, incluindo a comunicação externa, produção de peças gráficas, atualização e gerenciamento das páginas eletrônicas (site oficial e redes sociais) e apoio técnico nos eventos promovidos pela instituição.

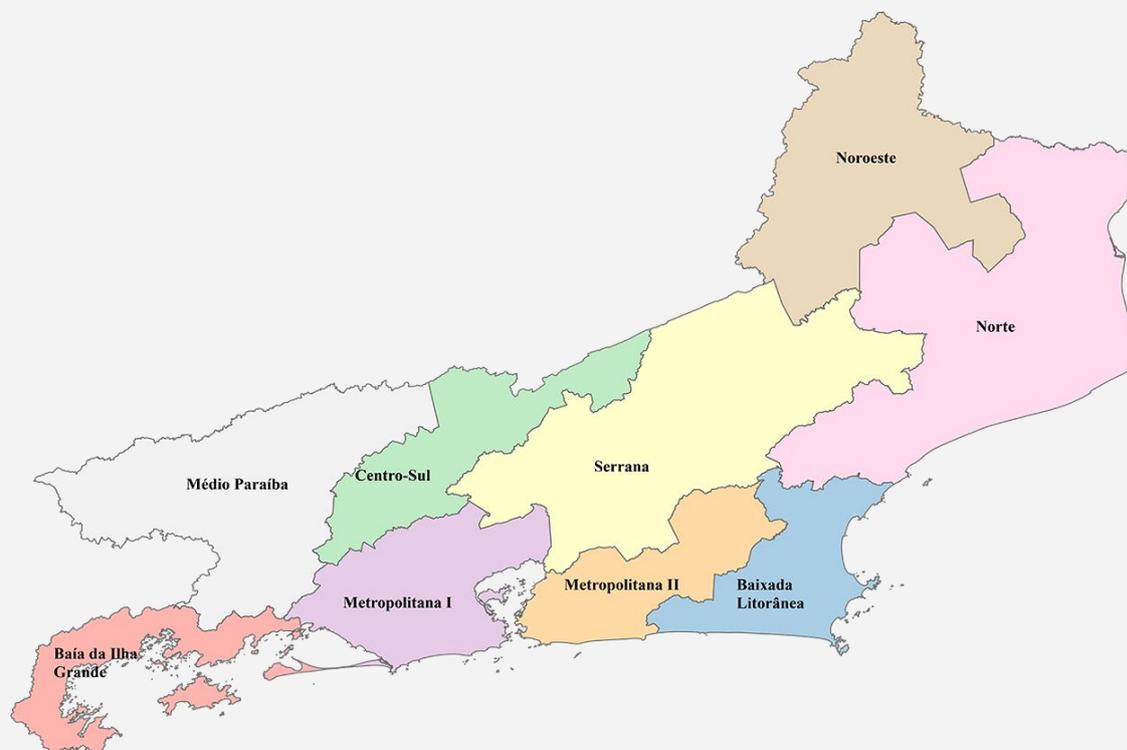
No que se refere aos Apoiadores, trata-se de uma equipe composta por oito pessoas, sendo duas coordenadoras e seis apoiadores, com formação no campo da saúde pública, que atuam distribuídos nas regiões de saúde fluminenses. A estratégia, que completa 10 anos em 2022, se desenvolve, atualmente, como uma linha de pesquisa do grupo Saúde, Sociedade, Estado e Mercado (SEM) e em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), ambos do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Desde 2017, integra também o Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, que é uma iniciativa do Conasems, através do Programa de Apoio ao

Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI- SUS).

A atuação desta equipe é, sem dúvidas, uma das principais ações estratégicas do COSEMS RJ para estreitar a relação entre a entidade e os municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão municipal e de sua capacidade de participação na construção da governança das regiões de saúde do nosso estado. Embora seja uma meta da entidade garantir um apoiador por região, questões inerentes à sustentabilidade financeira desta estratégia ainda inviabilizam esta definição. Desta forma, os seis apoiadores se dividem da seguinte maneira: três deles são responsáveis por duas regiões cada e três são responsáveis por uma.

Para entendermos o território onde os Apoiadores atuam, destacamos que, atualmente, o estado do Rio de Janeiro e seus noventa e dois municípios estão divididos em nove regiões, conforme detalhado a seguir.

Figura 8 – Mapa das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro

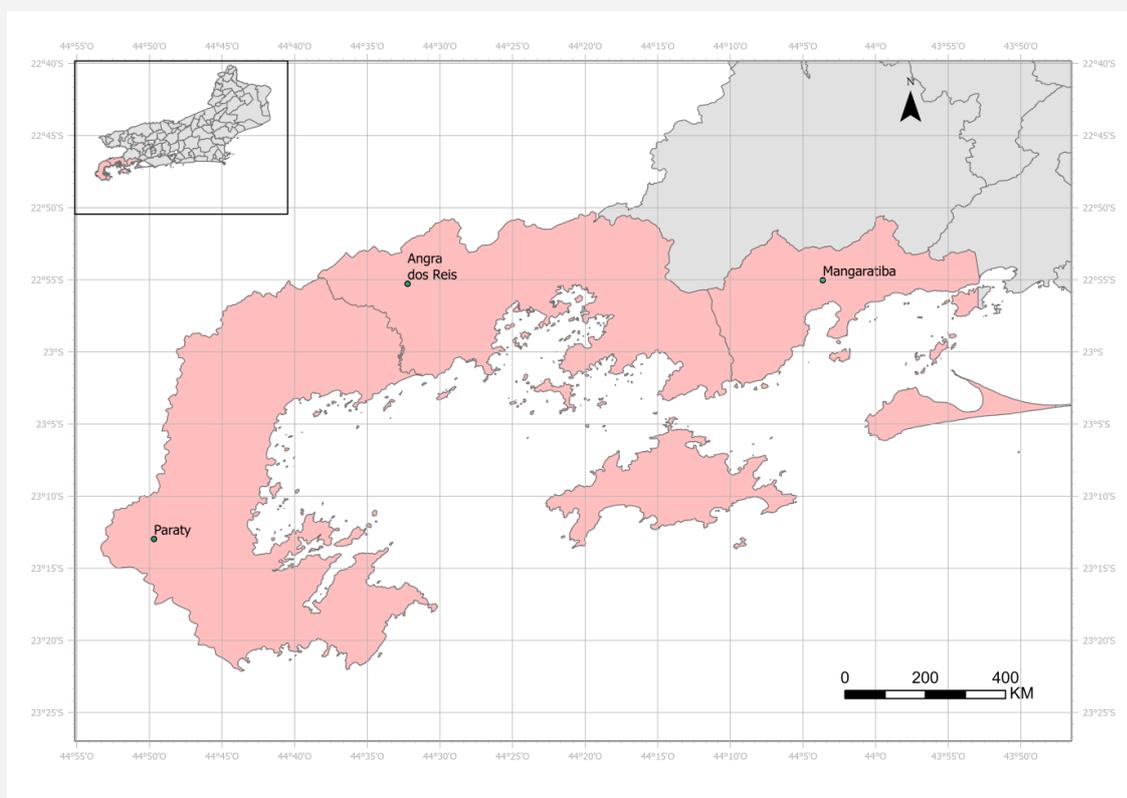


Fonte: elaboração própria

Baía da Ilha Grande

Localizada no extremo sul do Estado, é a menor região de saúde fluminense. Composta por três dos noventa e dois municípios. São eles: Angra dos Reis, Mangaratiba, Paraty;

Figura 9 – Região de Saúde, Baía da Ilha Grande, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



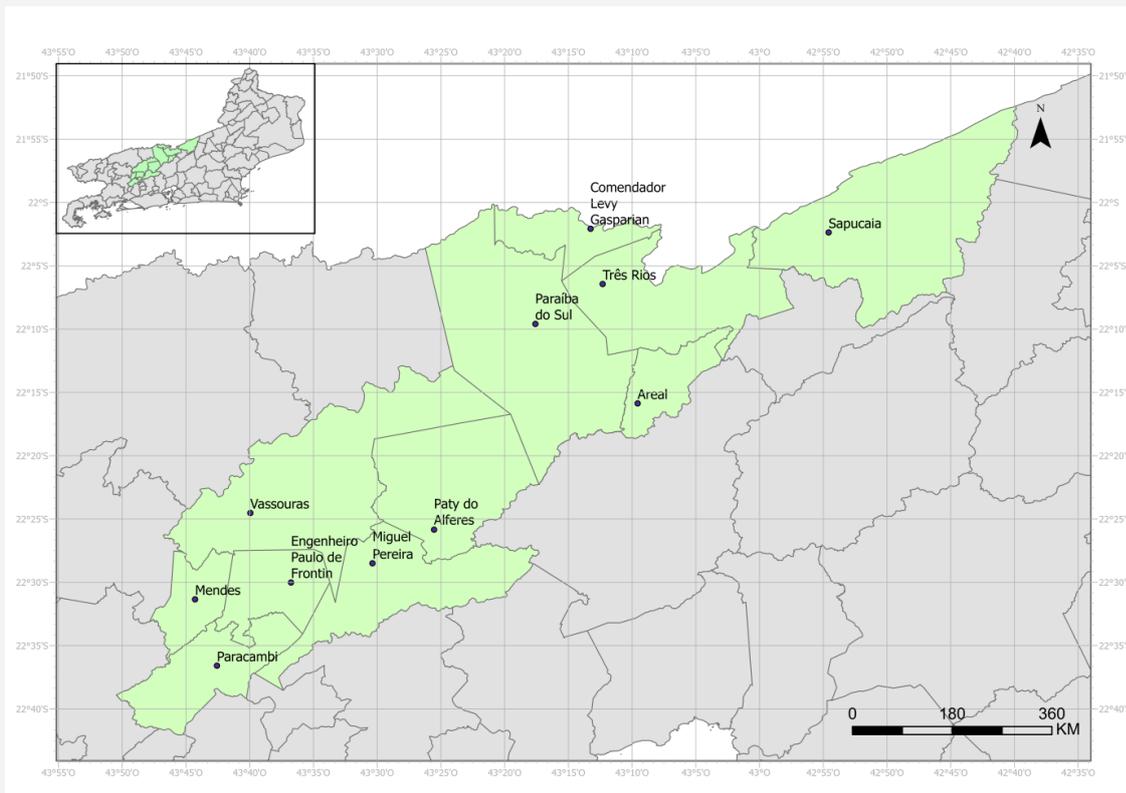
Apoiadora Regional
Dilian Hill



Centro-Sul

Formada por 11 municípios, que incluem Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paracambi, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras;

Figura 10– Região de Saúde, Centro-Sul, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



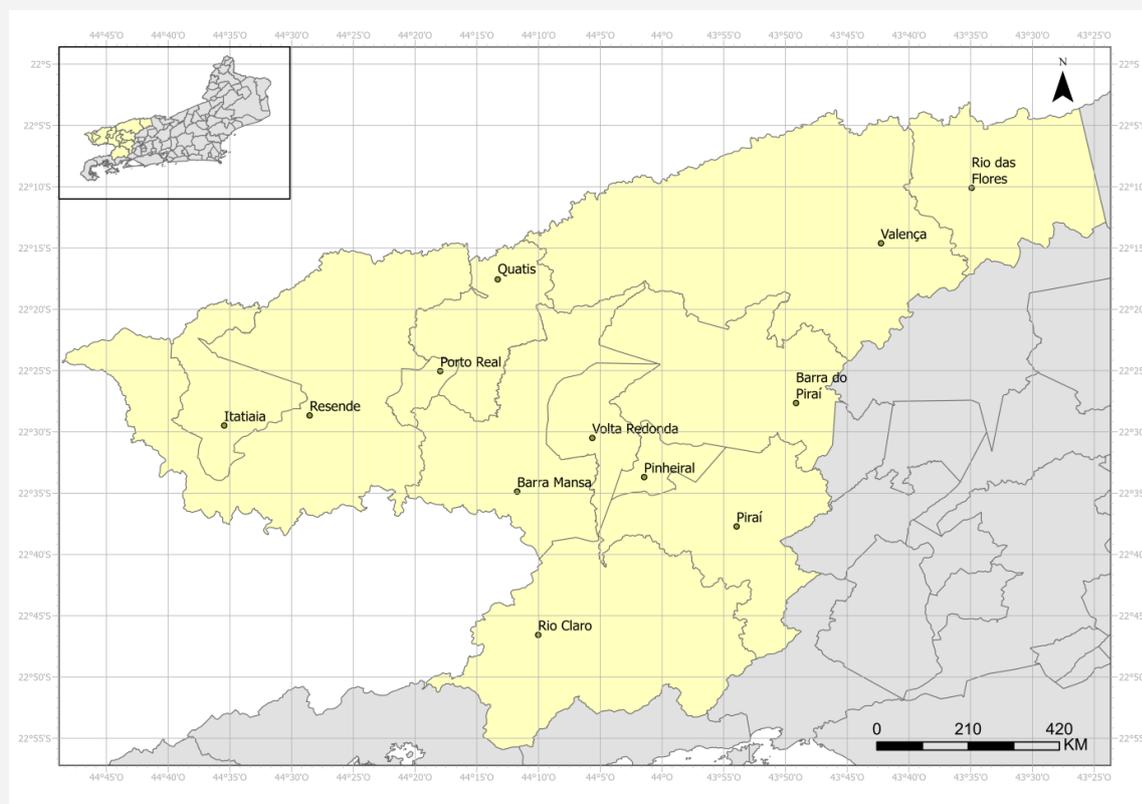
Apoiadora Regional
Dilian Hill



Médio-Paraíba

Composta por 12 municípios, que incluem Barra Mansa, Barra do Pirai, Itatiaia, Pirai, Pinheiral, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda;

Figura 11 – Região de Saúde, Médio Paraíba, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



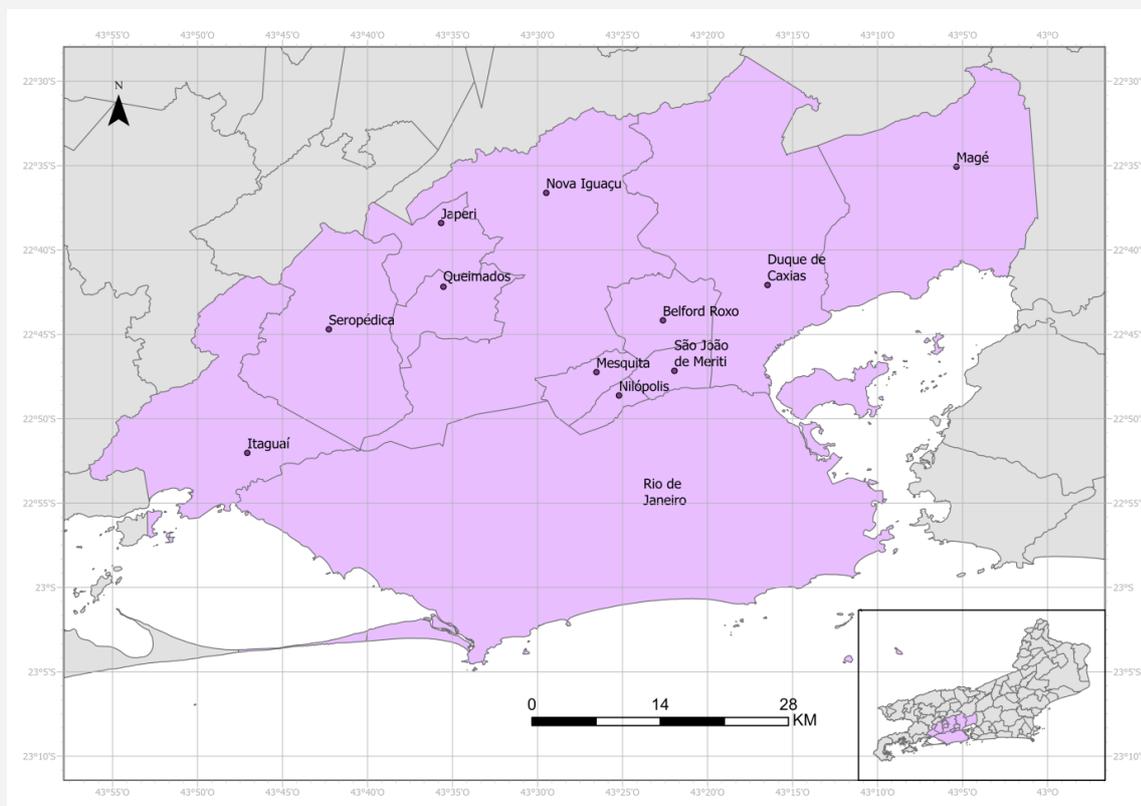
Apoiadora Regional
Fátima Rezende



Metropolitana I

Formada por 12 municípios, dentre eles, a capital do estado, município do Rio de Janeiro, e os municípios que compõem a Baixada Fluminense: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Nilópolis, Nova Iguaçu, Magé, Mesquita, Queimados, Seropédica e São João de Meriti.

Figura 12 – Região de Saúde, Metropolitana I, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



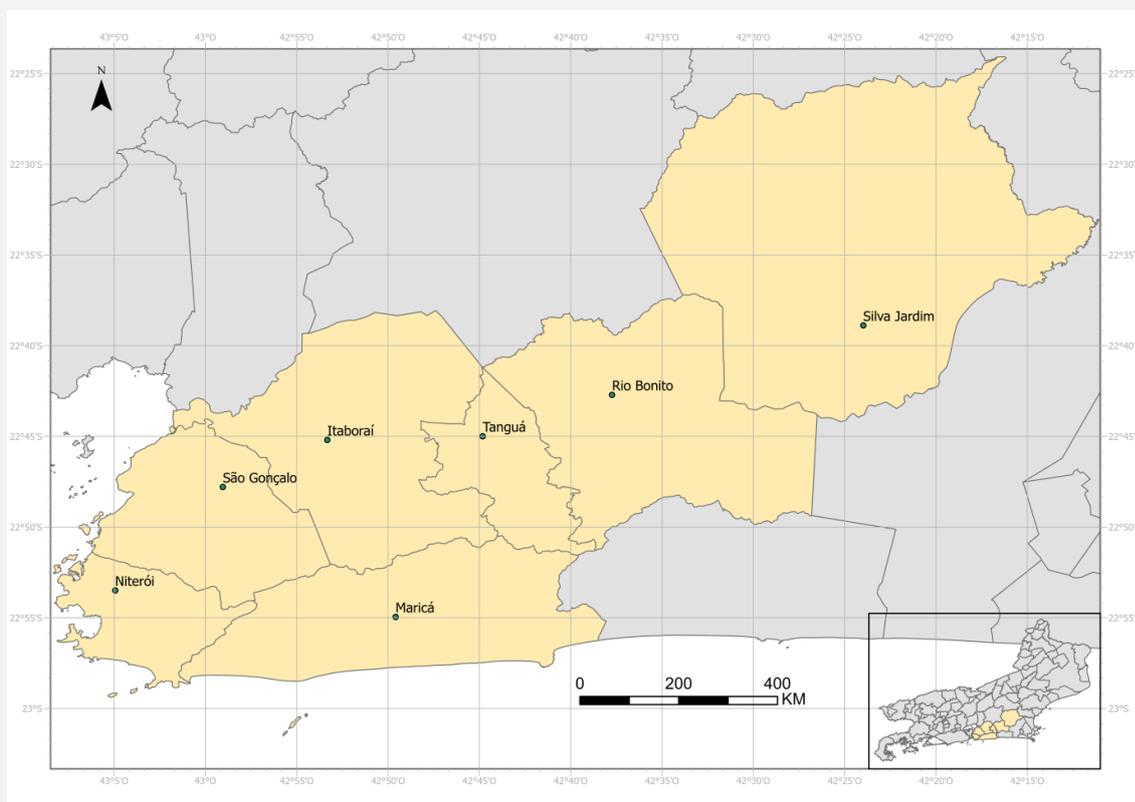
Apoiadora Regional
Taciane Maia



Metropolitana II

Composta por 7 municípios, que incluem Itaboraí, Maricá, Niterói, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

Figura 13 – Região de Saúde, Metropolitana II, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



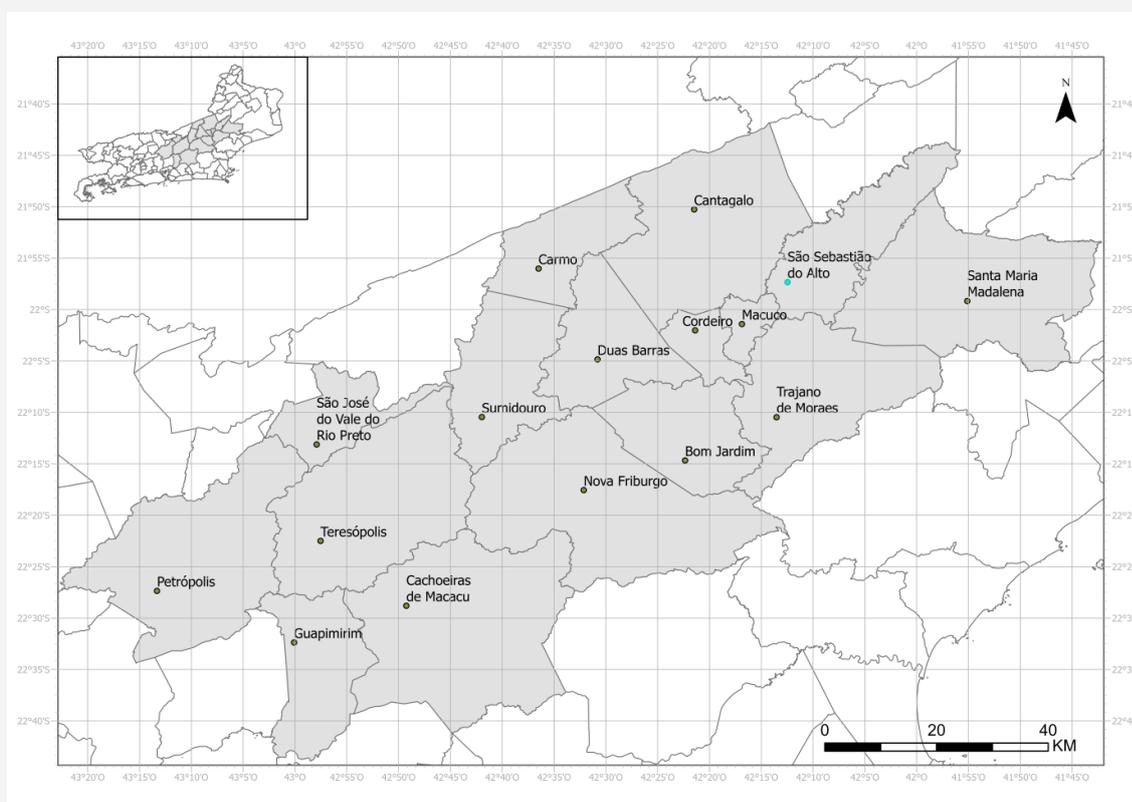
Apoiadora Regional
Suely Osório



Serrana

É a região que reúne o maior número de municípios do estado. São eles: 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 e Trajano de Moraes.

Figura 14 – Região de Saúde, Serrana, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



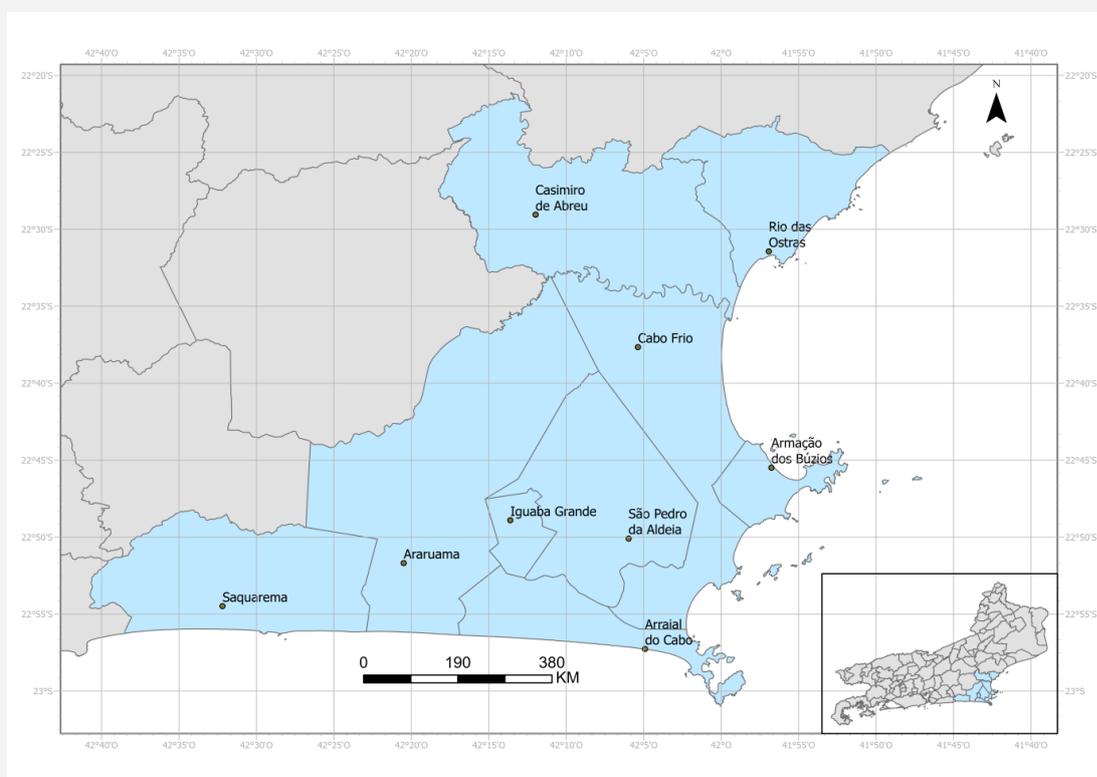
Apoiador Regional
Lucas Cabral



Baixada Litorânea

Conhecida como Região dos Lagos, essa região é formada por nove municípios fluminenses: Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema.

Figura 15 – Região de Saúde, Baixada Litorânea, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



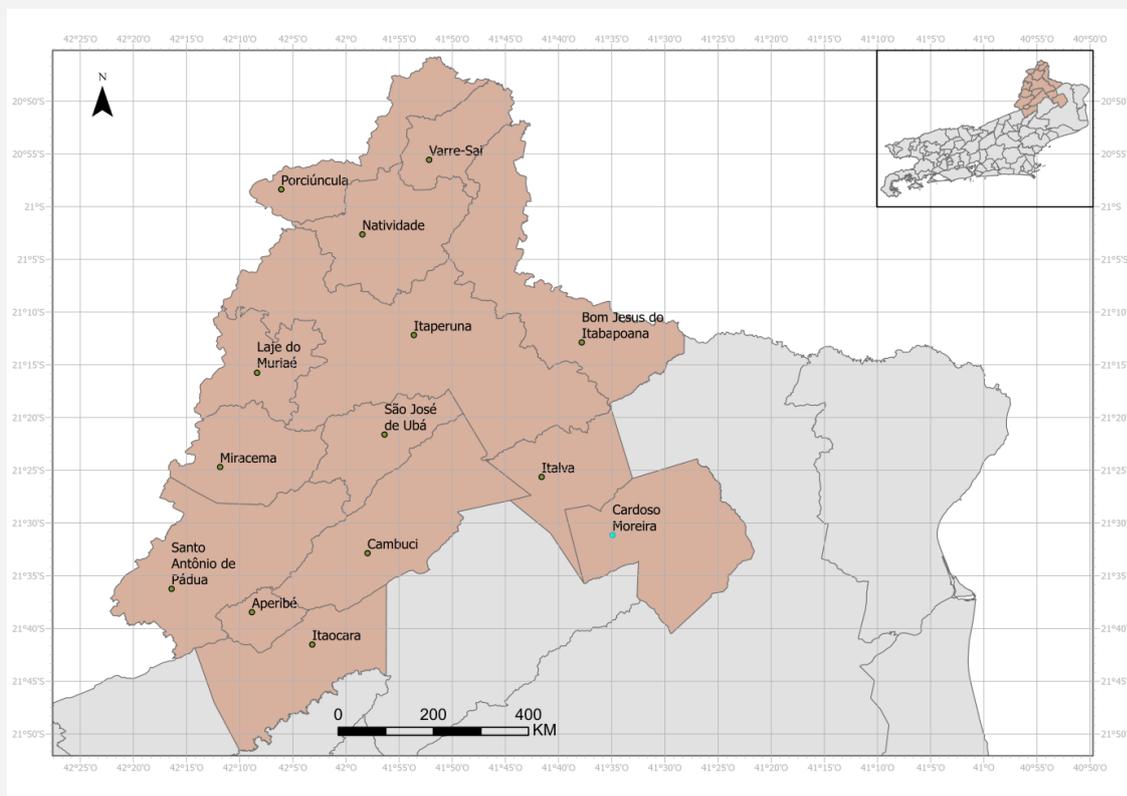
Apoiadora Regional
Suely Osório



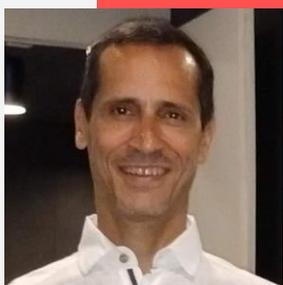
Noroeste

A Região Noroeste faz limite com os estados de Minas Gerais e Espírito Santo e com as regiões de saúde Norte e Serrana do estado do Rio de Janeiro. É composta por 14 municípios, são eles: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itacara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai.

Figura 16 – Região de Saúde, Noroeste, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



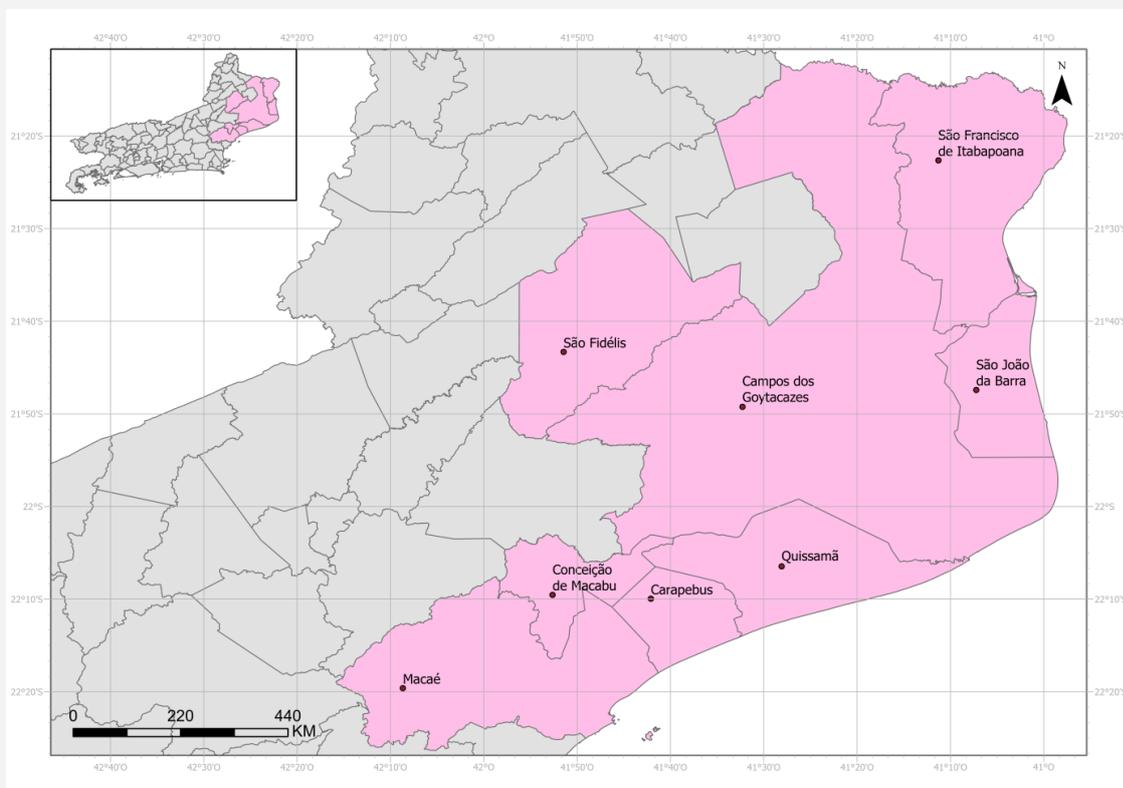
Apoiador Regional
D'Stefano



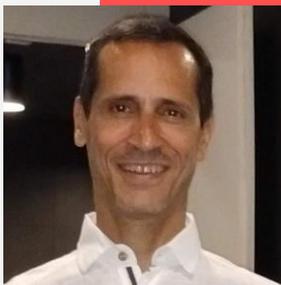
Norte

Está localizada entre o Estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste Fluminense e Baixada Litorânea. É formada por oito municípios: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.

Figura 17 – Região de Saúde, Noroeste, Rio de Janeiro, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria



Apoiador Regional
D'Stefano



Considerações Finais

São muitos os elementos que tornam a gestão do SUS bastante desafiadora. Na medida em que instâncias constitucionalmente autônomas (União, Estados e Municípios) precisam estabelecer pactuações, entre atores com graus variados de poder e hierarquia, organizar este sistema constitui, talvez, o maior desafio de todos.

Para Fleury e Ouverney (2012), tanto a determinação de dotar os municípios das competências suficientes para assumir suas responsabilidades, quanto a necessidade de desenvolver estratégias eficientes de integração

entre os municípios, e destes com as demais esferas, configuram-se como grandes desafios do processo de gestão intergovernamental no SUS.

No estado do Rio de Janeiro, soma-se a esse cenário, a forte instabilidade política e financeira que o governo estadual vem enfrentando nos últimos anos, o que também tem repercutido na gestão estadual do SUS, conforme apontam Peres, Sant'Ana e Rodrigues (2020) ao afirmarem que a Secretaria Estadual de Saúde sofre um longo processo de esvaziamento, desvalorização e precarização do seu quadro de servidores.

Ainda nesse contexto, cabe dizer que desde a última eleição para o governo estadual (2018), o Estado do Rio de Janeiro está no segundo governador e no quinto secretário de saúde deste mandato. Durante todo o período de maior instabilidade, o Cosems RJ, através de sua equipe diretora e técnica, foi fortemente acionado pelas equipes municipais de saúde.

É nesse panorama de desafios que se dá a atuação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar que desde a última alternância na gestão estadual da saúde, em maio de 2021, as agendas da discussão bipartite foram fortalecidas e vem contribuindo para o aprimoramento da gestão do SUS em nosso estado. Por fim, afirmamos que os Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde são entidades potentes, estratégicas e de importante contribuição para o Sistema Único de Saúde.

Referências

BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária**. Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), anos 1996/1997.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 03 de junho de 2021.

BRASIL. **Lei 12466 de 24 de agosto de 2011**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm. Acesso em 12 de junho de 2021.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p.

CONASS. **Estatuto**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/ESTATUTO-CONASS-2017-Assembleia-de-29.11.2017.pdf>. Acesso em 04 de junho de 2021.

CONASEMS. **Estatuto**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/institucional/estatuto/> Acesso em 13 de junho de 2021.

CONASEMS. **A história do CONASEMS: da fase heroica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000**. [online]. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/historia_conasems.pdf

COSEMS RJ. **Estatuto**. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/>. Acesso em 12 de junho de 2021.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. **O Sistema Único de Saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede**. Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão. Lisboa, v. 11, n. 2-3, 2012.

GERSCHMAN, S. **Formulação e Implementação de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. In: UGÁ, M. A. D. et al (organizadores). A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 380 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994, p.105-113.

LEVCOVITZ, E. ; LIMA, L.D. de; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciênc. saúde coletiva. 2001, vol.6, n.2, pp. 269-291.

LIMA, L.D. **A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.** A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139.

NORONHA, J. C.; Lima, L. D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde.** In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2014. p.365-393.

PARADA, R. **A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção.** Physis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.

PERES, A.M.A.M. A municipalização é o caminho? Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2002.

PERES, A. M. A. M.; SANT'ANA, D. R.; RODRIGUES, P. H. A. **O processo de desmonte da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e sua invisibilidade.** Physis, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300315, 2020.

SILVA, M. L. **O COSEMS RJ: origem, identidade e seu papel na defesa das Secretarias Municipais de Saúde.** In: PINHEIRO, R. et al. (organizadores). Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira. Edição Revisada. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2014.p. 21-30.

A estratégia de apoio do Cosems RJ para fortalecimento da gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro

Marta Gama de Magalhães, Lucas Manoel da Silva Cabral, Dilian Duarte Jorge Hill, D'Stefano Marcondes de Lima e Silva, Maria de Fátima Brito de Rezende, Suely Gomes Osório e Taciane Pereira Maia Lima.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 23, inciso I, que a gestão da saúde é competência comum entre União, Estados e Municípios. Em seu artigo 198, inciso I, define a descentralização como um dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que o sistema de saúde deva contemplar uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento. A Lei Federal nº 8.080 de 1990 definiu, com base no princípio da descentralização, o papel central da regionalização da rede de serviços de saúde como diretriz do SUS, o que foi reafirmado posteriormente pela NOB 96 e pelo Pacto pela Saúde em 2006. Nesse contexto, os municípios brasileiros destacam-se como atores estratégicos para consolidação do sistema de saúde e efetivação do direito à saúde.

O processo de descentralização do SUS, com a definição e alinhamento das responsabilidades sanitárias de cada ente federado, se apresenta como importante parâmetro norteador para a organização do sistema. União, Estados e Municípios, assumiram o papel de ampliar a capacidade de gestão do sistema, visando à transformação do modelo assistencial, como forma de resposta às necessidades de saúde da população. Para tanto, foram estabelecidas pactuações e normativas, capazes de organizar e orientar o seu funcionamento, citando, por exemplo, o Decreto 7508/2011 e a Lei 141/2012, como marcos regulatórios complementares às Leis 8080 e 8142.



Na mesma direção, o Decreto 7508 de 2011 definiu que as regiões de saúde devem organizar-se para ofertar ações de atenção primária à saúde, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, destacando a importância da complementaridade entre essas ações para garantir um cuidado integral em saúde. O Decreto estabeleceu, de forma mais abrangente e regulatória, à atribuição da coordenação nacional, na sua relação com Estados e Municípios para o desenvolvimento das ações e estratégias da regionalização do SUS (RODRIGUES, 2014).

A descentralização criou uma governança tripartite entre os três entes federados, colocando na roda, o desafio de construção de relações compartilhadas e solidárias entre União, Estados e Municípios, com o compromisso de consolidação do SUS e da agenda estratégica de regionalização do sistema de saúde. Regionalização essa, baseada na participação dos entes nas instâncias de pactuação, estabelecidas a partir de particularidades e dinâmicas locoregionais e de um arcabouço político-institucional (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). As esferas de governo são interdependentes e no esforço conjunto e na colaboração uns com os outros, através de um processo de decisão coletiva e por consenso, busca-se estruturar a governança do SUS.

A descentralização e regionalização do SUS, particularmente no contexto do Pacto pela Saúde, também induziram à reconfiguração das funções dos gestores no sistema de saúde, que se expressam de forma diversificada nos estados, de acordo com a área envolvida, as distintas realidades locoregional e as negociações intergovernamentais subjacentes a estes processos. (LIMA, 2013, p.25-25).

Cabe enfatizar que a relação federativa é uma característica constitutiva do SUS, sendo necessário desenvolver uma cultura de negociação intergovernamental para a formulação e implementação de políticas de alcance mais amplo e, por conta disso, o espaço regional precisa ser valorizado político-institucionalmente como um espaço estratégico de intervenção sobre a realidade sanitária e de consolidação do sistema de saúde.

O Brasil vivenciou ao longo da sua história a complexa transição do federalismo de tradição centralizadora para um federalismo cooperativo a partir da Constituição de 1988. Construção com percalços, frente à realidade e poderes locais dos entes federados que a constituem, expressa no exercício e aprendizado dos pactos políticos que retratam a complexidade deste cenário.

No estado do Rio de Janeiro, o federalismo e suas relações constituíram um território político-institucional carregado de particularidades e confluências com a história nacional do país. Sua estrutura organizativa remonta à responsabilidade de ter sido capital e todos os ganhos e desacertos

advindos desse momento, com ênfase para a fusão do ex-Estado da Guanabara (município do Rio de Janeiro) com o estado do Rio de Janeiro, criando estruturas com características próprias, predominância da cultural institucional original e no campo da saúde, conflitos inerentes à presença de uma rede federal e estadual de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

Esse contexto repercute na conformação das relações federativas e norteia as ações governativas dos entes, Estado, Municípios e suas organizações representativas, que no campo da saúde pública se faz através do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ).

Nesse cenário, competem prioritariamente às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a execução das ações e a gestão da rede de serviços de saúde. Organizadas em Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), por estados da federação, sua origem integra a própria história do SUS. Eles nascem

como um fruto da necessidade de criar mecanismos de pactuação entre órgãos gestores do SUS, nos diversos espaços prioritários de governança do sistema.

Desde então o COSEMS RJ, vem cumprindo funções relevantes em um estado que enfrenta graves problemas financeiros como um todo e no qual a Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ) vem sofrendo ao longo dos últimos anos um processo de desmonte que compromete seriamente sua capacidade de gestão (PERES, SANT'ANA, RODRIGUES, 2020). Uma das ações do Cosems RJ que se destaca, desde 2012, é a estratégia de Apoio à gestão municipal do SUS. Pode-se considerar que em muitos momentos o Cosems vem ocupando lacunas importantes de ações não desempenhadas pela SES-RJ.

Este capítulo apresenta um relato da experiência da Estratégia de Apoio no COSEMS RJ. Ele sistematiza as reflexões acerca das responsabilidades e funções do apoiador e seu lócus de atuação, ator que desenvolve e operacionaliza as ações junto aos municípios, visando potencializar a capacidade governativa municipal de implementar as políticas de saúde do SUS e responder as necessidades de saúde da população fluminense. Nesse contexto, o trabalho do apoiador tem se apresentado como uma pauta fundamental na agenda de trabalho do Cosems RJ, sendo potencializada por meio de processos de reflexão e tendo a Educação Permanente (EP) como ferramenta norteadora da construção e ativação de aprendizagem significativa a partir das vivências do cotidiano e a utilização de metodologias ativas (PEREIRA, 2018).



Através da EP, foram criados espaços e desenvolvidas atividades coletivas pedagógicas, como dinâmicas, apresentações de vídeos, relatos de experiência, leitura de textos acerca das políticas de saúde e demais temas de subsídio para qualificar o ato de construir apoio. As atividades produziram um consolidado de ideias entorno do verbo/acrônimo APOIAR, que se desdobraram em outros e expressam o trabalho desenvolvido pelo apoio regional do COSEMS RJ.

O Apoio como estratégia

Uma iniciativa que vem se destacando ao longo dos últimos anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é a estratégia de produção de apoio aos atores envolvidos no seu processo de desenvolvimento e implementação. Originalmente pensado por Campos (2003), o apoio visa assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Para Campos (2005) a constituição da função apoio (Paidéia) fundamenta-se em teorias e práticas que procuram articular o campo da política e da gestão com saberes e experiências originárias da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional (BRASIL, 2008).

O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (CAMPOS, 2005). Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre sua inserção em movimentos coletivos relacionados à gestão do SUS, buscando envolver todos os atores no processo de análise da instituição e de novos modos de operar e produzir das organizações.

O apoio no SUS como uma estratégia, tanto da gestão como do cuidado, tem sido compreendido de diferentes maneiras. No âmbito da política de humanização, é uma estratégia que busca o aprimoramento e a oferta de metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).

Neste contexto, a região de saúde configura-se como o espaço privilegiado de atuação do apoiador, espaço de negociação intergovernamental, envolvendo a participação dos gestores estaduais e municipais. Espaços que propiciam o desenvolvimento de instrumentos e mecanismos de coordenação e cooperação entre os gestores, sendo fundamentais para o fortalecimento da regionalização da saúde. Isso porque, um dos princípios fundamentais e estruturantes do SUS é sua base territorial.



O sistema se desenha a partir de um território municipal e suas delimitações, no caminho para a conformação das regiões de saúde, onde as responsabilidades sanitárias são compartilhadas. Portanto, nenhum ente, especialmente o município, consegue resolver sozinho seus problemas de saúde, pois é preciso acordar nas instâncias de pactuação as responsabilidades de cada um.

Dada à configuração da governança do SUS, os espaços coletivos e regionais têm grande importância. É, portanto, nesses espaços, onde prioritariamente o apoio deve acontecer e se materializar. Disponibilizando informações e subsídios técnicos aos gestores municipais de saúde e suas equipes. O que se espera da participação nas instâncias de pactuação é a geração de entendimentos da situação coletiva, discussões e resoluções que traduzam a realidade locoregional, portanto, com capacidade de produzir impacto na necessidade de saúde de toda a população de um dado território. Nesse espaço desafiador atua o apoiador, na busca permanente por apontar alternativas e possibilidades. E sempre na perspectiva de fazer “com”, gestores e equipes

municipais e nunca por eles. Ator que convive com o campo decisório da gestão municipal da saúde pública e com intensos desafios de construção e ruptura de propostas de pactos federativos solidários e factíveis.

A busca por resolutividade e solidariedade nas relações interfederativas é uma premissa da atuação do apoiador, considerando a análise e reflexão quanto às possibilidades de efetiva construção da integração regional, construção coletiva entre os entes federados e as diferentes dinâmicas de funcionamento do processo de governança e organização do sistema nas regiões de saúde. A abordagem do apoiador se concretiza na perspectiva dos atores envolvidos, no entendimento das responsabilidades sanitárias tripartite, dos processos de articulação, decisão e pactuação e, da característica econômica, política, cultural, social e singular de cada território de saúde.

O trabalho do apoiador relaciona-se com a busca por novos modos de produzir e operar as organizações (BRASIL, 2008). Por esse motivo a atividade de apoio envolve sempre a constituição / inserção nos movimentos coletivos (CAMPOS, 2003), ajudando na análise institucional, tornando o apoio chave para a instauração de processos de mudança em grupos organizacionais (CAMPOS, 2004; OLIVEIRA, 2011; CALDAS, 2014).

Pereira Junior e Campos (2014) trazem a reflexão de que o apoio institucional pode ser pensado como uma função gerencial que se propõe a reformular o modo tradicional de se

fazer “coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” (PEREIRA JUNIOR e CAMPOS, p. 32, 2014). Consideram que o objetivo do apoiador é o “processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde” (PEREIRA JUNIOR E CAMPOS, p. 27, 2014).

É importante recordar que a ação do Apoio cumpre um papel catalisador e articulador de reflexão coletiva sobre as práticas do trabalho em saúde e de gestão, o que requer ações estratégicas a todo o momento, uma vez que, o “apoio não está pronto. Ele é produzido em ato” (BERTUSSI, 2010).

O Apoio no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS RJ)

Pode-se dizer que a organização política/institucional do COSEMS RJ foi de suma importância para a sustentabilidade da estratégia de apoio nesses 10 anos de existência. A sustentação institucional do COSEMS RJ possibilitou a conformação das seguintes diretrizes que norteiam o desenvolvimento das ações da estratégia do apoio regional:

- **Defesa do SUS** – Sistema Único de Saúde, sistema de acesso universal à saúde como direito constitucional de cidadania;
- **Município como ente autônomo e protagonista** da relação bipartite na construção e operacionalização das políticas de saúde no território fluminense;
- **COSEMS RJ como organização representativa** dos municípios no campo da saúde pública do estado;
- **Planejamento em Saúde** como dimensão estruturante e organizativa para o desenvolvimento do apoio à gestão municipal;
- **Educação como eixo transversal e estruturante** das ações do apoio para qualificação de gestores e equipes municipais de saúde; e
- **Democracia e autonomia institucional e dos sujeitos** como base das relações de sustentabilidade do SUS.



Nesses 10 anos de existência, o Cosems RJ, já contou com 15 técnicos atuando como apoiadores nas regiões de saúde do estado. Os Apoiadores atuam junto aos gestores e equipes técnicas municipais, como suporte para aprimoramento e transformação das práticas de trabalho da gestão municipal, visando fortalecer coletivos e possibilitar caminhos e reflexões para construir uma regionalização solidária e colaborativa no SUS. A Tabela 1 apresenta o perfil atual dos apoiadores regionais do Cosems RJ.

Tabela 1: Perfil da equipe de apoiadores do COSEMS RJ atual (2021)

Características	Perfil dos Apoiadores
Sexo	
Feminino	4
Masculino	2
Formação Acadêmica / Titulação	
Pós-Graduação <i>lato sensu</i>	3
Pós-Graduação <i>stricto sensu</i>	3
Tempo de atuação como apoiador do COSEMS RJ	
Até 1 ano	2
7 anos	2
8 anos	2
Experiência na gestão municipal do SUS	
Até 5 anos	2
De 15 a 25 anos	3
Mais de 25 anos	1

Fonte: elaboração própria

Dentre as principais atividades do grupo, destacamos:

- apoiar e assessorar a Diretoria do Cosems RJ;
- apoiar os gestores municipais no processo de pactuação interfederativa, ativando e estimulando a sua participação nos espaços regionais;
- participar da reunião mensal da Comissão Intergestores Regional (CIR) – plenária e câmara técnica; participar da reunião mensal da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Câmara Técnica;
- participar da reunião mensal de Diretoria e Assembleia Mensal dos Secretários Municipais de Saúde;
- visitar os municípios, quando demandados pela coordenação ou diretoria e em situações específicas;
- organizar e participar de eventos promovidos e/ou apoiados pelo Cosems RJ;
- participar das reuniões mensais e atividades de Educação Permanente do apoio regional;
- participar das reuniões dos grupos de trabalho vinculados à CIR, com prioridade para o GT de Planejamento, participar das reuniões de equipe do Cosems RJ.

Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre sua inserção nos movimentos coletivos relacionados à gestão do SUS, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações.

A inclusão do apoio como uma estratégia na produção da gestão e do cuidado é uma novidade que tem sido trabalhada de diferentes modos, tanto no campo da formulação, como nas experimentações desenvolvidas em diferentes espaços de construção do SUS (OLIVEIRA, 2011 E 2012; MACHADO, GUIZARDI, LEMOS, 2019).

O Cosems RJ conta atualmente (2022) com seis profissionais com formação em políticas públicas de saúde, que atuam como apoiadores regionais nos 92 municípios das nove regiões de saúde fluminenses com a seguinte distribuição por apoiador: i) Norte e Noroeste; ii) Baixada Litorânea e Metropolitana II; iii) Metropolitana I; iv) Baía da Ilha Grande e Centro Sul; v) Serrana; e vi) Médio Paraíba.

Desde 2019, foi incorporado um espaço para atividades de EP² dos apoiadores, contando com a participação dos apoiadores e coordenação do projeto. A problematização do processo de trabalho resultou na sistematização das funções e atuação dos apoiadores. No período de 2019 a 2021, foram realizadas 24 oficinas de EP, e assim foi possível definir as funções básicas dos apoiadores para trazer melhores resultados. Como já apontado, as funções foram definidas a partir do verbo APOIAR, e estão ilustradas no infográfico (Figura 1) com detalhamento.

Figura 18: Infográfico – APOIAR (Cosems RJ)



Fonte: PERES, et al, 2021

²Este espaço é fruto da parceria, desde 2012, com o Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) através do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC) e a partir de 2017, por intermédio do Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) em parceria com o HAOC (Hospital Alemão Oswaldo Cruz), através do PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde).

Funções dos Apoiadores Cosems RJ

A = ATIVAR, assim descrita:

- Ativar/reactivar espaços coletivos, através de arranjos e/ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos no território;
- Ativar processos de Educação Permanente (EP) nas regiões, como estratégia de qualificação da gestão municipal; e
- Ativar a circulação de saberes e afetos visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais no território.

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 EP é uma ferramenta potente e estratégica.

P = PARTICIPAR, assim descrita:

- Participar das reuniões das Comissões Intergestores Regional (CIR) – plenária e câmara técnica;
- Participar do Grupo de Trabalho (GT) de Planejamento;
- Participar das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – plenária e câmara técnica;
- Participar da Assembleia Mensal dos Secretários Municipais de Saúde;
- Participar das reuniões de diretoria do Cosems RJ;

- Participar, quando considerado estratégico, de Grupos de Trabalho (GT) vinculados a CIR, como: atenção primária, vigilância em saúde, entre outros;
- Participar do Grupo de Trabalho (GT) / comissões específicas ou reuniões demandas pela diretoria do Cosems RJ;
- Participar de eventos organizados ou apoiados pelo Cosems RJ de acordo com a demanda da coordenação ou diretoria; e
- Participar, com os vices-regionais, de agendas técnico-políticas nas regiões de saúde.

Dentre as principais funções do Apoiador destaca-se a de participar dos espaços colegiados. Nos últimos 10 anos Apoiadores do Cosems participaram da Comissão Intergestores Regional (CIR) e das Câmaras Técnicas da CIR; das Assembleias de Secretários; da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); da Câmara Técnica da CIB; da Reunião de Diretoria do Cosems RJ; da Reunião de Equipe do Apoio; da Reunião de Educação Permanente ;e dos Grupos técnicos, tais como: Saúde Mental/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Planejamento Regional Integrado, Atenção Básica, Rede Cegonha, Comissão de Integração Ensino e Serviço, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e outros.

O = ORIENTAR, assim descrita:

- Orientar gestores e técnicos sobre a legislação vigente do SUS, portarias, notas técnicas, resoluções e ou comunicados;
- Orientar gestores e técnicos quanto ao preenchimento de pesquisas e levantamento de informações quando solicitado;
- Orientar e acolher os novos gestores, apresentando o Cosems RJ, o trabalho do apoio e discutindo as responsabilidades do gestor de saúde municipal, bem como seu papel e atribuições regionais; e

- Orientar discussões sobre processo de trabalho da micropolítica do cuidado em saúde, de forma a qualificar e transformar práticas de trabalho.

As orientações podem ser individuais ou coletivas. São repassados aos gestores legislação, informes e orientações técnicas e outros materiais considerados relevantes.

I = INCENTIVAR, assim descrita:

- Incentivar a participação dos gestores e técnicos nos espaços de governança do SUS;

- Incentivar a reflexão sobre os processos de trabalho facilitando a transformação das práticas de saúde;

- Incentivar a construção e a implementação da rede regionalizada de atenção à saúde; e

- Incentivar os gestores e os técnicos na construção e no monitoramento dos instrumentos de gestão.



A = ARTICULAR, assim descrita:

- Articular junto aos técnicos dos municípios nos espaços regionais temas que necessitem de discussões;
- Articular agenda de trabalho junto ao gestor municipal, sempre que identificar situações específicas;
- Articular com os vices-regionais o fortalecimento da regionalização e representatividade do Cosems RJ na região; e
- Articular a integração entre as áreas técnicas, visando à integralidade do cuidado.

**R = REFLETIR, assim descrita:**

- Refletir sobre a realidade local/regional /nacional contribuindo com as análises e interpretações dos indicadores de saúde;
- Refletir permanentemente sobre os temas atuais do cenário da saúde pública no país e no Estado do Rio de Janeiro; e
- Refletir sobre cenários e relações de poder, para análise de governabilidade e definição das possibilidades de atuação.

Considerações Finais

Um grande desafio para a gestão municipal do SUS é alterar o padrão hegemônico de gestão e produção das práticas de saúde. E a estratégia de Apoio do Cosems RJ vivencia nos últimos 10 anos, no cotidiano das suas ações, o desafio de manter viva a capacidade de reflexão e transformação da gestão municipal para consolidação do SUS nas regiões de saúde, através da integração entre o Cosems RJ e os Secretários de Saúde e suas equipes municipais.

Neste período, o Cosems RJ tem envidado esforços para fortalecer a estratégia. Um exemplo disto é a incorporação das ações de educação permanente para sua equipe técnica, através da garantia de momentos de discussão coletiva que favorecem o enfrentamento dos problemas que ocorrem nos espaços de atuação do apoiador. Além disso, estas ações tornam-se imprescindíveis para a qualificação do apoio e para o aprimoramento de suas intervenções junto à Diretoria e demais atores do Cosems RJ.

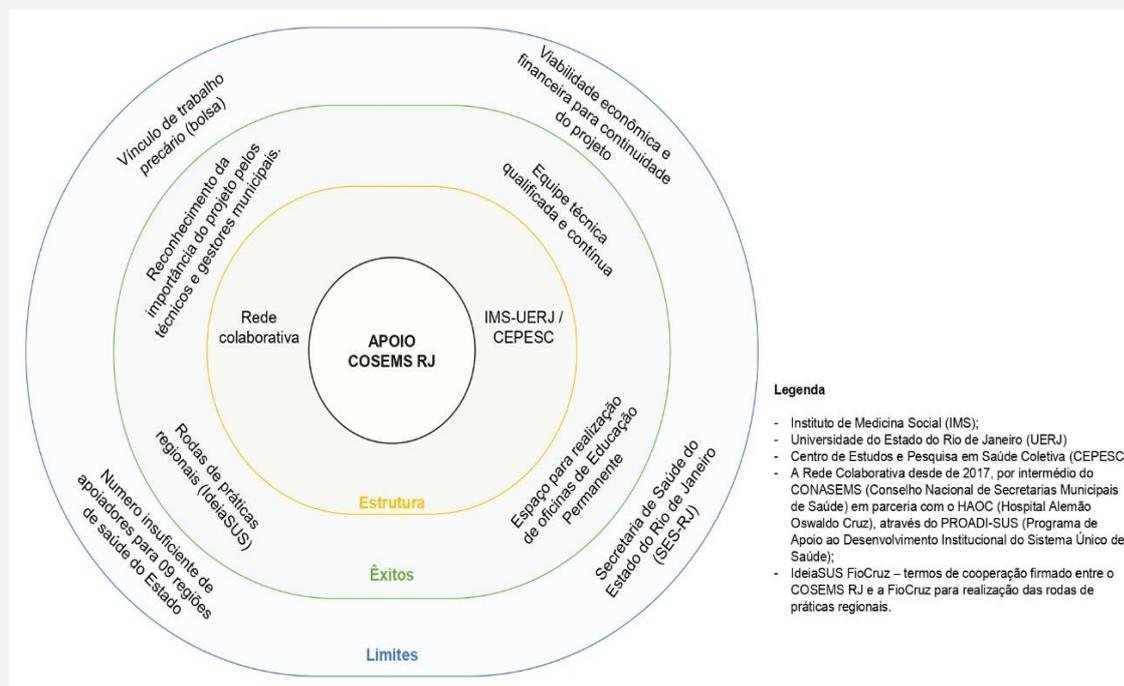
No contexto do Estado do Rio de Janeiro, a fragilidade da capacidade de coordenação dos espaços regionais do SUS, e, portanto, sua menor capacidade de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, potencializou o trabalho dos apoiadores no importante papel de repasse e discussão acerca das mudanças normativas estabelecidas seja pelo Ministério da Saúde, seja pela própria Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

A sistematização das funções dos apoiadores, com base na palavra APOIAR, permite maior clareza para os atuais e futuros apoiadores em relação à sua atuação. Além disso, favoreceu a visibilidade do trabalho junto aos gestores e equipes técnicas municipais.

Todo o debate realizado em torno da estratégia de apoio à gestão do SUS realizado pelo Cosems RJ nesses últimos 10 anos vem contribuindo para reflexões e trabalhos futuros em diálogo com a temática.

Para melhor visualização, a Figura 2, apresenta as principais características divididas em três dimensões, destacando a estrutura, os êxitos e os limites para a sustentabilidade e a execução da estratégia nestes 10 anos e permitindo o planejamento institucional das ações, para a manutenção dessa estratégia na próxima década.

Figura 19: Estrutura, êxitos e limites do Apoio do Cosems RJ



Fonte: PERES, et al, 2021

Este capítulo buscou destacar a experiência do projeto apoiadores do Cosems RJ nas suas singularidades e possibilidades, distintas das outras estratégias existentes no país. O protagonismo do apoio do Cosems RJ aponta para a autonomia de seus atores na condução e inserção de suas ações nos territórios do SUS no Estado. Sujeitos legitimados por uma história construída em etapas, a partir do compromisso da instituição com a defesa do SUS, seus princípios e diretrizes. Sujeitos apoiadores que representam a capilaridade e voz do Cosems no seu compromisso de defesa da vida, desenhado ao longo dos anos nos diferentes e complexos contextos de cada região de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Referências

BERTUSSI, D. C. (2010). **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde** (tese de doutorado) – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina. 234 f.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização Solidária e Cooperativa**, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3, p 40. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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 União 2011, 29 jun.

BRASIL. **Ministério da Saúde. (2008)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União 2006(a), 23 fev.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2010, 30 dez.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União 2006 (b), 03 abr.

CALDAS, M. S. (2014). **A Função Apoio: um ensaio sobre a luta pelo equilíbrio democrático na cogestão em saúde**. in: Apoiaadores regionais: uma experiência brasileira (edição revisada). PERES, AM [et al.] (organizadores) - CEPESC:IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS.

CAMPOS, G. W. S. (2003). **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec.

CAMPOS, G. W. S. (2005). **Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 2. ed. São Paulo: Hucitec

LIMA, L.D. **A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção

estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139.

LIMA, L.D. *et al.* **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17,n. 7, p. 1903-1914, 2012.

MACHADO, F. R. S., GUIZARDI, F. L. & LEMOS, A. S. P. (2019). **A burocracia cordial: a implantação da estratégia de apoio institucional na política nacional de atenção básica em saúde.** Trab. educ. saúde, 17(3).

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde.** In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, G.N. (2011). **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio** (tese Doutorado) – Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 242f.

OLIVEIRA, G.N. (2012). **O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização.** 223-235. São Paulo: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.

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

Pereira, A. S. Shitsuka, D. M. Parreira, F. J. Shiatsuka, R. (2018). **Metodologia da pesquisa científica.** 1. ed. Santa Maria, RS: UFSM, NTE.

Peres, A.M. Sant'ana, D.R; Rodrigues, P.H.A. (2020). **O processo de desmonte da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e sua invisibilidade.** vol.30, no.3. Rio de Janeiro: Physis.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 37-59 jan.-mar. 2014.

Silva, M.L. (2014). **O COSEMS-RJ: origem, identidade e seu papel na defesa das Secretarias Municipais de Saúde** in: Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira (edição revidada). PERES, AM [et al.] (organizadores) - CEPESC:IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS.

PARTE II

ESTRATÉGIA DO COSEMS RJ DE APOIO AO SUS

Alice Lima
Ana Maria Auler
Lucas Cabral
Marcela Caldas
Marta Magalhães

Esta parte do livro está organizada em três blocos que narram o início do Projeto, passando pelo seu desenvolvimento e fortalecimento, até o momento em que se consolida, deixando de ser um projeto para assumir lugar de estratégia de atuação do Cosems RJ.

O primeiro bloco apresenta as informações relativas ao início do Projeto em 2012. O segundo, corresponde ao período de 2013 a 2017 e descreve como o Projeto se fortaleceu, traz as publicações sobre o mesmo e ainda o início da rede colaborativa. O último bloco descreve o período de 2018 a 2021, quando o Projeto se consolida como uma estratégia de atuação do Cosems RJ.

O quadro 1 apresenta os Gestores do Cosems envolvidos no período de 2012-2021 de vigência do Projeto e consolidação da estratégia de Apoio.

Quadro 1 - Gestão do Cosems RJ 2012-2021

Ano	Presidente do Cosems RJ	Secretário (a) Executivo (a)	Coordenador (a) do Projeto
2012	Maria Juraci de Andrade Dutra	Rodrigo Alves T. Oliveira	Rodrigo Alves T. Oliveira
2013		Dilian Hill ¹ / Aparecida Barbosa	Marcela de Souza Caldas
2014		Aparecida Barbosa	
2015	Maria da Conceição de Souza Rocha	Aparecida Barbosa	
2016		Marcela de Souza Caldas e Marta Gama de Magalhães	
2017			
2018			
2019			
2020			
2021	Rodrigo Alves T. Oliveira	Marcela de Souza Caldas	

¹ Ocupou o cargo interinamente no 1º semestre de 2013.

Fonte: Elaboração própria



Acesse a relação de Apoiadores por Região do Estado do Rio de Janeiro 2012-2021



Em 2012, o Cosems RJ implantou um modelo de apoio para os gestores municipais de saúde, visando garantir a atuação de técnicos especializados em saúde pública nos espaços de governança do SUS, fortalecendo a capacidade técnica das gestões municipais, assim como as relações interfederativas no Estado. Nesse contexto, quatro profissionais, denominados de "Apoiadores" foram contratados e ficaram distribuídos pelas regiões da seguinte forma:

- Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba e Centro Sul.
- Metropolitana I e II e Baixada Litorânea.
- Norte e Noroeste.
- Serrana (acumulava com a Coordenação).

“

Com este olhar na complexidade da gestão em saúde e na complicada heterogeneidade da realidade Brasil é que o Cosems RJ estabeleceu que o Projeto "APOIADORES REGIONAIS" passou a ser prioritário para aproximar a entidade com os gestores dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro.

*Maria Juraci Andrade Dutra e Maria da Conceição de Souza Rocha
(PERES, 2014, p.45)*

”



Para viabilizar a implantação do Projeto, o Cosems RJ contou com financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de “Carta Acordo”³ intermediada pela Secretaria de Gestão Estratégica e participativa do Ministério da Saúde. Esta carta garantiu a execução do projeto por aproximadamente seis meses.

Visando operacionalizar e qualificar a iniciativa foi assinado um primeiro termo de Cooperação com o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC/UERJ. A condução do Projeto coube ao Laboratório de Pesquisa e Práticas em Integralidade (LAPPIS) do Instituto de Medicina Social, coordenado pela Professora Roseni Pinheiro. Em conjunto com ela, a pesquisadora Ana Maria Auler M Peres assumiu a coordenação adjunta do projeto, tornando-se a única da equipe que permaneceu por todo o período até os dias atuais.



O IMS/UERJ, através do LAPPIS, realizou três encontros que foram fundamentais para o início das atividades:



1º Encontro – Teresópolis – abril/2012

A finalidade do encontro foi apresentar e pactuar os objetivos do Projeto e estabelecer a metodologia do trabalho. Neste seminário participaram representantes da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES RJ) como palestrantes.

³A Carta Acordo é um instrumento destinado ao financiamento de atividades descritas em um projeto de cooperação técnica, acordado entre a OPAS/OMS e uma instituição beneficiária, com comprovada competência técnica, solvência financeira¹ e situação de adimplência junto à OPAS/OMS, para execução em, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses.

Fonte: <http://brasil.evipnet.org/wpcontent/uploads/2016/12/InstrutivoCartaAcordoNovembro2016.pdf>.

Acessado em: 20 de Fev. de 2018.



Nas fotos, encontram-se registros dos participantes do Projeto estudando o texto a ser debatido. Estiveram presentes aos encontro a equipe do LAPPIS, os Apoiadores e representante da SES RJ.

2º Encontro – UERJ – julho/2012

A atividade teve como objetivos compartilhar as experiências nas regiões e discutir os desafios existentes e as ações a serem desenvolvidas. Além da equipe do Projeto, participou o então Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, Heider Aurélio Pinto.



3º Encontro - Rio de Janeiro (Hotel Guanabara) – agosto/2012

Neste encontro, já tendo transcorrido alguns meses do início da experiência, foram compartilhadas as vivências dos Apoiadores nas regiões.



A reunião contou ainda com a participação da equipe da Assessoria de Comunicação do Cosems RJ que, a partir das discussões do dia, desenvolveu a logomarca para do Projeto. A ideia era buscar possibilidades de agir com novos atores, atuando de maneira conjunta e colaborativa, com a estrutura já existente.

No mesmo ano, o Projeto foi apresentado no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - 2012 - com o trabalho “Apoio Regional no Estado do Rio de Janeiro: um relato de uma experiência”.



2 Fortalecendo o Projeto - 2013 - 2017



Em 2013, o Conasems, em parceria com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), ofertou aos Estados - SES e Cosems - o Curso de especialização "Apoio em Saúde". A assessora técnica do Cosems RJ, Marcela de Souza Caldas, foi indicada e realizou a capacitação, ao mesmo tempo que passou a ser Coordenadora do Projeto . Como trabalho de conclusão do Curso foi construído um plano de ação para o Projeto Apoiadores , contribuindo significativamente para potencializar a atuação deste profissionais no Cosems RJ. Além disso, o trabalho também foi utilizado para definir mais precisamente as bases da parceria com a UERJ.



A partir daí, já com um percurso de trabalho e a realização do curso pela Coordenadora já se tinha um acúmulo para uma análise de como o trabalho vinha se desenvolvendo. Os relatos dos Apoiadores traduzem essa reflexão.

“

Considero bastante relevante a iniciativa, uma vez que permite uma presença mais constante do Cosems RJ junto aos municípios, apoiando técnica e estrategicamente as administrações municipais na gestão da saúde e preenchendo dessa forma uma lacuna sentida por todos. O momento de construção da estratégia da regionalização exige muita articulação entre os municípios e as demais instancias federativas. Neste contexto, torna-se fundamental o apoio institucional, visando fomentar a discussão e a participação de todos nas instancias de pactuação.



”

Francisco Bohrer
Apoiador das regiões Norte e Noroeste
(PINHEIRO, 2013, p.54)



“

Uma presença mais pontual e rotineira do Cosems, específica para as funções de apoio, apresenta-se como um fortalecimento institucional e um fortalecimento da integração no território, ativando uma plataforma de interação junto aos municípios, em uma abordagem regional de apoio técnico e estratégico na gestão em saúde, ampliando a capacidade de análise e intervenção nestes territórios.

As intervenções têm como foco a integração das ações e interação entre as Secretarias Municipais de Saúde para diminuir a fragmentação das Políticas de Saúde. Ressalta-se a importância do fortalecimento das relações interfederativas, baseada na solidariedade e cooperação, com vistas à implementação das ações e serviços de saúde, articuladas com as políticas pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIT), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regionais (CIR).

”

Manoel Santos
Apoiador das regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea
(PINHEIRO, 2013, p.55)

Um dos objetivos da parceria com o LAPPIS/IMS/UERJ, além da qualificação dos Apoiadores, foi o registro e divulgação da experiência. Dessa forma, em 2013, foi organizado um primeiro livro :

“

[...] que trata da institucionalização de uma estratégia fundamental para o processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de apoio institucional, nesse contexto, assume papel fundamental como dispositivo capaz de materializar as estratégias capazes de articular um conjunto de forças em prol da mobilização e dinamização de projetos estratégicos em diferentes espaços de gestão do SUS

”

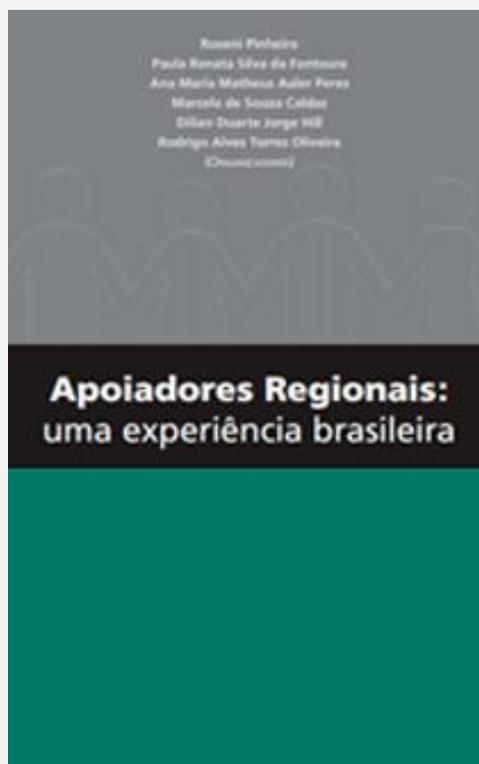


Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do
Ministério da Saúde/2011-2014
(PINHEIRO, 2013, p.9)

Lançado no Congresso do Cosems RJ, em Itaipava, no município de Petrópolis, o livro trouxe, além da experiência do Rio de Janeiro, as dos Estados de Alagoas, São Paulo e Minas Gerais.



Acesse o livro





A partir de 2014, o grupo passou a ser composto por seis Apoiadores organizados pelas regiões no modelo que se mantém até os dias atuais

- Centro Sul e Baía da Ilha Grande
- Norte e Noroeste
- Metropolitana I
- Médio Paraiba
- Serrana
- Baixada Litorânea e Metropolitana II

Foram realizados encontros que apresentaram os novos apoiadores e debateram os aspectos relacionados ao desenvolvimento do Projeto.



Em 2014, o livro, lançado em 2013 passou por uma revisão e ampliação e uma nova edição foi lançada:

“

Acredito que a coletânea ampliada e revisada configura um solo fértil para os leitores, possibilitando uma compreensão crítica, reflexiva e de aprendizado para um posicionamento ético-político e formativo em defesa de um sistema público universal de saúde, com integralidade em todos os níveis de atenção.

”



Roseni Pinheiro
Coordenadora do LAPPIS Organizadora da publicação
(PERES, 2014, p.16)



“

[...] o campo de atuação buscado para o apoiador na construção deste dispositivo de gestão para o SUS contempla a possibilidade de ativar espaços coletivos e a interação entre os sujeitos; reconhecer e lidar com as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando viabilizar projetos pactuados por atores institucionais e sociais; trabalhar no sentido da cogestão, mediando a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos.

”

Márcia Amaral
Secretária Executiva do Ministério da Saúde/2011-2014
(PERES, 2014, p.10)

Ainda sobre registro da experiência foi publicado, em 2014, o Artigo “Apoio Regional no Estado do Rio de Janeiro: um relato de uma experiência” no Suplemento sobre Apoio da Revista Interface disponível em <https://scielosp.org/article/icse/2014.v18suppl1/1125-1133/#>

Em fevereiro de 2015, Maria da Conceição de Souza Rocha assume a Presidência do Cosems RJ, permanecendo até fevereiro de 2021. Em sua gestão, sempre defendeu a parceria com a Universidade, garantindo desta forma que a experiência de apoio, que vinha sendo implantada pelo Cosems RJ, fosse registrada através de diversas publicações na área.



Em 2015, houve mudança na composição da equipe com o ingresso de 2 (dois) novos Apoiadores para as regiões Norte e Noroeste e outro para a Metropolitana I.



Ainda em 2015, com financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de "Carta Acordo" foi desenvolvido um documentário "Apoiadores Regionais do Cosems RJ" que narrou a trajetória do Projeto até aquele momento contando com a participação da Diretoria do Cosems RJ, representantes da SES RJ e dos Municípios, além do depoimento dos Apoiadores.



[Link para o Documentário](#)

O ano de 2016 foi de muita instabilidade política no país, em razão da ruptura institucional ocorrida no Governo Federal. Uma das consequências foi a falta de suporte financeiro externo para as ações do Apoio como vinha acontecendo. Isso fez com que 2016 fosse um ano difícil, mas as ações de apoio não foram interrompidas, uma vez que a Diretoria à época priorizou essas ações. Em 2017, com o início da rede colaborativa, o Cosems RJ passou a contar com uma parceria que contribuiu para viabilizar o projeto de apoio.



Visando a recepção aos novos Secretários Municipais de Saúde na gestão de 2017, foram elaborados os “Cadernos de Apoio à Gestão Municipal de Saúde” para cada um dos 92 municípios, contendo as principais informações de saúde e a situação da gestão nos municípios. Como atividades de acolhimento aos novos gestores em 2017, a equipe do Apoio participou das Oficinas Descentralizadas e do evento “Acolhimento aos Novos Gestores de Saúde do estado do Rio de Janeiro” organizado pelo Cosems RJ e SES RJ, com a entrega dos Cadernos de Apoio à Gestão Municipal de Saúde e lançamento do “Manual do Gestor”, parceria entre Cosems RJ, LAPPIS/IMS/UERJ e Conasems.



Manual do Gestor (1ª versão)

Conforme mencionado, no ano de 2017, o Cosems RJ passou a fazer parte da Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, cooperação firmada no âmbito do PROADI SUS triênio 2017 - 2019 envolvendo o Conasems e o HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz, para além da parceria já firmada com o LAPPIS/CEPESC/IMS/UERJ. Nesse contexto, a equipe manteve-se e incorporou um novo ator na Coordenação, Marta Gama de Magalhães, atuando conjuntamente com a coordenação já existente de Marcela de Souza Caldas. Trata-se de uma experiência de co-gestão dos trabalhos do apoio no Cosems RJ, que se traduz pela permanente integração e discussão entre os responsáveis pela coordenação, para desenvolvimento e encaminhamentos nas várias frentes de atuação do apoio no estado do Rio de Janeiro. Esse novo momento reforçou algumas estratégias de atuação do apoio junto à governança do SUS no Estado e incorporou a educação permanente em saúde como diretriz para a equipe do apoio e para suas ações junto aos gestores e equipes municipais de saúde.

Toda equipe de Apoio, incluindo sua coordenação, atua inserida no quadro técnico do Cosems RJ, participando de espaços de discussão e construção das suas ações, estando presente nas reuniões de Diretoria, Assembleia de Gestores, reuniões de CIR e CIB, Câmaras Técnicas das CIRs e CIB, entre outras.



Buscando ampliar sua rede de parceiros, o Cosems RJ, em 2017, assinou um Termo de Cooperação com o IdeiaSUS /FIOCRUZ, para realização de Rodas

de Práticas de Saúde Regionais, tendo o apoio o importante papel de incentivar a participação dos municípios para relato de suas práticas cotidianas de saúde, dando visibilidade às experiências municipais das regiões de saúde do Estado. O êxito da cooperação desdobrou-se na realização da I Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz como atividade do V Congresso Estadual do Cosems RJ, sendo essa a etapa preparatória para a participação de experiências do estado na Mostra Nacional Brasil Aqui tem SUS do Conasems.



As Rodas e a Mostra Estadual se configuram como espaços de intercâmbio de experiências entre os municípios, sendo o apoiador um dos atores que dinamiza esse processo em cada região de saúde, possibilitando troca de saberes, integração e replicação de práticas exitosas do SUS.

A equipe do Apoio participou da organização e operacionalização das Oficinas de Planejamento com foco nos Planos Municipais de Saúde em parceria com a SES RJ em 2017. As oficinas foram realizadas nas nove regiões de saúde fluminenses, sendo consideradas como pauta fundamental de ação do apoio regional. Para tanto, a Coordenação do Apoio participou do Grupo Condutor Estadual SES RJ e Cosems RJ e os apoiadores dos Grupos Condutores Regionais para as ações do planejamento em saúde nas regiões de saúde, tanto no âmbito municipal quanto no PRI – Planejamento Regional Integrado no ano de 2017 e 2018.



Referências

PINHEIRO, ROSENI [et al.] (organizadores). **Apoiadores regionais: uma experiência brasileira.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. 220 p. ISBN: 978-85-89737-79-1

AULER, ANA M. P. et al.] (organizadores). **Apoiadores regionais: uma experiência brasileira.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2014. ISBN: 978-85-89737-85-2 – Edição revisada 2014, p.16.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; THEBAS, Cláudio. **O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas.** [S.l: s.n.], 2019.

3 Consolidação da Estratégia - 2018

A partir de 2018, o Cosems RJ entende que as ações dos Apoiadores ultrapassam o escopo de um projeto e reconhece que as mesmas integram o conjunto de ações necessárias ao cumprimento de sua missão institucional de "Contribuir para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde e apoiar tecnicamente as Secretarias Municipais na condução das mesmas, promovendo de maneira proativa a articulação e a pactuação técnica e política em torno dos interesses municipais, com vistas à defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde". Assim, passam a ser reconhecidas como uma estratégia de atuação permanente.

Dando continuidade ao trabalho que vinha sendo realizado, a Estratégia do Apoio mantém sua participação nos trabalhos do Grupo Condutor Estadual e nos Grupos Condutores Regionais do Planejamento em Saúde junto com a Secretaria de Estado de Saúde (SES RJ) para a operacionalização do Planejamento Regional Integrado (PRI), organizando e participando de oficinas com representantes regionais para etapas de diagnóstico regional e levantamento dos macro-problemas nas regiões de saúde nos Seminários de Regionalização e de Governança Regional.



Fruto da participação do Cosems RJ no Projeto Rede Colaborativa, a equipe do apoio participa do 1º Curso de Aprimoramento das Práticas de Apoio para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, com 180 horas, em formato

híbrido com atividades presenciais em São Paulo em datas pré-definidas e as demais atividades cumpridas em plataforma virtual, tendo todos concluído o curso. Como atividade final, foi elaborado o plano de ação da estratégia do Apoio para o ano de 2019, apresentado na reunião de Diretoria visando fortalecer a atuação da entidade.

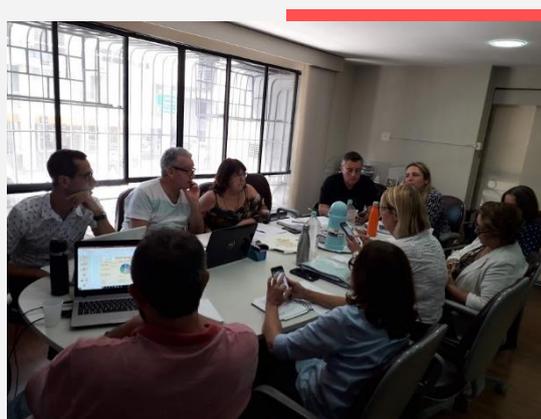


Outro trabalho realizado, ainda em 2018, e que contou com a participação dos Apoiadores foi a organização e operacionalização dos Seminários Regionais sobre a Portaria nº 3992 de 29 de dezembro de 2017 em conjunto com a Assessoria Jurídica do Cosems RJ. A portaria dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

O trabalho realizado pelos Apoiadores no Cosems RJ foi apresentado nesse ano de 2018 em dois eventos: XXXIV Congresso Nacional do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde realizado no Centro de Convenções em Belém ([acesse a íntegra do evento](#)) e no 12º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, realizado na FIOCRUZ no Rio de Janeiro.

No mesmo ano, a equipe do Apoio participou ativamente e acompanhou as atividades do Grupo de Trabalho do Cosems RJ para desenvolvimento da Pesquisa do Perfil dos Secretários do estado do Rio de Janeiro e Pesquisa de Análise dos Planos Municipais de Saúde, uma parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva/ Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde/ Instituto de Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CEPESC/LAPPIS/IMS/UERJ).

A pesquisa se consistiu em dois estudos desenvolvidos, entre os anos de 2018 e 2019, a respeito do perfil dos Secretários Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro, assim como uma análise com escopo avaliativo dos Planos Municipais de Saúde dos mesmos municípios. Foi desenvolvido um enfoque interdisciplinar e com uma estratégia metodológica voltada para a compreensão dos desafios e perspectivas para a Gestão em Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro.



A partir de 2019, passou a ser destinado um momento mensal exclusivo para as atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) da equipe do apoio. Trata-se da consolidação da diretriz da EPS como estratégia para fortalecimento de coletivos e processos de reflexão sobre o SUS no estado do Rio de Janeiro. Essa atividade é desenvolvida pela equipe da Coordenação do Apoio e equipe do CEPESC/IMS/UERJ com produção de material de subsídio para atuação dos apoiadores nas regiões de saúde.



Figura 1. Diagrama das máscaras do apoiador
Fonte: Bertussi (2010, p. 138).

QUE
MÁSCARAS
EU
UTILIZO ?





Em fevereiro de 2019, a equipe da Estratégia do Apoio compôs a Comissão Organizadora do V Congresso do Cosems RJ e da 1ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz. Além da participação na organização do evento, os apoiadores atuaram mobilizando os municípios - gestores e equipe técnica - para participarem ativamente do Congresso e apresentarem suas experiências na Mostra.

A palestra de abertura do evento teve como convidado o professor da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e ex-ministro da Saúde, Arthur Chioro, que fez uma análise da conjuntura política e econômica do país e seus impactos para a consolidação do SUS. Ao final do evento, foi aprovada a Carta do V Congresso que resumiu e registrou os dois dias de debates que visaram o aperfeiçoamento do SUS e a valorização da atuação dos municípios fluminenses na gestão da saúde.



Carta do Congresso

No encontro, o então Chefe de Gabinete da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Valcler Fernandes Rangel agradeceu o Cosems RJ pela parceria na realização da Mostra Estadual. “O SUS também é pesquisa, é política social, é política de desenvolvimento. Precisamos reafirmar nossas parcerias”.



É importante registrar que, em 2019, a parceria com o IMS/UERJ inicia uma nova etapa, junto ao grupo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Saúde, Sociedade, Estado e Mercado (SEM), sob a coordenação do Professor Paulo Henrique Rodrigues e ratifica a iniciativa como uma ação estratégica do apoio.

Neste mesmo ano, foi implantado um instrumento que permite o acompanhamento das atividades mensais de apoio. As informações são coletadas através da ferramenta *Google forms*. É gerado então um relatório

mensal, que além de cumprir a finalidade de registrar as atividades desenvolvidas, possibilita a reflexão sobre o ato de apoiar. O relatório está dividido em dois blocos que contemplam as seguintes questões:

- **BLOCO 1: participação dos municípios nas instâncias regionais de governança do SUS**

- 1 Mês de Referência
- 2 Apoiador
- 3 Região de saúde
- 4 Participação na Comissão Intergestores Regional (CIR)
- 5 Participação na Câmara Técnica da CIR
- 6 Participação em outros espaços prioritários
- 7 Quais dos municípios abaixo participaram da CIR
- 8 Quais dos municípios abaixo participaram da câmara técnica da CIR
- 9 Quais dos municípios abaixo você realizou atendimento individualizado
- 10 Quais Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) você utilizou nesse mês para desenvolver as atividades de apoio

- **BLOCO 2: atividades técnicas desenvolvidas junto aos municípios pelos apoiadores do COSEMS RJ**

- 1 Descreva as atividades realizadas no último mês, apontando as dificuldades e os avanços
- 2 Cite 03 principais temas trabalhados na região no último mês
- 3 No último mês ocorreram trocas de secretários municipais de saúde em algum município da sua região? Se sim, qual?
- 4 Se o apoiador realizou alguma ação de acolhimento ou suporte para os novos gestores, descreva esta(s) ação(ões) brevemente:
- 5 Nas opções abaixo, assinale as orientações feitas durante esse mês, relativas aos temas listados (Só considerar ações de orientação quando o apoiador esclarece uma nota ou portaria, orienta sobre prazos /tira dúvida diversas do gestor ou equipe técnica. NÃO considerar apenas divulgação e encaminhamento de documentos oficiais e informações passadas).
- 6 Caso tenha assinalado o item "outras ações" para outros temas, favor

especificá-los nesse campo, incluindo aqueles de adesão a programas ou emendas.

7 Assinale se o apoiador realizou ações para orientação aos gestores da elaboração e prazos dos Instrumentos de Planejamento de Gestão (PMS, PAS, RAG, RDQA) de acordo com o exemplo.

8 Em relação à questão anterior, especifique o(s) município (s) da região e/ou espaços regionais em que ocorreu a ação/ações de orientação e se possível, comente sobre a ação/ações:

9 Realize uma análise da sua região, considerando o último quadrimestre

No segundo semestre de 2019, em razão do anúncio do novo financiamento da Atenção Básica, o Cosems RJ liderou um debate no Estado do Rio de Janeiro acerca do tema, com instituições acadêmicas e a Secretaria de Estado de Saúde. Com isso, a agenda do Apoio foi fortemente marcada por essas discussões fortalecendo a pauta da Atenção Básica nas regiões.



SEMINÁRIO
Proposta do Ministério da Saúde de mudança na modalidade de transferência de recursos para a Atenção Primária à Saúde.

Programação 18 de outubro

10h **Abertura**

10h15 **Apresentações**

- I MINISTÉRIO DA SAÚDE
Otto Hatzfeldt - Secretário Nacional de Atenção Primária
- I SES/COSEMS RJ
André Schiavelli - Especialista em Gestão de Saúde da SES
- I CONASEMS
Hilham Mohamad Hamida - Diretor financeiro
- I ABRASCO
Lígia Giovanella - Presidente

12h30 **Debate** - Coordenador da Mesa - Manoel Santos

Avenida do 1º andar - Rua México 128 - Centro - Rio de Janeiro

Em razão desta mudança, o Cosems RJ organizou um seminário intitulado "Proposta do Ministério da Saúde de mudança na modalidade de transferência de recursos para a atenção primária à saúde". O evento, que contou mais de 300 participantes, envolveu pesquisadores, gestores e técnicos da saúde fluminense, além de estudantes do campo da saúde coletiva e membros dos conselhos de saúde municipais.

A nova proposta de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi apresentada pelo então Secretário Nacional de Atenção Primária, Erno Harzhein, como parte de um ciclo de debates realizados em diversos estados. A mesa de discussão foi composta, ainda, por Hisham Hamida, diretor financeiro do Conasems, André Schimidt, especialista em gestão de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, e Lígia Giovanella, da Fundação Oswaldo Cruz e ABRASCO.

Ainda em 2019, as coordenadoras da Estratégia de Apoio integraram e participaram ativamente do Grupo de Trabalho Cosems RJ, Conasems e LAPPIS / IMS / CEPESC / UERJ para construção da 2ª versão do Manual do Gestor, como membras da Secretaria Executiva do Projeto. A publicação foi lançada em 2019 durante o XXXV Congresso do Conasems realizado em Brasília.



Ainda em 2019, a equipe participou do “2º Curso de Aprimoramento das Práticas de Apoio para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS”, na mesma modalidade que o primeiro curso.

Em outubro de 2019, foi realizada a Roda de Práticas das regiões Norte e Noroeste, no município de Macaé e, em dezembro, a das regiões Serrana e Centro Sul no município de Petrópolis. A Roda de Práticas é um dispositivo disparador de sistematização de experiências nos territórios, que contribui para agregar e integrar as redes colaborativas de produção social da saúde, sendo um espaço de reflexão sobre iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS).



Em fevereiro de 2020, o Cosems RJ realizou Oficina de Planejamento que contou com a participação da Diretoria, Assessores e Apoiadores. Neste encontro, foram traçados os rumos da instituição que, no entanto, acabaram sendo atravessados pela crise sanitária imposta pela pandemia de COVID-19, trazendo desafios e novas necessidades de reorientação do trabalho.



A Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda em janeiro de 2020, declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) se configurava como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. E já em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.

As atividades do apoio passam a ser desenvolvidas de forma remota, inclusive as reuniões de equipe, sendo mantidas as atividades de Educação Permanente, em conjunto com a equipe do CEPESC/IMS/UERJ, os conteúdos da pandemia, momento regional, as vivências emocionais, o fortalecimento da capacidade de escuta, de articulação e integração nas regiões de saúde.



Ainda nesse cenário a SES, a pedido do Cosems RJ, criou um Grupo Interinstitucional (bipartite) visando a discussão das ações estratégicas de enfrentamento da Emergência em Saúde Pública pelo Coronavírus/Covid-19. Foram realizados diversos encontros virtuais com periodicidade semanal e construídas propostas de ação com prazos e responsáveis. Como representantes da entidade neste grupo, estavam as Coordenadoras da Estratégia e uma Apoiadora, além da Secretária Executiva e Assessores Técnicos. Porém, mesmo com a publicação de uma resolução estabelecendo este grupo, existiram muitos problemas com a realização das reuniões e com a manutenção do mesmo, devido às alternâncias na gestão da pasta.

A grande instabilidade política vivenciada no estado do Rio de Janeiro desde 2019, que culminou, em 2021, no *impeachment* do então Governador Wilson Witzel, teve impactos em diversas áreas, incluindo a pasta da saúde, que até o ano de 2022, passou pela gestão de cinco secretários.

Neste contexto, com as atividades acontecendo de forma remota, o Cosems RJ precisou assumir a organização da CIB para garantir a realização da mesma. Neste sentido, as reuniões foram operacionalizadas pelo Cosems RJ e conduzidas pela sua então presidente e pela assessora chefe de Regionalização da SES RJ.

O Cosems RJ firmou parceria com a Fiocruz, através do Observatório COVID e com a Associação Estadual de Municípios do Rio de Janeiro (AEMERJ) para realização de webinários temáticos referente às demandas da pandemia para qualificação da gestão municipal. A equipe do apoio participou ativamente tanto na divulgação e mobilização para participação dos eventos, quanto na organização dos encontros.

<https://www.youtube.com/watch?v=9GluyLYN7Z4&list=PL3V3YnTDfKO5XmESjiZEQwKNWdkBfyxly&index=2>

<https://www.youtube.com/watch?v=goR28f19uCY&list=PL3V3YnTDfKO5XmESjiZEQwKNWdkBfyxly&index=3>

https://www.youtube.com/watch?v=AdS_wPOYyy0&list=PL3V3YnTDfKO5XmESjiZEQwKNWdkBfyxly&index=4

Na pandemia foi necessário aprender novas formas de trabalhar, assim, a equipe teve que se adaptar e fortalecer o apoio aos municípios diante de tantas incertezas impostas pelo contexto sanitário. Os apoiadores disponibilizaram escuta e acolhimento para receber as questões endereçadas, além de oferta constante de orientações diversas acerca do grande volume de novas normativas e de estudos em desenvolvimento.¹

“ [...] Eram vidas, muito sofrimento e gestão para organizar. Isso tudo somado aos medos de cada um, dos familiares e dos amigos. Muitas emoções, momentos de tristeza e cansaço. Um período muito desafiador. Mas o grupo do apoio no Rio "é velho de guerra", já passou por muitas histórias e conhece o SUS como ninguém. E gosta muito do que faz. Isso foi um diferencial.



Marta Gama de Magalhães
Coordenadora



“

No início da Pandemia [...] me senti totalmente perdida com uma mistura de medo e solidão, uma verdadeira confusão de ideias. Informações chegando [...] Por alguns momentos a principal competência e habilidade que se colocava para o apoio era "ouvir" as angústias dos gestores, informar algumas normas técnicas do MS ajudando-os a organizar as ações e compartilhar com eles aquele momento de angústias e dores. Aprendi que eu tinha também a tarefa de cuidar deles, dar um acalento. Então passei a ligar com maior frequência para as áreas técnicas e gestores dava um bom dia, conversávamos sobre a situação no município e como estavam lidando com aquele momento, assim fomos seguindo. Outra habilidade importante foi de conhecer o território, seus problemas, desafios e limites e saber lidar com conflitos. Com o passar do tempo as situações foram se aclarando. Cabe destacar o papel da Rede Colaborativa como fortalecimento para o enfrentamento do COVID-19. Assim como, o apoio amplo, geral e irrestrito do COSEMS-RJ aos apoiadores e gestores dos municípios.”

Maria de Fatima Brito de Rezende
Atual apoiadora da Região Médio Paraíba e Ex Apoiadora da Região Metropolitana I

“

Quando iniciou a pandemia no país e mais propriamente no Estado do Rio de Janeiro, confesso que fiquei perdido como daria sequência nas discussões com minhas duas regiões de saúde, Norte e Noroeste. [...]. Fizemos a discussão por whatsapp inicialmente, porém com o COSEMS RJ se antecipando e adquirindo pacote na plataforma zoom, ficou mais fácil dar continuidade as discussões. [...] Para fortalecer as Redes de Atenção à Saúde considero fundamental a presença do apoiador, o que as vezes é dificultado de forma presencial, porém através das reuniões pela internet, está sendo mais fácil nossa presença e poder colaborar nas discussões regionais.”



D'Stefano Marcondes de Lima e Silva
Apoiador das Regiões Norte e Noroeste



“

O apoiador tem que ter a capacidade de compreender a situação dos municípios, lidar com os conflitos com as diversas áreas públicas e privadas, conhecer as limitações de cada situação e suas potencialidades para possibilitar uma análise reflexiva e crítica, e tentar que o gestor envolva todos os atores que compõem a mesma, na busca de ações/estratégias viáveis para a realidade local. Consideramos então, habilidades relevantes para o seu trabalho; Compreensão da situação estrutural, uso de conhecimento de Planejamento, repasse de informações seguras sobre o tema, acolhimento (escuta ativa), mediação de conflitos e resistências as mudanças, e resiliência.

”

Suely Gomes Osório
Apoiadora das Regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea

Como apontado anteriormente as atividades de EP tiveram continuidade. Em junho deste ano, na atividade mensal de educação permanente, tendo em vista o afastamento imposto e as dificuldades decorrentes da situação que estava sendo enfrentada, foi realizado um trabalho denominado nuvem de palavras. A proposta foi que os apoiadores expressassem e discutissem o que sentiam naquele momento. O resultado da atividade está expresso na figura a seguir.



¹ Trechos retirados de material produzido no mural do Padlet no âmbito do Curso II: Aprimoramento em Práticas de Apoio para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, ministrado pelo HAOC

Com o passar do tempo, o agravamento da situação, o afastamento social e as dificuldades existentes, houve necessidade de trabalhar com a equipe, através da EP, temas como a escuta. Assim foram realizadas, durante as reuniões mensais, "rodas virtuais" de conversa sobre o livro "O Palhaço e o Psicanalista" de Christian Dunker e Claudio Tebas. O livro trata das seguintes questões: como escutar os outros? Como escutar a si mesmo? E como a escuta pode transformar pessoas? A experiência foi considerada muito proveitosa pela equipe.

No período de 12 a 16 de outubro de 2020, ocorreu o 16º Congresso Mundial de Saúde Pública (WCPH), o evento foi virtual, e co-organizado pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA) e a Associação Europeia de Saúde Pública (EUPHA). Para publicizar as ações desenvolvidas na estratégia de apoio do Cosems RJ, apresentamos o trabalho intitulado "*Regional support in the health regions of Rio de Janeiro state: a strategy for strengthening SUS*", publicado na revista *European Journal Of Public Health*.



Acesso ao artigo

Regional support in the health regions of Rio de Janeiro state: a strategy for strengthening SUS

Author and co-authors : LM, CABRAL; AM, PERES; PH, RODRIGUES; M, CALDAS; M, MAGALHÃES; D, HILL; DS, SILVA; MF, REZENDE; SI, COSTA; e S, OSÓRIO.





Brazil



RIO DE JANEIRO

"Brazil is one of the few countries in the world with more than 200 million inhabitants that has a universal public health system".

...

"The project improves the participation of municipal managers and teams in regional spaces. It strengthens their capacity for intergovernmental decision-making and regionalization of the health system"

...

"The team carries out activities in the nine regions of the state, which has 92 municipalities and more than 16 million inhabitants, the third largest population in Brazil".

...

"The project qualifies municipal management for fundraising, knowledge building, policy implementing and monitoring, as well as participatory planning".

Realization:

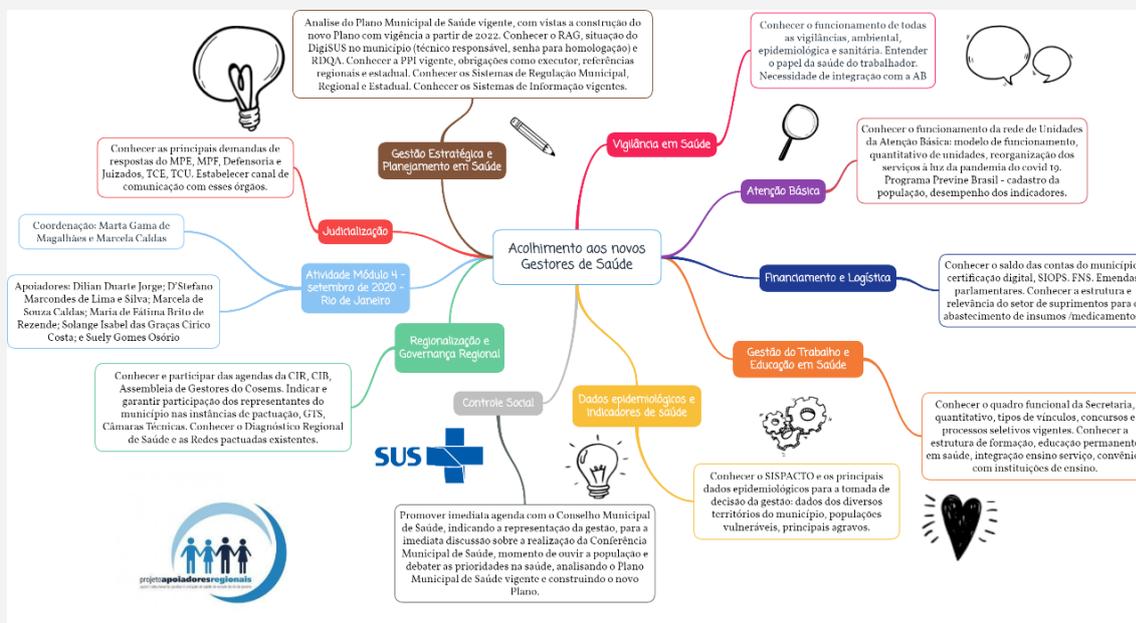





Grupo de Pesquisa do CNPq SSEM



Ainda em 2020, a equipe começou a se preparar para acolher os novos gestores municipais de saúde que assumiriam seus cargos em 2021. Assim, foi elaborado um mapa mental que pudesse ajudar a equipe a pensar o processo de trabalho.



Em 2020, toda equipe do apoio esteve bastante envolvida no trabalho de divulgação e mobilização dos municípios para participação no I Congresso Virtual e I "Brasil, aqui tem SUS – Enfrentamento à COVID-19" Os eventos foram realizados de forma remota no período de 10 de julho a 10 de novembro. No Estado do Rio de Janeiro foram selecionadas experiências dos municípios de Carmo, Mangaratiba, Niterói, Paraíba do Sul, Petrópolis, Piraí, Quissamã, Rio das Ostras, São Gonçalo, Trajano de Moraes, Três Rios e Valença. O trabalho "Cooperação entre gestão municipal e Academia trazem bons resultados frente ao Coronavírus" do Município de Quissamã, foi selecionado para publicação.



Acesso ao artigo

No ano de 2021, fruto das eleições da entidade, houve mudanças no Cosems RJ, com Rodrigo Oliveira, Secretário Municipal de Saúde de Niterói, assumindo a Presidência e Marcela Caldas, deixando de ser Assessora Técnica para assumir a Secretaria Executiva da entidade, permanecendo na Coordenação do Apoio e como facilitadora, função que foi inserida no âmbito da Rede Colaborativa. Além disso, teve início um novo triênio do PROADISUS que incluiu a Beneficência Portuguesa.

Com o objetivo de consolidar Estratégia de Apoio através do Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, a pauta da sua institucionalização ganhou relevância na reflexão dos Cosems, face à necessidade de construção de subsídios para as Diretorias, Coordenação, Facilitadores e Apoiadores na busca por garantir a sua sustentabilidade. No Cosems RJ essa pauta está incorporada no

trabalho cotidiano e no planejamento das ações da entidade, com os apoiadores participando de todas as agendas institucionais e sendo parte da equipe técnica do Cosems. Por entendê-lo como uma ação estratégica para fortalecimento da gestão municipal do SUS no estado do Rio de Janeiro, busca-se garantir um financiamento perene para o desenvolvimento das suas ações, sendo esse o grande desafio da atualidade.

Como parte das atividades do novo triênio do PROADI junto ao Projeto Rede Colaborativa, conduzida pelas instituições envolvidas HAOC - Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Beneficência Portuguesa, Conasems e MS, com adesão do Cosems RJ, a pauta da institucionalização vem sendo desenvolvida através de duas frentes de trabalho:

Coordenação e Facilitadores:

- atividade de formação através do Curso de Pós-graduação “Processos e Ferramentas Gerenciais para integração e sinergia de Projetos do SUS”;
- desenvolvimento de atividades de gestão de projetos, planejamento, monitoramento, avaliação e governança;
- desenvolvimento da capacidade de produção de conhecimento.

Apoiadores:

- estímulo à utilização da Educação Permanente como metodologia de mobilização de coletivos e fortalecimento da gestão municipal do SUS;
- potencialização da capacidade de apoiar os municípios na construção e uso dos instrumentos de gestão do SUS;
- ênfase para a capacidade de monitoramento e avaliação dos Planos Municipais de Saúde e processos de gestão.

Quanto à equipe de Apoiadores, algumas mudanças também ocorreram em 2021. Solange Cirico deixou de ser Apoiadora da Região Serrana e tornou-se Assessora Técnica, tendo Lucas Cabral assumido a região. Maria de Fatima Brito de Rezende deixou de apoiar a Metropolitana I e assumiu a região do Médio Paraíba. Taciane Lima ficou responsável pela região Metropolitana I.



Ainda em 2021, com dois anos de acúmulo da implementação da EP, foi publicado o artigo “Apoio como estratégia do COSEMS RJ para fortalecimento da gestão municipal do SUS no Estado do Rio de Janeiro” na revista *Research, Society and Development*. O texto apresenta as reflexões acerca das responsabilidades e funções do apoiador. O exercício de sistematizar as funções dos apoiadores, permitiu maior clareza para os mesmos em relação às suas funções. Além disso, favoreceu a visibilidade do trabalho junto aos gestores e equipes técnicas municipais.



Acesse o Artigo

Dando continuidade ao processo de educação permanente da equipe, em 2021 foram abordados os seguintes temas:

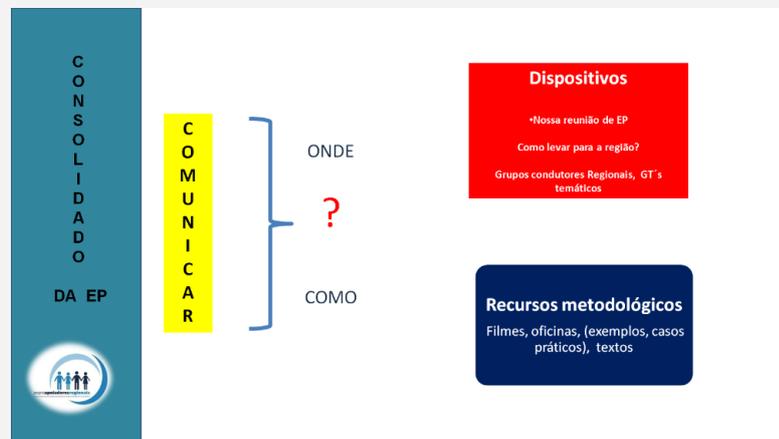
- Acolhimento aos novos Secretários Municipais de Saúde.
- Informação em Saúde – qualificação do registro das atividades do apoio.
- Análise de cenários das regiões de saúde
- Atenção Básica e Previner Brasil.
- Regionalização no cenário da covid 19
- Relações federativas e governança regional.
- Planejamento em Saúde – PMS, PAS e demais instrumentos de gestão
- Análise de Situação de Saúde
- Planejamento Regional Integrado e Macrorregião

Para o aprimoramento das atividades do apoio, a equipe reúne-se de forma ordinária para análise de pautas estratégicas do SUS no Estado, relato e discussão das singularidades regionais no “Momento Regional” e vivência de Educação Permanente (EP) para produção, reflexão coletiva e gestão de conhecimento. São momentos de análise das demandas das regiões de saúde, na perspectiva de serem apontadas como pautas estratégicas para a reunião de Diretoria ou transformadas em propostas de atuação do Cosems RJ. A problematização do processo de trabalho resultou na sistematização das funções e atuação dos apoiadores.

A agenda da EP está incorporada nas discussões do planejamento do apoio, definindo-se a partir de uma atividade com a equipe, o conjunto de temas objeto dessa atividade:



Destacou-se ainda a importância da comunicação na EP e para que isso aconteça foram selecionados os **dispositivos** e recursos metodológicos a serem utilizados como demonstra a figura a seguir:



Ainda em 2021, no mês de junho, o Cosems RJ realizou a live “Conversando sobre Planos Municipais de Saúde em parceria com a SES RJ e com a Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa (SEINSF) do Ministério da Saúde / RJ. Acompanharam o encontro representantes de Cosems de cinco estados, técnicos de oito áreas da SES RJ e gestores de 43 municípios de fora do estado do Rio de Janeiro.

“

Essa live foi extremamente importante para apoiar os municípios no momento em que vivem uma crise sanitária, mas precisam, de acordo com as normativas do SUS e da organização do sistema, pensar prospectivamente as ações de saúde para os próximos quatro anos de gestão



Nós estamos falando em reunir com as áreas técnicas, com os técnicos das secretarias e fazer uma discussão ampliada com a sociedade. O Conselho Municipal de Saúde precisa estar envolvido nesse processo e o indicativo é que se refere toda essa discussão do Plano na Conferência Municipal de Saúde, que esse ano terá que ser vivenciada de uma forma diferente, criativa, virtual, entre outras opções que garantam a proteção sanitária da população participante diante da pandemia.

”

Marta Magalhães, coordenadora do Projeto Apoiadores Regionais do Cosems RJ/Rede Colaborativa e uma das idealizadoras da live.



Acesse a cobertura no site do Cosems RJ



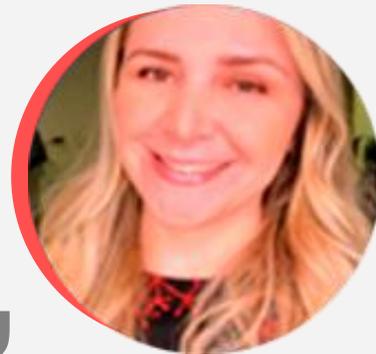
Ainda no mês de junho, o Cosems RJ realizou a “Oficina de fortalecimento das ações do Cosems RJ em âmbito regional”. Diretores, equipe técnica e

Apoiadores participaram da iniciativa que teve como objetivo dar início a um processo de discussão sobre o papel da entidade nas regiões de saúde fluminenses. Na segunda parte do encontro, os participantes foram organizados em grupos, cada um deles formado por representantes de três regiões de saúde. Nesses espaços, foram discutidos os desafios e avanços de cada região. Ao final, um representante de cada grupo apresentou aos participantes os pontos debatidos.

“

Esse encontro é um desejo de algum tempo, idealizado a partir do trabalho da equipe de apoiadores. Precisamos trabalhar em consonância para que possamos aperfeiçoar nossa atuação no dia a dia da gestão do SUS. A ideia central é proporcionar a troca de experiências e buscar um maior alinhamento das nossas ações

”



Marcela Caldas
Secretária Executiva do Cosems RJ.



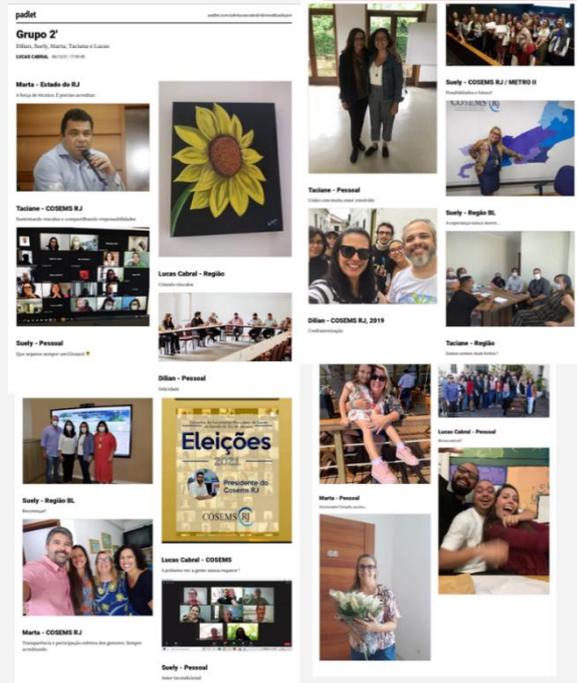
O ano de 2021, ainda na emergência sanitária da covid 19, foi capaz de mobilizar os gestores e equipes municipais para a construção dos seus Planos Municipais e Conferências Municipais de Saúde, com alguns dos apoiadores participando como palestrantes nessa atividade.



Em 2021, retomamos a agenda de construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) no Estado, participando do Projeto Regionalização do ProadiSUS em conjunto com a SES/RJ, SEINSF/MS, CONASS, Conasems e HAOC. A equipe do apoio e Coordenação integram o Grupo Condutor Estadual do PRI e os apoiadores integram os GTR - Grupos de Trabalho Regionais. Já foi executada a pactuação de cronograma na CIB, validação do 1º instrumento metodológico para utilização no processo e datas para as atividades de alinhamento conceitual. Os apoiadores coordenarão os GTR's, em conjunto com a Secretarias Executivas das CIR.

Como atividade final do ano de 2021, durante a reunião de equipe, mesmo de forma remota, foi realizada uma confraternização.

Durante a reunião, para a atividade de confraternização, o grupo foi dividido em dois e foi solicitado que elaborassem um mural de momentos de 2021 - pessoais, no COSEMS e na região onde cada um atua. Os murais foram apresentados a todos os presentes.



Considerações Finais

Ao longo dos seus 10 anos de atuação, a “Estratégia de Apoio” vem mostrando uma experiência exitosa na trajetória do COSEMS RJ. Através do trabalho dos apoiadores nas regiões, a instituição pôde se aproximar ainda mais dos gestores e técnicos municipais de saúde, potencializando a organização e estruturação das regiões de saúde fluminenses e, também, fortalecendo as relações interfederativas.

Desde 2017, a iniciativa integra a “Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS”, projeto desenvolvido por uma parceria entre o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP) e o Ministério da Saúde (MS) no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS).

Outro importante processo da Rede Colaborativa é o intercâmbio de conhecimento, saberes e vivências entre os apoiadores, coordenação e facilitadores de todo o país. A oportunidade de conhecer e trocar sobre as singularidades de cada região do Brasil tem contribuído para consolidar o que já é realizado e um convite para ampliar possibilidades de novas construções e arranjos para fortalecer a gestão municipal do SUS.

A parceria com a universidade através do IMS/UERJ foi definitiva no processo de sistematização / reflexão das atividades nesta primeira década (publicação de livros, artigos, documentários, participação em eventos). O registro e a divulgação da experiência têm sido mecanismos potentes que viabilizam a multiplicação da proposta e se configuram também como um instrumento vital para sua avaliação.

Não menos importante, tem sido a participação nos processos de Educação Permanente (EP) que vem fortalecendo o coletivo e a reflexão sobre o SUS no estado do Rio de Janeiro. O espaço da EP, para além do processo de formação contínua da equipe técnica, também é utilizado para um processo de

autoavaliação dos apoiadores e da coordenação, para o planejamento das atividades e definição de metas e estratégias anuais.

Mesmo falando sobre uma década de atuação, não podemos deixar de chamar a atenção para os últimos anos, especialmente, 2020 e 2021. Foi um período muito difícil e intenso para saúde pública no mundo e no nosso país. A pandemia de Covid-19 ruiu as estruturas de muitas famílias, ceifando milhares de vidas e trazendo muito sofrimento. Graças ao SUS, um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, a tragédia no Brasil não foi maior. No estado do Rio de Janeiro, além da pandemia, enfrentamos um forte período de instabilidade política que resultou no *impeachment* do então governador e uma intensa rotatividade de gestores na Secretaria de Estado de Saúde, que entre os anos de 2019 e 2022, foi liderada por cinco diferentes secretários.

Neste cenário, o Cosems RJ, através de sua diretoria e equipe técnica, aqui incluídos os apoiadores, foi a grande referência técnica e política para os municípios neste período de maior fragilidade. Reuniões, divulgações e orientações sobre portarias, resoluções, protocolos e notas técnicas aconteciam a qualquer hora, além da escuta de angústias, medos e apreensões. O afeto, a solidariedade e o diálogo fizeram a diferença na condução desse processo que envolveu sofrimento, morte, coragem e responsabilidade sanitária.

Finalizamos este *e-book* com a constatação que a estratégia do apoio, em seus primeiros 10 anos de existência, mudou significativamente a relação entre gestores municipais de saúde fluminenses e a instituição que os representa no cotidiano do SUS. Quanto à sustentabilidade financeira da iniciativa, podemos dizer que ainda se configura como entrave, mesmo com o aporte mensal de recursos próprios do Cosems RJ e com a parceria estabelecida através do projeto “Rede Colaborativa”. Porém, apesar das dificuldades, a manutenção, o avanço e a consolidação da “Estratégia do Apoio” são prioridades para o Cosems RJ.

Parabéns a todos os envolvidos nesta caminhada. Sigamos acreditando no trabalho vivo que faz o SUS existir e resistir! Que venham muitos outros anos!

Referências

Apoiadores regionais: uma experiência brasileira / Roseni Pinheiro [et al.] (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2013. 220 p. ISBN: 978-85-89737-79-1

Apoiadores regionais: uma experiência brasileira / Ana Maria Auler Matheus Peres... [et al.] (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2014. ISBN: 978-85-89737-85-2 – Edição revisada 2014, p.16.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; THEBAS, Cláudio. **O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas.** [S.l: s.n.], 2019.

Sobre os autores

Alice Medeiros Lima – Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Graduada em Enfermagem com especialização em Saúde Mental pela UFF. É professora na Universidade Estácio, Assessora Técnica no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ). Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/3874141277790312>

Ana Maria Auler Matheus Peres – Doutora e Mestre em Saúde Coletiva - Política, Planejamento e Gestão - pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Graduada em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professora titular dos cursos de Odontologia e Administração do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). Coordenadora da parceria CEPESC, IMS-UERJ e COSEMS RJ. Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/1150473495847503>

André Luis Bonifácio de Carvalho – Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UNB), Mestrado em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), possui Residência em Medicina Preventiva e Social, graduação em Fisioterapia pela UFPB. Docente-Pesquisador da UFPB/CCM/DPS e do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Doutor em Saúde Coletiva pela UNB, ex-gestor com experiência na esfera estadual (1996-2000) municipal (2000 -2002) e federal pelo Ministério da Saúde (2003-2016). Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/1517396644134266>

Débora Cristina Bertussi – Pós-doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Clínica Médica pela UFRJ. Mestre em Saúde Coletiva e Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atualmente é professora do curso de Medicina da Universidade São Caetano do Sul (USCS) e Universidade São Judas Tadeu (USJT). Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/3246671233490374>

Dilian Duarte Jorge Hill – Especialista em Micropolítica em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Santa Úrsula (USU). Atualmente é Assessora Técnica e Apoiadora Regional pelo COSEMS RJ, onde colabora com a gestão do SUS nas regiões Centro-Sul e Baía da Ilha Grande. Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/5967452487391460>

D'Stefano Marcondes de Lima e Silva – Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Enfermeiro na Prefeitura de Itaperuna (RJ). Coordenador do Núcleo de Controle, Avaliação e Auditoria sendo o administrador. É Apoiador Regional pelo COSEMS RJ, onde colabora com a gestão do SUS nas regiões Norte e Noroeste. Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/0259320071519183>

Lucas Manoel da Silva Cabral – Mestre em Saúde Coletiva - Política, Planejamento e Gestão - pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Graduado em Administração com ênfase em Gestão da Saúde pelo Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). É Apoiador Regional pelo COSEMS RJ, onde colabora com a gestão do SUS na Região Serrana.

Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/8282273527347394>

Marcela de Souza Caldas – Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Apoio a Saúde pela UNICAMP. Especialista em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Secretária Executiva e Facilitadora do Projeto Apoiadores Regionais do COSEMS RJ.

Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/8987683785396016>

Maria de Fátima Brito de Rezende – Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Especialista em Aprimoramento em práticas de Apoio para o Fortalecimento da Gestão Municipal pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e Processos Educacionais com Ênfase em Competências pelo Hospital Sirio Libanes (HSL). Graduação em Pedagogia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Volta Redonda (FFCL). Atualmente é apoiadora Regional pelo COSEMS RJ, onde colabora com a gestão do SUS na Região do Médio Paraíba, Facilitadora de Ensino pelo Hospital Sírio Libanês e apoia a gestão da Secretaria Municipal de Saúde a do município de Volta Redonda (RJ).

Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/6426689916929238>

Marta Gama de Magalhães – Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Especialista em Gestão Hospitalar pela ENSP. Graduada em Psicologia pela Universidade Santa Úrsula (USU). Analista de Gestão em Saúde, servidora federal da Fiocruz RJ, lotada no Programa IdeiaSUS da Presidência. Colaboradora do COSEMS RJ no Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS / Projeto Apoiadores Regionais do COSEMS RJ/CONASEMS/HAOC.

Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/0031029033701661>

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues – Doutor e mestre em Saúde Coletiva pela Coletiva - Política, Planejamento e Gestão - pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pós-graduação em Desenvolvimento Internacional e Cooperação na University of Ottawa. Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal Fluminense (UFF). É professor adjunto do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/4031753606677623>

Rodrigo Alves Torres Oliveira – Médico Sanitarista, graduado pela Faculdade de Medicina Souza Marques. Atualmente é Secretário Municipal de Saúde de Niterói e Presidente do Cosems RJ.

Suely Gomes Osório – Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Graduação em Administração pela Faculdade da Cidade (FC) e Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atualmente é apoiadora Regional pelo COSEMS RJ, onde colabora com a gestão do SUS nas Regiões de Saúde Metropolitana II e Baixada Litorânea.
Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/7450891702369102>

Taciane Pereira Maia Lima – Especialista em Psicologia da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Especialista em Educação e Gestão Empresarial pela Fundação Pedro Leopoldo (FPL). Graduada em Psicóloga pelo Centro Universitário Newton Paiva. Atualmente é apoiadora Regional pelo COSEMS RJ, onde colabora com a gestão do SUS na Região Metropolitana I.
Endereço para acessar o lattes: <http://lattes.cnpq.br/6250138449448130>



