



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Aline de Carvalho Amand Pilar

**Análise do Papel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Implantação  
do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica -  
PMAQ-AB**

Rio de Janeiro

2016

Aline de Carvalho Amand Pilar

**Análise do Papel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Implantação  
do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica -  
PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça

Rio de Janeiro

2016



Aline de Carvalho Amand Pilar

**Análise do Papel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Implantação  
do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica -  
PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Aprovada em: 19 de fevereiro de 2016

Banca Examinadora

---

Professora Doutora, Carla Lourenço Tavares de Andrade, ENSP/FIOCRUZ

---

Professora Doutora, Elizabeth Artmann, ENSP/FIOCRUZ

---

Professor Doutor, Aluísio Gomes da Silva Júnior, ISC/UFF

---

Professora Doutora, Luciana Dias de Lima, ENSP/FIOCRUZ

---

Professora Doutora, Roseni Pinheiro, IMS/UERJ

Rio de Janeiro

2016

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família por toda inspiração e apoio para seguir no meu progresso acadêmico e profissional, em especial ao meu marido por iluminar meus dias;

Aos meus amigos pelo apoio e motivação;

As minhas orientadoras, Prof<sup>a</sup>. Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade e Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça por tudo, por contribuírem com o meu aprendizado, por me motivarem e por me guiarem nessa caminhada;

Aos professores membros da banca de qualificação e membros da banca examinadora por contribuírem com valiosas sugestões nesta pesquisa;

Aos professores do curso do Mestrado em Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde por proporcionarem um curso maravilhoso, construtivo na formação de profissionais em saúde pública;

Aos colegas do mestrado por compartilharmos momentos tão agradáveis;

Aos participantes da pesquisa, agradeço por aceitarem prontamente o convite, pela notável contribuição com suas experiências e suas vivências;

A todos que contribuíram direta e indiretamente, meu sincero agradecimento.

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo central a análise do papel da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no município do Rio de Janeiro. Para tal foi realizado um estudo de caso, exploratório e qualitativo por meio de pesquisa documental e entrevistas com atores-chave da Secretaria Municipal. Foi possível a identificação do contexto em que se deu a implantação do programa no âmbito municipal; das ações para a implantação do PMAQ-AB no Rio de Janeiro; dos fatores que dificultaram e que favoreceram a implantação deste; e uma análise preliminar sobre o jogo social da SMS, em um contexto de transformação. A SMS necessitou realizar reformas administrativa, organizacional e assistencial para impulsionar a ESF, em processo tardio e concomitante à expansão da mesma, que coincidiu com a implantação no PMAQ-AB no município. Algumas ações identificadas para a implantação do PMAQ-AB foram a valorização da atenção primária, o apoio da SMS e a clara decisão política nesse processo. Fatores favoráveis à implantação do programa foram a sensibilização realizada pela SMS junto aos profissionais envolvidos com o programa através das Coordenadorias de Atenção Primária à Saúde (CAP) e o apoio institucional e matricial proporcionado às equipes de saúde. Já os fatores que dificultaram a implantação do programa foram o atraso na devolução do resultado das certificações pelo Ministério da Saúde e dificuldade de se trabalhar um programa avaliativo. A atuação da secretaria na implantação do programa, no jogo social e as consequências disso foram analisadas com base na Teoria do Jogo Social, utilizando o triângulo de ferro de Matus. No jogo social os atores agem conforme diferentes intenções, no qual o uso de mecanismos de planejamento e gestão foram limitados. Entretanto um posicionamento claro e determinado da secretaria no jogo influenciou a aceitação dos demais jogadores. O projeto de governo da Secretaria que incluiu a transformação da atenção primária está em processo, constituindo-se a governabilidade, em que algumas ações são aceitas e outras não, tencionando a capacidade de governo. A expansão da ESF no município foi priorizada e observa-se o processo de amadurecimento da atenção primária à saúde. Sugerem-se pesquisas mais profundas com relação aos mecanismos de planejamento e gestão em secretarias municipais e estaduais para confrontação dos resultados.

Palavras-chave: planejamento estratégico, gestão em saúde, avaliação em saúde, organizações; atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

This research aims to analyze the role of the Municipal Health Secretary in the implementation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care - PMAQ-AB in the Rio de Janeiro's city. This is a case study with approach qualitative and exploratory through documents research and interviews with key actors of the municipal health secretary. The actions were identified for the implementation of the program, non-favored factors and favored factors of the PMAQ-AB deployment in Rio de Janeiro and the preliminary analysis of the social game, in a context of transformation. The SMS needed to perform administrative, organizational and health model reforms to improve the ESF, concurrently with the expansion, there was the deployment in PMAQ-AB in the city. Some actions identified for the PMAQ-AB implementation were valuing primary health care, the support of the Municipal Secretary and the clear political will in this process. Factors favorable to the implementation of the program were the sensitization carried out by SMS to program's professionals, also through the Coordination of Primary Health Care (CAP) and institutional support and matrix provided to health teams. As for the factors that interfere with implementation of the program were the delay in returning the result of certification by the Ministry of Health and difficulty of working an evaluation program. The role of the health department to implement the program, the social game and the consequences were analyzed based on the Theory of Social Game, using Matus iron triangle. In the social game actors act as different intentions, the use of planning and management mechanisms were limited. However, a clear and determined position of secretary in the game influenced the acceptance of the other players. The Municipal Secretary Government project which included the transformation of primary care is in the process, becoming the governance, that some actions are accepted and others not, tensing the ability of government. The expansion of the ESF in the municipality was prioritized and observed the ripening process of primary health care. For further suggests research regarding the mechanisms of planning and management in municipal and states departments for comparison of results.

Keywords: Strategic Planning, Health Management, Health Evaluation, Organizations and Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Relação entre as estruturas do Jogo Social .....	27
Figura 2. Triângulo de Governo .....	30
Figura 3. Avaliação em saúde. ....	32
Figura 4. Abordagens da Avaliação .....	34
Figura 5. Relação da Intervenção e o Fenômeno.....	35
Figura 6. Valores, princípios da APS .....	37
Figura 7. Fases do PMAQ-AB .....	47
Figura 8. Representação da Matriz de Análise da SMS .....	63
Figura 9. Área de Planejamento da Saúde do Município do Rio de Janeiro 2013 .....	107
Figura 10. Dimensões, subdimensões e componentes da certificação das equipes do PMAQ-AB.....	119
Figura 11. Organograma da secretaria municipal de saúde – 2015.....	128

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Área de formação acadêmica dos entrevistados .....	65
Gráfico 2. Formação em Saúde Pública/Coletiva dos entrevistados .....	65
Gráfico 3. Cargo/função dos entrevistados do nível intermediário de gestão .....	66
Gráfico 4. Número de Estabelecimentos de Saúde Municipal, 2009 a 2014 .....	97
Gráfico 5. Pirâmide etária da população do município do Rio de Janeiro, 2014. ....	105
Gráfico 6. Taxa de Mortalidade por grupo de causas, por ano, no município do Rio de Janeiro. .....	109
Gráfico 7. Cobertura Vacinal no Município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2014 ...	112
Gráfico 8. Estabelecimentos de saúde por esfera de competência, no município do Rio de Janeiro em dezembro de 2014. ....	114
Gráfico 9. Leitos disponíveis no SUS, por tipos no município do Rio de Janeiro em 2014 ..	116
Gráfico 10. Pontuação do município na subdimensão Gestão Municipal, correspondência na Avaliação Externa e na Certificação. ....	120
Gráfico 11. Percentual das Equipes Classificadas conforme Área de Planejamento no 1º ciclo .....	122
Gráfico 12. Percentual das Equipes Classificadas conforme Área de Planejamento no 2º ciclo .....	123
Gráfico 13. Percentual das Equipes de Saúde Bucal Classificadas conforme Área de Planejamento, 2º ciclo. ....	124
Gráfico 14. Percentual das Equipes classificadas, segundo Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe, 2º ciclo .....	125
Gráfico 15. Percentual das Equipes Classificadas, segundo Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial, 1º ciclo .....	125
Gráfico 16. Percentual das Equipes Classificadas, segundo Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial, 2º ciclo .....	126
Gráfico 17. Relação de valores segundo o bloco de saúde e o valor líquido total por ano no município do Rio de Janeiro .....	132
Gráfico 18. PAB Variável da Atenção Básica - PMAQ-AB .....	133

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Âmbitos de Governo.....	29
Quadro 2: Relação entre profissionais, carga horária (CHA) e a equivalência com a ESF. ....	51
Quadro 3: Relação entre profissionais, carga horária (CHA) e número de habitantes na área.	51
Quadro 4. Matriz de Análise da SMS.....	62
Quadro 5. Reuniões da Comissão Intergestores Bipartite .....	83
Quadro 6. Reuniões da Comissão Intergestores Regionais Metropolitana I.....	84
Quadro 7. Reuniões do Conselho Municipal de Saúde .....	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cobertura populacional na Estratégia de Saúde da Família, anos 1998-2014, no Brasil.....	40
Tabela 2. Número de atas de reuniões encontradas nos sites oficiais no período de 2009 a 2014. ....	82
Tabela 3. Número de profissionais do SUS, vínculo Municipal, 2011 a 2014 .....	98
Tabela 4. Metas do Pacto pela Vida e Gestão atingidas em 2010.....	99
Tabela 5. Metas do Pacto pela Vida e Gestão e do Pacto-COAP e resultados 2011 e 2012....	99
Tabela 6. Diretrizes, metas e resultados de saúde no período de 2011 a 2014.....	101
Tabela 7. Taxa de mortalidade por grupo de causa, por sexo e ano, no município do Rio de Janeiro.....	110
Tabela 8. Número de internações por faixa etária e capítulo da CID-10, no município do Rio de Janeiro, 2009-2014. ....	110
Tabela 9. Procedimentos da Assistência Ambulatorial no período de 2009 a 2014. ....	113
Tabela 10. Estabelecimentos de saúde, segundo capitais da Região Sudeste, 2009. ....	115
Tabela 11. Indicadores relacionados às despesas e receitas no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2014. ....	117
Tabela 12. Número de Unidades de Saúde e Equipes, segundo área de planejamento nos ciclos do PMAQ-AB .....	121
Tabela 13. Frequência de equipes de saúde conforme desempenho no PMAQ-AB, no 1º e 2º ciclos.....	122

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade
- AP – Área de Planejamento em Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- BCG – Vacina contra a tuberculose (Bacillus Calmette-Guérin)
- BIRD – Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
- CAA – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
- CAP – Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde
- Cap. – Capítulo
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CER – Coordenação Regional de Emergência
- CF – Clínica da Família
- CGR – Colegiados de Gestão Regional
- CHA – Carga Horária
- CIB – Comissão Intergestora Bipartite
- CID – Código Internacional de Doenças
- CIES – Comissões de Integração Ensino-Serviço
- CIR – Comissão Intergestora Regional
- CIT – Comissão Intergestora Tripartite
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
- COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
- CRCQ – Certificados de Reconhecimento da Qualidade do Cuidado
- DAB – Departamento de Atenção Básica

DAPS – Divisão de Ações e Programas de Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DCC – Dengue com Complicações  
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis  
DICA – Divisão de Informação, Controle e Avaliação  
DNC – Doenças de Notificação Compulsória  
DNCI – Doença de Notificação Compulsória Imediata  
DTP – Vacina Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano e Coqueluche)  
DVS – Divisão de Vigilância em Saúde  
EC – Emenda Constitucional  
EAB – Equipes de Atenção Básica  
ELB – Estudos de Linha de Base  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EUROPEP - European Study on Patient Evaluation of General Practice Care  
Fem. – Feminino  
FHD – Febre Hemorrágica da Dengue  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GM – Gabinete Ministerial  
GT – Grupo de Trabalho  
IAM – Infarto agudo do miocárdio  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICSAB - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
INDG - Instituto de Desenvolvimento Gerencial  
Masc. – Masculino  
MIF – Mulheres em Idade Fértil  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NC – Nível Central  
NI – Nível Intermediário  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
ONG – Organização não governamental  
OSS – Organização Social de Saúde

OTICS - Observatório de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PADI – Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PLUS – Plano de Localização de Serviços de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PMC – Projeto Monte Carlos

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPA – Plano Plurianual

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

Qtd – Quantidade

QUALIFAR – Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica

RAG – Relatório Anual de Gestão

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SCD – Síndrome do Choque da Dengue

SF – Saúde da Família

SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SIH – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
SUBAS – Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde  
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
SUPBAV – Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TC – Termo de Compromisso  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TEIAS – Territórios Integrados de Atenção à Saúde  
TME – Taxa de Mortalidade Específica  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UnA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA .....	16
3	REVISÃO TEÓRICA .....	18
3.1	ASPECTOS TEÓRICOS: PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	18
3.1.1	Teoria do Jogo Social .....	24
3.1.2	Avaliação em Saúde .....	31
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) .....	36
4.1	<b>Atenção primária à saúde no Brasil.....</b>	<b>38</b>
4.2	<b>Avaliação da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>41</b>
4.3	<b>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica .....</b>	<b>45</b>
4	OBJETIVOS .....	57
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	58
6	RESULTADOS .....	64
6.1	<b>Primeira Etapa: Entrevista com os atores-chave .....</b>	<b>64</b>
6.2	<b>Primeira Etapa: Reuniões de Comissões Intergestores e do Conselho Municipal ..</b>	<b>82</b>
6.3	<b>Primeira Etapa: Documentos de Planejamento, Gestão e Avaliação da SMS.....</b>	<b>86</b>
6.4	<b>Segunda Etapa: Situação de Saúde no município do Rio de Janeiro .....</b>	<b>105</b>
6.5	<b>Segunda Etapa: Certificações das Equipes do PMAQ-AB.....</b>	<b>118</b>
7	DISCUSSÃO.....	127
7.1	<b>Secretaria Municipal de Saúde: mecanismos de planejamento, gestão e avaliação em saúde .....</b>	<b>127</b>
7.2	<b>Ações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Implantação do PMAQ-AB .....</b>	<b>134</b>
7.3	<b>O Jogo Social no Município do Rio de Janeiro e o PMAQ-AB .....</b>	<b>139</b>
	CONCLUSÃO.....	149
	REFERÊNCIAS .....	153
	APÊNDICE 1 .....	159
	APÊNDICE 2 .....	164

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa versa sobre o papel da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro. Delimitou-se como objetivo geral analisar o papel da SMS na implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro.

O interesse neste tema surgiu a partir da minha experiência como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família no município. No período já havia meu questionamento sobre a qualidade dos serviços ofertados. Com o aprofundamento teórico sobre políticas, planejamento e gestão em saúde no curso de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado em Saúde Pública, pude compreender melhor as relações de conflito nas organizações de saúde e refletir sobre planejamento e gestão em saúde para atender às necessidades da população.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada estratégia principal de reorganização da atenção primária à saúde (APS) no Brasil, sofreu uma grande expansão na década de 90 e nos anos 2000. Houve maior oferta de serviços à população e maior cobertura populacional. A expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família confirmou a importância desta enquanto estratégia reorganizadora da APS, o que trouxe a discussão sobre questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de articulação efetiva da APS com os demais níveis de organização do sistema (BRASIL, 2005).

Houve inúmeras iniciativas do governo federal para avaliação da implantação da ESF, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) é um dos programas recentes do governo, foi instituído há quase cinco anos para avaliar o desempenho das equipes de saúde da família, além de mensurar efeitos da política de saúde no Sistema Único de Saúde e oferecer fundamentos para tomada de decisão.

O aumento das atribuições dos municípios na saúde após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através do processo de descentralização político e administrativa conforme as leis orgânicas e as normas de operacionalização do SUS contribuiu para uma reflexão do desempenho municipal na gestão da saúde. Brasil sendo um país com uma forte diversidade econômica, social, cultural e com tantas disparidades regionais e locais, os municípios precisaram desenvolver estratégias de gestão para lidar com as dificuldades locais e de regiões próximas na saúde.

O planejamento e a gestão em saúde ganharam destaque com o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. Este exigiu uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde com maior aprofundamento das relações interfederativas e a

instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS. Os pressupostos do planejamento e gestão no SUS são, entre outros, maior responsabilidade, articulação, ser ascendente e integrado entre os entes federados, ter como base as necessidades de saúde da população.

O resgate ao planejamento e gestão no SUS, a importância da gestão local na elaboração de estratégias para configuração da rede de saúde e para atender às necessidades da população, as inúmeras tentativas de institucionalizar a avaliação em saúde, o desenvolvimento do PMAQ-AB, a preocupação com os serviços ofertados, a preocupação com os gastos em saúde suscitaram o seguinte problema de pesquisa: Qual contribuição da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na implantação do PMAQ-AB no Rio de Janeiro?

As questões a seguir também foram elaboradas para nortear a pesquisa:

- Qual o contexto político, administrativo para a implantação desse programa no município do Rio de Janeiro?
- Quais as ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde para a implantação do programa no município do Rio de Janeiro?
- Quais os fatores que facilitaram ou dificultaram essa implantação no município?
- Qual a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do programa e quais as consequências disso?

Os pressupostos deste estudo estão relacionados diretamente com a melhoria da gestão municipal, a utilização de métodos do planejamento estratégico e da avaliação em saúde no desenvolvimento e fortalecimento do planejamento e gestão no município, principalmente na atenção primária e, conseqüentemente, com a ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade na APS.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A rápida e tardia expansão da ESF no município do Rio de Janeiro suscitou uma preocupação quanto à qualidade da implantação dessa estratégia na APS. O PMAQ-AB é um programa nacional de importância por abordar a busca do acesso e da qualidade nos serviços de saúde da atenção primária à saúde. Este programa permite o monitoramento e a avaliação dos serviços de saúde com perspectiva de usuários, profissionais e gestores em saúde. Representa, ainda, a valorização e a institucionalização da avaliação em saúde para o planejamento e gestão. Ao buscar a compreensão de aspectos políticos, administrativos e

organizacionais para a implantação de um programa dessa importância em âmbito local, busca-se evidenciar fatores externos e internos para o desenvolvimento de programas e até políticas.

A complexidade da saúde é um desafio para implantar quaisquer programas de saúde, refletir sobre o planejamento e gestão em saúde a partir de um programa de saúde contribuirá para o aprimoramento desta.

Esta pesquisa se justifica por tratar de um tema central sobre a gestão municipal em saúde e ainda um programa nacional atual, o PMAQ-AB, com importância na saúde pública com ênfase na atenção primária à saúde. Ela poderá contribuir para analisar o contexto (político, administrativo, organizacional) no nível local para a implantação de um programa incentivado pelo governo federal por meio de subsídio financeiro associado ao desempenho das equipes de saúde, que aderirem ao programa.

Este estudo possibilitará um maior entendimento das especificidades da saúde local no município do Rio de Janeiro, contribuindo ao resgatar um pouco da história do desenvolvimento das políticas de saúde local e da implantação da Estratégia de Saúde da Família em um município de grande porte, com características sociais, econômicas, culturais diversas, considerada a segunda maior cidade do país em importância, com população estimada em mais de 6 milhões de pessoas.

O governo municipal do Rio de Janeiro a partir de 2009 adotou um modelo de gestão municipal com uma filosofia de Gestão de alto desempenho, enfatizando resultados, pragmatismo e disciplina, por meio de Plano Estratégico e de Acordo de resultados. Na saúde também houve mudanças, como maior ênfase na atenção primária, ordenadora da rede de atenção à saúde, deu-se a elaboração de contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS) (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Por fim, esta pesquisa permitirá um maior entendimento sobre as relações intergovernamentais para o desenvolvimento do PMAQ-AB no município, favorecerá também a discussão do planejamento e da gestão em saúde, da avaliação na atenção primária à saúde, possibilitando uma reflexão para os profissionais e para os gestores em saúde e, mesmo que não seja o objetivo, fornecerá uma ferramenta para análise da Secretaria Municipal de Saúde.

### 3 REVISÃO TEÓRICA

#### 3.1 ASPECTOS TEÓRICOS: PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde como política de Estado e ressaltou a necessidade de fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde como forma organizativa para garantir a equidade e a universalidade do acesso (BRASIL, 2007).

As Leis nº. 8080/90 e nº. 8142/90 definiram as competências das três esferas de governo na gestão dos sistemas de saúde (municipal, estadual e federal), favorecendo o município como ator principal na execução e gerenciamento dos serviços de saúde. Foram definidas atribuições comuns e específicas aos três entes federativos e instituídos órgãos de gestão colegiada (Tripartite e Bipartites), soluções criativas para a gestão integrada do sistema público de saúde.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Houve a criação das Comissões Intergestores para pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Esse retoma o tema do planejamento do SUS exigindo a curto e a médio prazos o desenvolvimento de um processo de planejamento de saúde mais integrado. Com isso, há a perspectiva de fortalecer a governança das Regiões de Saúde, entendendo o planejamento como indutor de políticas e no SUS deve-se ocorrer um processo ascendente e integrado.

A participação social foi incorporada como princípio do SUS na Constituição e para isso houve a criação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde nos municípios, estados e União. Outros mecanismos formais de controle social também foram sendo incorporados ao SUS, bem como, as ouvidorias, o disque-denúncia com objetivo de possibilitar uma maior relação dos usuários com os serviços de saúde e dar voz a estes.

Para a implementação do SUS, a descentralização da gestão e do modelo de atenção à saúde são apontadas como diretrizes a favor da construção da rede de serviços, possibilitando o surgimento de novas demandas e ampliando o acesso da população. A municipalização da saúde foi a principal forma adotada para o desenvolvimento da descentralização, pelos órgãos de gestão colegiada e pelos atores políticos do SUS (BRASIL, 2007).

Viana (1998) considerou que com a municipalização os prefeitos e políticos locais passaram a perceber a saúde como importante mecanismo de legitimidade e de votos. Isso poderia impulsionar inovações assim como também entraves segundo os interesses do poder executivo e dos atores políticos preponderantes (BRASIL, 2007).

Fleury et al (2014) argumentam que a descentralização contribuiu para a modernização da gestão local, uma vez que foi difundindo inovações em várias áreas de competência das secretarias municipais de saúde, tais como: gestão da informação e de pessoas, estabelecimentos de parcerias, celebração de convênios e apoio técnico, apesar de ter sido alinhada em uma estratégia contraditória e insuficiente em ambiente político e econômico desfavorável (FLEURY *et al.*, 2014).

No final dos anos 90 e nos anos 2000, a regionalização é reforçada com a Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS) e com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, há a valorização da gestão do SUS, com importantes espaços de negociação e pactuação (RIVERA URIBE; ARTMANN, 2012).

Os estados ampliaram sua capacidade de intervenção, estabelecendo-se como atores na condução da política estadual e da regionalização da saúde devido às sucessivas crises da assistência nos municípios de grande porte, à pressão da demanda por serviços de maior complexidade e às exigências efetuadas pelos municípios de pequeno e médio porte para garantir as referências especializadas para as necessidades da sua população. Com o esgotamento do modelo hegemônico de descentralização, surgiu o debate sobre a implementação do SUS e diferentes iniciativas em torno da regionalização da saúde são discutidas, favorecendo as secretarias estaduais de saúde no papel estratégico de coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde (BRASIL, 2007).

O movimento em fortalecimento do papel do estado e da regionalização como estratégia complementar à municipalização possibilitou novos atores, novos pactos e novos processos na agenda política, como por exemplos: a micro regionalização dos serviços de saúde, as bipartites regionais, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) com sistema de referência e contra referência, novos modelos de contratação de serviços privados, a regulação do acesso, os consórcios intermunicipais de saúde, as câmaras regionais de controle e auditoria do SUS (BRASIL, 2007).

O Planejamento em saúde no Brasil é constitutivo do arcabouço legal do SUS desde as leis orgânicas em saúde. Essas determinações legais ganharam força com a descentralização e municipalização da saúde, após promulgação das Normas Operacionais (NOB/93 e NOB/96) (ROCHA, 2011).

Para Rivera e Artmann (2012), planejamento é um processo vinculado ao contexto histórico-social com problemas e atores interagindo para enfrentamento destes, o planejamento não se separa da gestão. Ressaltam também a importância de pensar a gestão no nível micro e no nível macro para a formulação de políticas de saúde.

Para Rivera (1989) o planejamento na América Latina possuiu um desenvolvimento teórico melhor do que sua aplicação real. Ele evoluiu por referência ao pensamento da Cepal e conheceu dois momentos: um relacionado à ideia de desenvolvimento econômico e outro relacionado à noção de desenvolvimento integrado, surgindo espaço necessário para programação social e para a programação sanitária. Entretanto, o planejamento, na sua reduzida aplicação, não consegue superar determinadas tendências objetivas, como a transferência de capitais externos (os quais passam a hegemonizar e ditar as regras do jogo da alocação de recursos, reafirmando a predominância do mercado sobre o plano capitalista) e nem consegue realizar seu papel essencial o qual encontra como grande limitante a própria estrutura do poder.

O fracasso relativo do planejamento deve-se a razões de natureza mais estrutural, tanto ao progressivo enfraquecimento do setor público, retirando o planejamento do seu principal espaço de atuação ou seu substrato material quanto às fragilidades metodológicas do planejamento normativo (rigidez, economicismo, exclusão de conflito, falta de raciocínio estratégico) (RIVERA URIBE, 1989)

O surgimento de um novo paradigma no planejamento em saúde dá-se como resposta às críticas citadas, o enfoque estratégico do planejamento. Este aparece no momento de substituição dos regimes burocrático-autoritários. Os novos governos possuem aspirações e compromissos redemocratizantes nos países, abrindo espaços para a discussão e proposição de políticas sociais, a fim de minimizar a dívida social que estas sociedades acumularam (FEKETE, 2001).

O enfoque estratégico pressupõe a existência de sistemas sociais históricos, complexos, não bem definidos e incertos, estrutura-se no conflito e no ator social. Surgem na saúde três vertentes básicas desse enfoque: pensamento estratégico - Mário Testa, planejamento situacional - Carlos Matus e o enfoque estratégico - Escola de Medellín, ou o enfoque Saúde para todos nos anos 2000, representado por Barrechea, Trujillo e Chorny (1990) (FEKETE, 2001; RIVERA URIBE; ARTMANN, 2012). É importante ressaltar que são diferentes vertentes com o objetivo de responder às preocupações no enfoque estratégico.

Fekete (2001) sugere que da articulação desses planos possa elaborar uma teoria unificadora, facilitando uma abordagem consistente, minimizando desvios.

Planejamento é uma prática social, pois participam sujeitos (individuais ou coletivos), é técnica, é política econômica e ideológica, é um processo de transformação de uma realidade em outra. Tem um objetivo, recorre a instrumentos e a atividades para alcançá-lo, há determinadas relações sociais em uma determinada organização. Esta prática pode ser estruturada em forma de políticas, planos, programas e projetos ou pode ser um cálculo ou pensamento estratégico. O planejamento pode favorecer a democratização da gestão e reduzir o distanciamento dos trabalhadores em saúde nos processos de produção ao explicitar objetivos e finalidades (PAIM, 2009).

Há, portanto, uma evolução do planejamento em saúde com superação do paradigma normativo a favor do enfoque estratégico e, ainda, uma aproximação com a teoria pragmática da linguagem, com a teoria dos atos da fala e uma aproximação também com a visão habermasiana, discurso argumentativo (RIVERA URIBE; ARTMANN, 2012).

Para Levcovitz et al. (2003), a gestão refere-se à criação e à utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política. A gestão em saúde inclui gestão dos serviços e sistemas de saúde, gestão da qualidade, gestão estratégica, gestão de recursos humanos, gestão orçamentária e financeira. O planejamento é o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de um determinado objetivo. São estudos das estratégias de enfrentamento de problemas e dos mecanismos de implementação de políticas, estudos teóricos e metodológicos para construção de planos, programas e projetos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE, 2003).

A gestão na saúde é a inteligência constitutiva do sistema de saúde exercida conforme a definição de critérios de alocação de recursos, das funções dos órgãos públicos e privados, de cooperação técnica aos órgãos descentralizados, da redistribuição dos gastos correntes e de investimentos e do estabelecimento de mecanismos de contratos de gestão. Ela absorve todas as atividades do planejamento em saúde e incorpora as articulações políticas e as ações de implementação de planos (ROCHA, 2011).

As funções gestoras no SUS são um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão a fim de implementar políticas na área da saúde. Há quatro macro funções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Rocha (2011) afirma que a descentralização, a municipalização, a exigência de construção de planos de saúde e de relatórios de gestão para receber recursos do Fundo Nacional de Saúde contribuíram para o desenvolvimento das práticas de planejamento em

saúde. No SUS, os instrumentos do Sistema de Planejamento são o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão.

O plano de saúde contém a análise situacional, as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde e a gestão em saúde. Esta última contempla o planejamento, a descentralização/regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infraestrutura e a informação em saúde (ROCHA, 2011).

A programação anual de saúde é a ferramenta que operacionaliza as ações propostas no Plano. Nessa programação são descritas as ações que irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas no plano, estabelecimento de metas anuais e a definição dos recursos orçamentários ao cumprimento da programação (ROCHA, 2011).

Já o relatório anual de gestão apresenta os resultados alcançados com a execução da programação anual de saúde, descreve o cumprimento das ações e metas contidas na programação anual, analisa a execução da programação (física, orçamentária/financeira) e traça recomendações (ROCHA, 2011).

A gestão da saúde mostrou ser necessária a pactuação entre entes federados, a prática do planejamento demonstrará a necessidade de aprofundar a organização do sistema e a racionalização das práticas na saúde. É preciso maior capacitação profissional na área do planejamento e observar os resultados no desenvolvimento do SUS e na elevação do nível de saúde da população (ROCHA, 2011).

Na gestão há uma diversidade de modelos e escolas administrativas com diferentes abordagens. Assim como no planejamento, há diferentes métodos e técnicas. Entretanto, a adequação de um ou mais modelos às características próprias de cada organização, a compreensão da subjetividade humana na organização, a dimensão político-ideológica, o método e a técnica utilizados influenciarão todas as ações no sistema de saúde.

A avaliação sofreu evolução nos diferentes conceitos e o avaliador desempenhou diferentes funções, mas tanto os conceitos quanto as funções da avaliação não foram únicas, houve uma inter-relação, ora com predominância de um ora do outro. A avaliação ainda sofre influência dos contextos político, econômico, sociais, tecnológico e científico ao longo dos anos. Dependendo das raízes teóricas e da abordagem a avaliação terá funções e contribuições diferenciadas.

A avaliação pode ser entendida como um processo participativo como subsídio para a tomada de decisão, entende-se a importância da contribuição da avaliação em permitir a um conjunto de atores debater com base em uma informação válida, explícita, ou seja, em

permitir o desenvolvimento da cultura democrática. Dessa forma, aproximando-se dos preceitos do planejamento estratégico ao também possibilitar a construção em conjunto de diferentes atores, superação dos conflitos através do diálogo.

Para que o julgamento avaliativo seja crítico e a avaliação seja parte da transformação é necessário fornecer a formação e aprendizagem para os atores envolvidos, possibilitar debates em torno dos resultados da avaliação, multiplicar esclarecimentos que a avaliação permite, trabalhando com o rigor de uma avaliação e refletir sobre a natureza do que é uma avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2011).

A avaliação é essencial para entender o desenvolvimento da democracia dentro de qualquer intervenção e a maneira pela qual um contexto singular produz a formulação dos conhecimentos coelaborados (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011).

Uma concepção ética do conhecimento como solidariedade humana na qual os saberes se tornam pleno direito dos integrantes de uma sociedade em que esse saber foi gerado. (...) A avaliação (...) serve para demonstrar as particularidades inerentes a um processo único de avaliação participante, por considerar seu contexto sociopolítico e sócio histórico peculiar, com atores humanos que fazem parte de uma referida sociedade (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011, p.36).

Para a implantação do SUS, os municípios desempenham funções diversas relacionadas à gestão dos sistemas de serviços de saúde em articulação com outros entes federados, à execução da política de saúde e dos serviços de saúde de forma geral.

Assim, frente ao avanço da Estratégia de Saúde da Família na APS, como principal estratégia de reorganização do sistema de saúde no país, os municípios desempenharam função essencial a fim de implantar e fortalecer a ESF em nível local.

A preocupação com os recursos financeiros destinados à saúde, à crescente demanda da população frente à transição epidemiológica, os avanços tecnológicos em saúde, além das ações ministeriais, incentivaram a institucionalização da avaliação como meio de auxiliar na tomada de decisão, favorecerem o incremento da avaliação em saúde na gestão municipal.

O PMAQ-AB contribui para a gestão pública, inclusive municipal, ao incorporar mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade e do acesso aos serviços de saúde e da própria gestão, estimulando a reflexão, o planejamento das ações e o envolvimento de diferentes interessados e atores sociais.

### 3.1.1 Teoria do Jogo Social

Matus (2005) afirma que a prática social transpassa a formação profissional, exigindo que se explique a realidade, que se identifique e avalie problemas e causas críticas, que se calcule o futuro (incerto), que se faça e avalie propostas sobre produtos e resultados de das ações, que se resolva conflitos do conhecimento, que se faça análises estratégicas para construir viabilidade, que se estude os outros atores no jogo social, que se faça o monitoramento da evolução e das mudanças na realidade e que se projete ou modernize organizações, é uma prática horizontal. Enfim, o problema social tem um conteúdo transdepartamental, os problemas são comuns (a quaisquer departamentos ou áreas científicas), repetitivos e complexos. Tal prática requer uma teoria da prática social. Para isso, ele apresenta a Teoria do Jogo Social, ou seja, uma teoria social para fundamentar os métodos, as ciências e as técnicas de governo. A teoria do jogo social é uma ciência da ação, os métodos e técnicas de governo desenvolvidos pelo método Planejamento Estratégico Situacional (PES) são disciplinas.

O PES surgiu para superar o planejamento tradicional, constitui-se em planejamento para a ação, em um método de governo. Baseia-se na análise situacional e no planejamento situacional. Estar situado significa estar comprometido, pertencer à realidade a qual se explica; entretanto há diferentes verdades (vista por diferentes atores). Precisa-se diferenciar as explicações conforme seus atores (MATUS, 2005). *“Uma situação é uma distinção que um ator faz em relação a sua ação no jogo social”* (MATUS, p. 191, 2005). Para explicar a situação inicia-se com a seleção dos problemas, há uma distinção e depois indicação dos problemas. Posteriormente, indicam-se nós causais, atores relevantes, sequências ou articulações entre os nós, iniciativas, respostas, etc. O planejamento simplifica a realidade por seleção daquilo que é importante para atores sociais, mas considera a criatividade e subjetividade do ator, a multiplicidade de recursos escassos e racionalidades, diferentes visões de mundo, inserção social diferentes oriundas da produção social distinta. Com isso, pretende lidar com sistemas e problemas quase-estruturados e os métodos tentam ajustar-se com a realidade.

Na obra Teoria do Jogo Social, Matus (2005) traz conceitos importantes, como:

- Problema conflituoso e quase-estruturado – são problemas que surgem do jogo, da competição, de desigualdade, da ausência de transparência das relações, há conflitos

cognitivos, emocionais e de interesses, na jogada há a transferência, surgimento ou inexistência de problemas, ora beneficiando um ora outro;

- Variáveis imprecisas e incertas – são variáveis próprias da prática social, estas podem ter várias causas e produzir vários efeitos.
- Ator – participante do jogo social, motivado por interesses individuais e coletivos, é imprevisível, é capaz de ser protagonista no jogo social;
- Organização – que coordena a ação coletiva dos atores, jogo social – há a interação das relações interpessoais (cooperação ou conflito) dos atores, estas relações são desiguais, vão além das hierarquias organizacionais, os jogadores são independentes e estão direcionados a enfrentar os problemas deles;

Matus (2005) afirma que jogo social é uma arena de conflitos, competição e cooperação entre os jogadores ou atores participantes, é onde ocorre a prática política e se governa. Para tanto, deve-se assumir o papel de ator social, colocar-se dentro do cenário e entender o problema, refletir a situação, deve-se aceitar a horizontalidade do processo social, também apropriar-se da subjetividade do processo social.

No jogo social, os jogadores calculam, apostam sobre um futuro incerto, que não conhecem, buscam a aproximação dos resultados, há a criação de opções e com isso mais incertezas. Entretanto, há formas de lidar com a incerteza, como a obtenção de mais informações, a diversificação das apostas no jogo, elaboração de planos de proteção, elaboração de planos de contingência, correção constante de recursos de cálculo e redundância dos recursos de cálculo (MATUS, 2005).

O jogo social é aberto e criativo, o que predomina é a incerteza e as surpresas, há as leis não determinísticas e determinísticas, fazendo com que se possa explorar o futuro de formas diferentes; entretanto a realidade é complexa e nebulosa não se devendo incorrer no erro de aplicar as leis determinísticas a todos os problemas. A capacidade de previsão é quase-estruturada, portanto imprecisa e sujeita a erros (MATUS, 2005).

Matus (2005) traz a discussão de diagnóstico e situação. O diagnóstico é impessoal, é validado pelo rigor e pela explicação, com méritos da proposta, é feito por alguém de fora do jogo social. A análise situacional tem valor em virtude do ator, dono da situação, é um diálogo entre um ator e outros atores. O jogo social tem história, memória, marcas presentes do passado, o jogo social é presente, os fatos e as ações ocorrem no presente. Conhecer a realidade é conhecer ideias, crenças, pensamentos dos outros atores também.

Valores, ideologias, crenças, instituições, organizações, sistemas, linguagens, artefatos, partidos, poder, bens e serviços, motivações, problemas, desejos são componentes

da realidade resultante da produção social. Seja a combinação de trabalho e materiais, ou a criação intelectual são parte da produção social. Todas essas produções juntam-se à natureza (intocável) para construção da realidade. A Natureza também produz, produz nevascas, chuva, terremoto, fenômenos naturais, fatos naturais. Em contato com a fenoeestrutura natural (acúmulos ou desacúmulos naturais) o homem torna-se produtor da realidade social. O homem cria. Essa criação é fluxo de produção e pode se tornar acumulações, tornando-se parte da fenoeestrutura social, cumpre funções atribuídas pelo homem. Nesse processo de produção social há quatro tipos de resultados:

- 1) Produtos-fluxos, que são fatos e objetos de uso como bens, serviços, conceitos, imagens, etc.;
- 2) Produtos-acumulações, que são acervos de capital com capacidade de produzir fluxos. Exemplos: instituições, organizações, sistemas, equipamentos, valores, etc.
- 3) Atores e pessoas, que são o homem como pessoa, ator social, dotado de atributos cognitivos, emocionais e valores;
- 4) Regras que são as normas, a convivência e a constituição social (MATUS, 2005).

O processo de produção social é caracterizado pela transformação dos recursos em objetos de uso e do indivíduo em pessoa, como fenoeestrutura social. Esse processo é uma rede de práticas humanas por meio da qual o ser humano transforma-se em pessoa, ator, sendo ao mesmo tempo produto e produtor. Como produto social, o homem desenvolve seu mundo interior e converte-se em ator que lidera outras pessoas e desenvolve capacidades intelectuais, emocionais e de valoração e capacidades voltadas para o mundo exterior. Como produtor, é criador de produtos intelectuais (linguagem, conceitos, instituições, etc.) e transformador da natureza em capital social. A partir dessas capacidades (produto e produtor) são realizados fluxos de produção social que dinamizam o jogo social (MATUS, 2005).

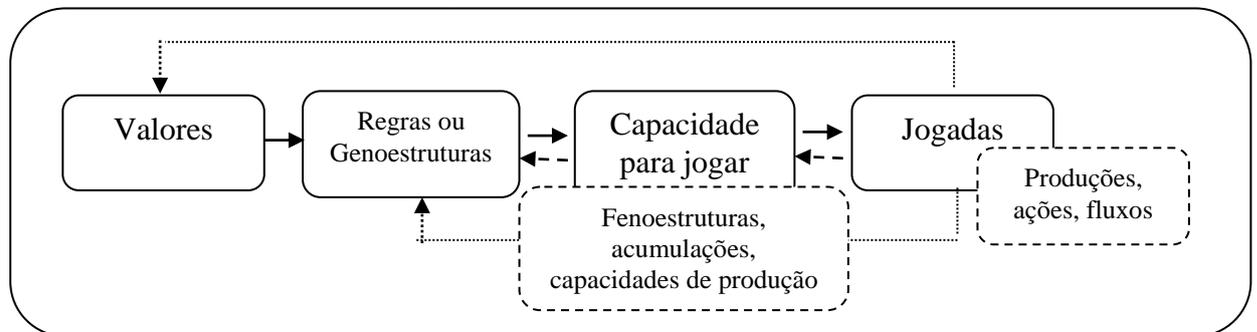
Para Matus (2005), fenoeestruturação é a transformação de fluxos de produção social em capacidades de produção social. Essas capacidades de acumulações ou desacumulações (fenoeestruturas) com diferentes fluxos, podem produzir novos fluxos. O autor identifica três tipos de fenoeestruturação: a) fenoeestruturação pessoal – fluxos da prática social constroem o mundo interior do homem com capacidades intelectuais, emocionais, axiológica diferentes, a partir das desigualdades de oportunidades. Gera as diferenças sociais a partir das desigualdades de oportunidades; b) fenoeestruturação convencional – fluxos da prática social geram patrimônio de objetos que por acordo social constituem uma realidade social (teorias, ideologias, etc.); c) fenoeestruturação material – fluxos da prática social transformam parte da natureza em capital social. No jogo social, algumas funções dos objetos são naturais, ou seja,

não há intervenção do homem, outras funções são atribuídas ou produzidas/criadas pelo homem, a linguagem por exemplo é uma função que simboliza, representa ou indica estado. Fatos sociais com intencionalidade coletiva geram fatos institucionais e fatos organizacionais são obtidos a partir da organização de fatos institucionais.

O jogo social agrega conceitos de coletividade, seres humanos em cooperação, em concorrência, conflito, empatia ou antipatia. Sem intencionalidade coletiva não há interação humana. O jogo social tem regras e essas são produto social. Há regras macro constitutivas que definem o jogo, assegurando o mínimo de liberdade e o mínimo de igualdade; regras constitutivas que criam instituições e organizações e regras reguladoras que controlam as duas anteriores. As regras do jogo são desiguais, regras fundamentais são as genoestruturas que determinam o espaço de variedade possível das acumulações e jogadas. Entretanto, há valores básicos que são a base das regras, referência do juízo humano entre certo e errado (MATUS, 2005).

Na Figura 1 estão representadas as relações entre as estruturas do Jogo social, como um elemento influencia o outro e pode ser modificado.

Figura 1. Relação entre as estruturas do Jogo Social



Fonte: Adaptado de MATUS (2005, p. 296)

No jogo social cada jogador controla diferentes recursos e cada jogada tem uma função de produção que exige parte de recursos. Assim, cada jogador pode alterar o jogo e gerar problemas, que para uns serão problemas realmente, para outros serão benefícios e para outros ainda são oportunidades. Como dito anteriormente a realidade é complexa, não há um único jogo, há vários jogos paralelos, entrelaçados, formando um sistema social. Os jogadores desenvolvem uma constante luta de poder, pela supremacia de um jogo sobre o outro e pelo domínio de cada jogo, cada jogador posiciona-se conforme o propósito no jogo. São diferentes poderes, diferentes lógicas que regem os jogos. Há uma dinâmica de entrada e saída a cada jogo parcial, cada jogada é uma aposta, os recursos principais (poder político, recursos

econômicos, recursos cognitivos e recursos organizacionais) são escassos, múltiplos e heterogêneos. Cada momento do jogo é uma situação, sendo diferente para cada jogador, os objetivos surgem a partir dos problemas do jogo, são específicos para cada ator, podendo convergir ou divergir. O jogo é difuso e nebuloso, há intercâmbio entre as relações dos recursos, produtos, resultados, problemas e valores (MATUS, 2005).

*“Governar é interferir no desenvolvimento do jogo com a intenção calculada de alcançar um propósito”* (MATUS, 2005, p. 447). Todos os atores no jogo possuem forças, estão em competição para conduzir e dominar. Há um sistema de governos, uma vez que cada ator tem sua esfera de governo, ao mesmo tempo são opositores ou colaboradores de outros governos. A dinâmica de evolução de um jogo é uma sucessão de situações diferentes por causa dos resultados, pelas capacidades e pelas características dos jogadores e pelas condições de jogo de cada um; cada situação nova altera a anterior, essa mudança ocorre de múltiplas formas (MATUS, 2005).

O governo é produto da intencionalidade coletiva, representando esse grupo, é a condução dentro do jogo para enfrentar os problemas gerados pelo jogo conforme o valor dos mesmo para o ator que tem governabilidade (ou capacidade de enfrentamento) sobre tais problemas. Projeto de governo é a oferta de intercâmbio de problemas (MATUS, 2005).

Para jogar é preciso planejar situações e conduzir o processo conforme o planejamento, ocorrem mudanças dentro de um espaço definido pelas regras do jogo, o governo de uma coalizão de atores pode agir sobre as regras, as acumulações ou os fluxos. O governo principal é exercido desde o poder político, porém impõe e representa interesses de alguns jogos com maior ou menor força, além de afetar os outros poderes – econômico, comunitário, pessoal, comunicacional, institucional, moral, científico, natural - de modo desigual (MATUS, 2005).

O governo no jogo social é caracterizado pelo padrão de direcionalidade (proporção de satisfação das necessidades, valores, gratificações estéticas e afetivas; o padrão de direcionalidade define o jogo dominante); padrão de jogo (proporção de regras, acumulações e fluxos; ou regulação, arbitragem e gestão) e padrão de governo (manejo dos jogos terminais com estruturação dos três cintos de governo) (MATUS, 2005). A seguir está o Quadro 1 com os âmbitos de governo, segundo Matus (2005, p. 457)

Quadro 1. Âmbitos de Governo.

NÍVEL	ÂMBITO	MEIOS	OBJETIVOS
I. Macrorregulação	1. Padrão de Direcionalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo do intercambio de problemas entre os jogos terminais (resultados) e os jogos de capitais (base: valores, ciência e natureza)</li> <li>- Traçado das regras básicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coerência entre a situação-objetivo e a imagem-objetivo (longo prazo)</li> <li>- Equilíbrio entre as necessidades, valores e sentimentos (padrão de satisfações – preferencias da coletividade social)</li> <li>- Equilíbrio entre liberdade, igualdade e competitividade</li> <li>- Padrão de produção (esforço para atender às necessidades coletivas) e intercâmbio</li> <li>- Padrão de centralização-descentralização</li> </ul>
	2. Padrão de Jogo	- Projeto da combinação entre regulação (regras), arbitragem (acumulações) e gestão (fluxos)	- Garantir o jogo democrático x o jogo plutocrático
	3. Padrão de governo	- Manejo dos três cintos do governo (nos jogos terminais), ou o balanço global do governo	- Equilíbrio entre objetivos políticos, econômicos e da vida cotidiana
II. Gestão	4. Gestão por problemas (PES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Triângulo de governo</li> <li>- Processamento de problemas</li> <li>- Projeto das jogadas</li> <li>- Análise estratégica</li> </ul>	- Objetivos específicos
III. Organização	5. Projeto Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão macroinstitucional</li> <li>- Projeto macroorganizacional</li> <li>- Projeto organizacional</li> <li>- Macropráticas e micropráticas de trabalho</li> <li>- Rede de conversações</li> </ul>	- Eficiência e eficácia organizacional

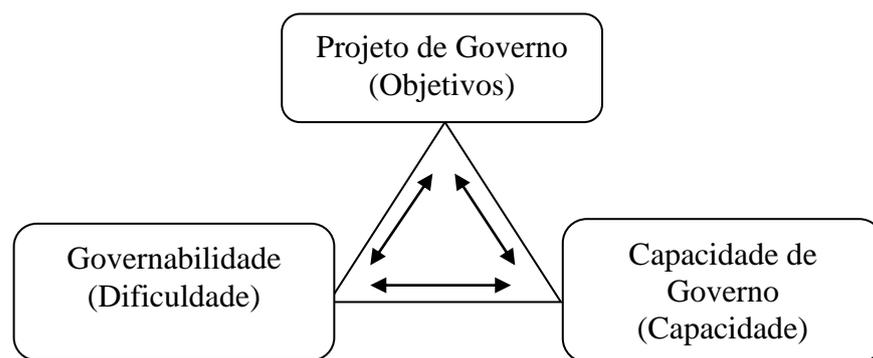
FONTE: Adaptado de Matus (2005, p. 457)

A macrorregulação estabelece as regras básicas que determinam o espaço de variedade dentro do jogo. Esta apresenta três âmbitos principais: padrão de direcionalidade, padrão de jogo e padrão de governo. As ações e jogadas são propostas pela gestão para enfrentar problemas do jogo e organização estabelece organizações capazes de materializar a gestão (MATUS, 2005).

O balanço global do governo resume três balanços parciais: *balanço político de gestão* (ação e resultados nos problemas macropolíticos, limite da escassez política), *macroeconômico* (consequências econômicas e políticas, limite da escassez de recursos econômicos) e de *intercâmbios de problemas específicos* (problemas da vida cotidiana, limite da escassez organizacional). Estes três balanços são inter-relacionados, mas cada um tem suas particularidades e autonomia, o ideal para o governo é manejar os três de forma compensatória e não um mais que o outro. Deve-se saber escolher os problemas para construir um balanço positivo (MATUS, 2005).

“A qualidade da organização do aparelho de governo é um aspecto da capacidade institucional de governo e também contribui para a governabilidade (...), o contexto situacional sintetiza os principais fatores determinantes da governabilidade” (MATUS, 2005, p. 485). Para governar é preciso articular o *projeto de governo* ou a proposta de meios e objetivos para mudar uma situação esperada, estabelecer padrão de satisfações para população, articular a *capacidade de governo*, habilidade para conduzir e superar as dificuldades da mudança de proposta e, por fim, articular a *governabilidade* que envolve o grau de dificuldade da proposta e do caminho, sendo verificável por meio do grau de aceitação ou rejeição do projeto e da capacidade dos atores, como representa a Figura 2 o triângulo de governo (MATUS, 2005).

Figura 2. Triângulo de Governo



FONTE: Adaptado de Matus (2005, p.464).

- Projeto de Governo: proposta de intercambio de problemas, esta deve ter uma seleção de problemas e um conjunto de operações para enfrenta-los. Para tanto é preciso combinar valores, ciências, criatividade.
- Governabilidade: é a relação entre os pesos das variáveis (relevantes para o projeto) controladas ou não pelo ator durante a gestão, da influência do ator sobre essas

variáveis, do grau e do peso com que compartilha o controle em relação a outros atores. Governa-se de acordo com a aceitabilidade, a eficácia e o valor das decisões.

- Capacidade de governo: capacidade de liderança formada pela experiência e conhecimentos adquiridos por ciências e técnicas de governo.

O processo de governo exige monitoramento, avaliação e correção. A avaliação deve ser constante e nos diferentes momentos do jogo, esta pode ser feita por diferentes visões (MATUS, 2005).

### 3.1.2 Avaliação em Saúde

No Brasil, a avaliação em saúde vem ganhando centralidade nas políticas públicas. Houve mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde que afetaram o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país e a exigência do controle de gastos em saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Há diferentes conceitos e tipologias com modelos teóricos, abordagens, metodologias diversas na avaliação em saúde. Entretanto, esta variedade não torna uma avaliação mais ou menos importante, as avaliações em saúde não são exclusivas, dada a complexidade do objeto de avaliação na área da saúde, há muita incerteza nas relações entre os problemas de saúde e as possíveis intervenções, além das expectativas geradas para os atores envolvidos (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). A avaliação em saúde resulta da avaliação econômica, da avaliação epidemiológica, da avaliação na prática clínica e da avaliação das ciências sociais (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Segundo Novaes (2000) a avaliação em saúde produz conhecimento com possibilidade de utilização, pois assume conhecimento valorativo. Os grandes tipos de avaliação em saúde são pesquisa de avaliação, investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. Nesta última, Novaes destaca a avaliação tecnológica em saúde, avaliação de programas, avaliação, gestão e garantia da qualidade (NOVAES, 2000).

Na Figura 3, uma representação da avaliação em saúde e alguns temas importantes nas avaliações em saúde, mostrando a inter-relações entre eles:

Figura 3. Avaliação em saúde.



FONTE: Baseado no texto de Novaes (2000)

Dessa forma, a avaliação em saúde torna-se essencial para responder questões sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança, satisfação do usuário, dentre outras, considerando a complexidade de um objeto de avaliação na área da saúde, os sistemas de saúde, os serviços de saúde, os recursos, as organizações e as relações entre esses.

A avaliação visa a ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, a fornecer informação, a determinar efeitos. A utilização dos processos de avaliação como incentivo para transformar uma situação e a contribuir para o progresso dos conhecimentos tornam assim, a avaliação em saúde uma importante ferramenta de gestão (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

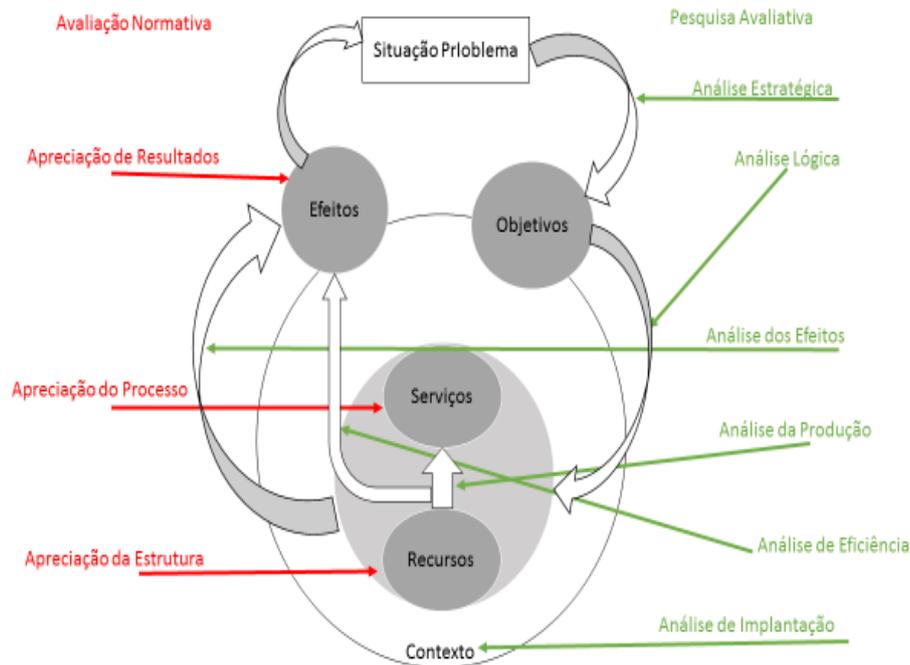
Conforme dito anteriormente, há polissemia de conceitos na avaliação. Segundo Suchman (1967) a avaliação determina os resultados obtidos por uma atividade pré-estabelecida. Weiss já afirma que avaliação é precisar sistematicamente o funcionamento e/ou os resultados de programas ou políticas com critérios a fim de melhorá-los. Scriven (1991) reforça a determinação do valor na avaliação. Para Patton (1997) avaliar consiste na coleta sistemática das informações sobre a atividade, características e resultados do programa para emitir julgamento sobre o mesmo, melhorar a eficiência e esclarecer as decisões tomadas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Champagne et al (2011, p. 44) definem a avaliação:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Para Champagne et al (2011), a avaliação pode ser classificada em avaliação normativa (aprecia cada elemento, estrutura, processo e resultado em função de critérios e normas) ou pesquisa avaliativa (meio científico para compreender as relações de causalidade entre os elementos), a fim de tomar uma decisão. Assim, a pesquisa avaliativa configura uma interseção entre a avaliação normativa, a pesquisa (de forma geral) e a tomada de decisão. A pesquisa avaliativa decompõe-se em seis tipos de análise: *estratégica*, cuja preocupação é definir a razão de uma determinada intervenção; *análise lógica* que avalia a adequação de uma intervenção; *análise da produção* relacionada com os meios e as atividades em uma intervenção; *análise dos efeitos* destina-se a medir a eficácia da intervenção; *análise da eficiência* preocupa-se com a relação entre recursos e efeitos de uma intervenção e, por fim, *análise de implantação* cujo objetivo é analisar a relação entre a intervenção, o contexto e os efeitos realizados. O contexto definirá a escolha da abordagem da avaliação. Abaixo segue uma representação da abordagem avaliativa, com os componentes de cada tipo de análise (Figura 4).

Figura 4. Abordagens da Avaliação

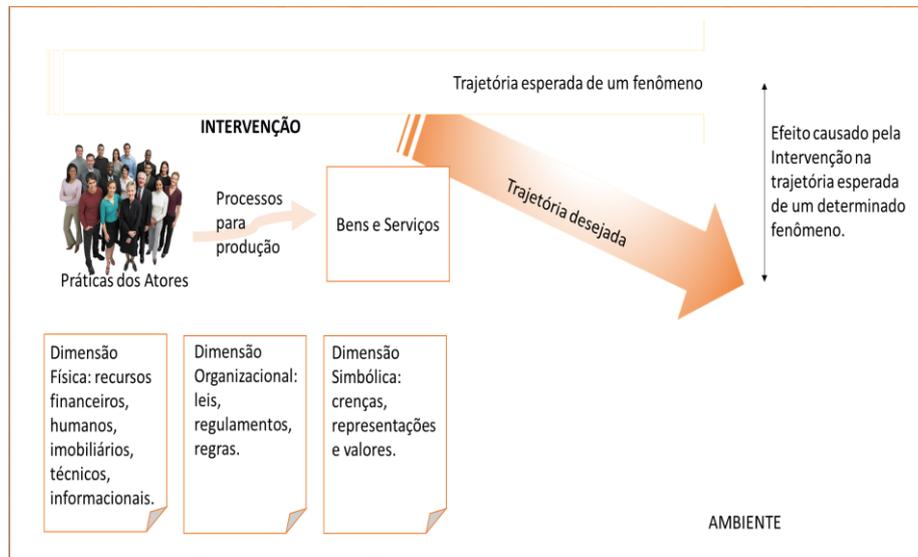


FONTE: Adaptado Champagne et al (2011, p.53).

Pode-se também classificar o avaliador segundo dois tipos, esses possuem diferentes objetivos e funções. Avaliador externo ou equipe de avaliação externa não pertence à organização cuja intervenção será avaliada. Avaliador interno, ou equipe de avaliação interna, quando faz parte da organização. O desafio de utilizar o avaliador externo é a dificuldade em acessar as informações contextuais detalhadas, mas há maior imparcialidade no processo avaliativo. Como vantagens do uso de avaliador interno há a maior familiaridade com o objeto da avaliação, com os atores envolvidos, entretanto o desafio apontado é a possível parcialidade na avaliação (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Segundo Champagne et al (2011, p. 45) uma intervenção é um “*sistema organizado de ação que visa, em determinado ambiente e durante determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática*”. Abaixo há a representação dos componentes da intervenção bem como a relação com um fenômeno (Figura 5).

Figura 5. Relação da Intervenção e o Fenômeno



FONTE: Adaptado de CHAMPAGNE *et al.*, 2011

Conforme a natureza da avaliação, ela pode ser entendida por três dimensões: cognitiva, quando visa a produzir informação científica; normativa, ao emitir julgamento ou instrumental por objetivar a melhora de uma situação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Para Alkin (2004), a avaliação é classificada em três grandes grupos: a) voltado para valores e julgamentos, b) voltado para questões de método científico e c) preocupado com a utilização da avaliação (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A avaliação também pode ser classificada quanto à finalidade. Algumas vezes a finalidade da avaliação não está explícita, não é feita de forma consensual, também pode não ser compartilhada entre os diferentes atores, podem ter caráter oficial ou não. Nesta última, estão as finalidades tática (quando a avaliação é utilizada para outro fim, além daquele determinado) e política (avaliação utilizada em questões políticas). Entre as finalidades oficiais estão: estratégica, formativa, somativa, transformadora e fundamental (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Portanto, por causa da enorme pluralidade de métodos e conceitos da avaliação, deve-se optar por aquele que melhor se enquadrar para responder ao problema no qual se deseja intervir.

#### 4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Em 1920, foi divulgado o Relatório Dawson que tratava da organização do sistema de serviços de saúde na Inglaterra. Este distinguiu três níveis de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos também vínculos formais entre os três níveis e as funções de cada um deles foram descritas. Esta foi a base para o conceito de regionalização em saúde: um sistema de organização de serviços elaborado para atender aos vários níveis de necessidade de serviços em saúde da população.

Na I Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde realizada em Alma Ata (1978), Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde, a atenção primária à saúde foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. O primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A conferência de Alma Ata também especificou os componentes fundamentais da atenção primária à saúde: educação em saúde, saneamento ambiental (águas e alimentos, principalmente), programas de saúde materno-infantis, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional. A atenção primária à saúde foi a base dos sistemas de saúde em muitos países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Uma comparação feita entre doze países industrializados ocidentais diferentes indicou que os países com o desenvolvimento mais forte da atenção primária possuem maior probabilidade de melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 2002).

Entretanto, a APS foi implantada de diferentes formas nos países: em países desenvolvidos da Europa a APS foi vista como primeiro nível de serviços de saúde para a população, já em países em desenvolvimento a APS deu-se de forma seletiva, privilegiando ações específicas e grupos populacionais de maior risco. Esta diferença é explicável dado os diferentes conceitos da APS, o desenvolvimento histórico da saúde, o legado de sistemas políticos e sociais desenvolvidos (MACINKO *et al.*, 2007).

Vuori (1985 apud Starfield 2002) propôs quatro maneiras de compreender a atenção primária: conjunto de atividades, um nível da atenção, uma estratégia para organizar a atenção em saúde e uma filosofia que permeia a atenção em saúde. Barbara Starfield (2002) refere-se à atenção primária como nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e os problemas, oferece atenção sobre a pessoa ao longo do tempo, coordena ou integra a atenção em saúde. Atenção primária é a base e determina todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

Nesta definição abrangente reconhece que a APS depende das funções do sistema de saúde e do desenvolvimento de processos sociais. A Figura 6 mostra os valores, princípios do sistema de saúde com base na APS.

Figura 6. Valores, princípios da APS



FONTE: (MACINKO *et al.*, 2007, s/p.)

#### 4.1 Atenção primária à saúde no Brasil

Na história do Brasil, as políticas de saúde foram desenvolvidas de forma dual, a saúde pública voltada principalmente de forma a priorizar ações preventivas campanhistas, relacionadas a doenças infectocontagiosas e as ações assistenciais e previdenciárias voltadas às doenças que mais afetavam os trabalhadores e que conseqüentemente representavam impactos no setor econômico.

A partir de 1970 foi iniciado no Brasil, movimentos para a mudança do paradigma vigente da saúde. Os movimentos tinham como referencial a medicina social, buscavam a melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população. Diversos projetos foram desenvolvidos no âmbito nacional, regional e municípios, como o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus) - criado para planejar a expansão dos serviços de saúde da previdência social, Projeto Monte Carlos (PMC) – planejar programa de planejamento familiar, integração dos serviços de saúde, Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) - estruturar a saúde pública em municípios de até vinte mil habitantes. Esses exemplos apontavam para a construção de um modelo de atenção regionalizado, hierarquizado em níveis assistenciais, definição de porta de entrada para o sistema de saúde, além de preconizar a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integração e a participação comunitária como princípios organizacionais a serem desenvolvidos nesse modelo (ESCOREL, 2008).

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 levantou temas de discussão importantes como o direito à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde, o financiamento da saúde, redefinição da concepção de saúde como direito social. O relatório final dessa conferência serviu como base para a Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 garantiu o direito à saúde para todos com a criação do Sistema Único de Saúde. Este sistema nacional de saúde é caracterizado pela universalidade, tem como outros princípios a equidade e a integralidade. Um destaque importante para a implantação do SUS é a descentralização político-administrativa, na qual estados e municípios passam a assumir atribuições e competências diante do SUS.

A mudança na concepção da política de saúde influenciada tanto pelo movimento da reforma sanitária quanto pela sua incorporação nos textos legais não correspondeu a ações imediatas para assegurar o direito à saúde. A estruturação do SUS foi marcada por instituições sanitárias existentes no campo da medicina previdenciária e na saúde pública, cujas bases tinham forte associação com características como centralização, autoritarismo, clientelismo e

fortes interesses mercantis, ausência de participação da sociedade na gestão. Esta herança transmitiu os saberes, as práticas e os modelos de intervenção sobre problemas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009) que prejudicaram o processo da reforma sanitária.

O início da década de 90 foi marcado pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na região Nordeste do país. Resultados positivos foram desenvolvidos neste programa, isso impulsionou sua implantação em todo território nacional. O trabalho dos agentes comunitários de saúde se deu na comunidade, com cadastramento da população segundo microrregião e quantidade (FRAIZ, 2007).

Entretanto, a regulamentação desse programa ocorreu em 1997 com a consolidação da descentralização de recursos no SUS. As ações principais desse programa eram desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, pessoas escolhidas nas próprias comunidades. Um agente comunitário deveria atender entre 400 a 750 pessoas, conforme necessidades locais, e atuava em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, ações educativas individuais e coletivas com a supervisão de um enfermeiro. Eram inicialmente realizados o cadastramento e o diagnóstico situacional da região, com mapeamento das residências e identificação das áreas de risco. Ocorriam visitas domiciliares e ações intersetoriais (BRASIL, 2001).

Em 1994, o Programa de Saúde da Família ganhou destaque como programa de reorientação do modelo assistencial, seria a transição do paradigma flexneriano com o modelo assistencial curativista, médico-centrado, hospitalocêntrico para outro cujo modelo assistencial seria voltado à vigilância em saúde, promoção, prevenção e recuperação da saúde, trabalho em equipe e ênfase na família (FRAIZ, 2007).

Houve uma expansão expressiva da saúde da família nesse período, por meio de incentivos financeiros do piso da atenção básica (PAB) variável. Conforme a Tabela 1 houve um crescimento na proporção da cobertura populacional de mais de 10% em apenas dois anos e mais de 50% em dezesseis anos.

Tabela 1. Cobertura populacional na Estratégia de Saúde da Família, anos 1998-2014, no Brasil.

Ano	População	Equipe de Saúde da Família	
		Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
<b>1998</b>	159.644.929	10.459.259	6,55
<b>1999</b>	159.644.929	14.011.562	8,78
<b>2000</b>	163.957.179	28.581.244	17,43
<b>2001</b>	172.385.826	43.829.910	25,43
<b>2002</b>	172.385.826	54.932.215	31,87
<b>2003</b>	174.648.205	62.339.523	35,69
<b>2004</b>	177.243.280	69.104.532	38,99
<b>2005</b>	177.256.093	78.617.526	44,35
<b>2006</b>	185.619.807	85.734.139	46,19
<b>2007</b>	188.206.105	87.748.414	46,62
<b>2008</b>	188.206.105	93.178.011	49,51
<b>2009</b>	189.681.859	96.140.711	50,69
<b>2010</b>	191.575.774	100.068.661	52,23
<b>2011</b>	190.755.799	101.884.067	53,41
<b>2012</b>	192.379.287	105.504.290	54,84
<b>2013</b>	193.976.530	109.341.094	56,37
<b>2014</b>	193.976.530	120.577.650	62,16

FONTE: MS/SAS/DAB e IBGE.

A Política Nacional da Atenção Básica editada em 2006 ampliou a concepção da atenção básica<sup>1</sup> ao incorporar um conceito mais abrangente da saúde, colocando-a como preferência na entrada no sistema de saúde e meio de reestruturação dos sistemas locais de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, seja individual ou coletivamente voltado à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à manutenção da saúde a fim de realizar uma atenção integral. Orienta-se pelos

<sup>1</sup> Na Política Nacional de Atenção Básica os termos atenção primária à saúde ou atenção básica são tratados como equivalentes, não há distinção dos conceitos (BRASIL, 2012b).

seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A Saúde da Família, então, é reconhecida como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica no país, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A ESF configura-se por equipes multiprofissionais com agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico minimamente e com os profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) permite a responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas, possibilita a revisão da prática assistencial, atua no fortalecimento da coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012c).

A flexibilidade de carga horária foi permitida ao profissional médico na ESF, podendo o mesmo atuar com 40h, 32h (complementando as 8h nos serviços de emergência municipal, apoio matricial ou na realização de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade na tentativa de estimular esse profissional na ESF. Há também a possibilidade de diferentes modalidades das equipes conforme as necessidades populacionais e locais, como equipes do consultório a rua (BRASIL, 2012c).

É interessante apontar que para ESF atingir os objetivos propostos é preciso que a gestão municipal garanta acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo, aos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico para garantir a integralidade do cuidado.

#### **4.2 Avaliação da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde**

Desenvolveram-se várias iniciativas voltadas para a avaliação em saúde desde a década de 80. Segundo Paim (2005), inicialmente foram realizadas pesquisas acadêmicas para avaliar serviços ou estabelecimentos de saúde, posteriormente as políticas racionalizadoras apresentaram preocupação com a avaliação, assim como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) valorizaram o planejamento em saúde e a avaliação (PAIM, 2005).

Paim (2005) aponta que na década de 90 as fragilidades das conferências e dos conselhos de saúde e o esvaziamento da planificação por causa do neoliberalismo retardaram a consolidação da avaliação em saúde no SUS. Nos anos 2000, ele observou que o Ministério da Saúde encomendou um conjunto de pesquisas para avaliação, por exigência de financiadores externos e por uma responsabilização entre os técnicos e dirigentes do ministério na época.

Conforme Almeida e Giovanella (2008) a avaliação na atenção primária à saúde foi estimulada a partir dos anos 2000 por incentivo do governo federal com o financiamento, apoio e realização de pesquisas de monitoramento e avaliação, além do financiamento por instituições internacionais, como o Banco Mundial (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Em 2000, houve a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) em um processo de reorganização interna do Ministério da Saúde, com a criação do Departamento de Atenção Básica. Inicialmente, denominada de Coordenação de Investigação teve como objetivo formular e conduzir os processos avaliativos relacionados à APS. Neste momento, as ações estavam voltadas principalmente para monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços na APS por meio da utilização sistemática dos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Posteriormente, o Ministério da Saúde realizou em 2001 uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa Saúde da Família, buscando caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil, referente à infraestrutura das unidades, à gestão e ao processo de trabalho das equipes. Esta avaliação identificou avanços, distorções na implementação de princípios de diretrizes da estratégia, entretanto foi reconhecida como iniciativa para institucionalização da avaliação e para apoiar as decisões dos gestores (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, em 2003, buscou redefinir a missão da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) num novo contexto político e de reorganização institucional e de novos desafios evidenciados com a ampliação da Estratégia Saúde da Família, especialmente nos grandes municípios do país. A CAA passou a monitorar e avaliar a APS como forma de instrumentalizar a gestão e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde formulou a proposta de pactos de gestão entre as secretarias estaduais e municipais de Saúde para orientar o processo de avaliação e monitoramento da

Atenção Básica. Este foi utilizado como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica<sup>2</sup> (BRASIL, 2003b).

Em 2004 foi realizada a primeira fase do PROESF<sup>3</sup> (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) com empréstimo financeiro do Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) para subsidiar e fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação na APS, o planejamento local em saúde e compreender os efeitos da implantação da Estratégia Saúde da Família. Foi realizado um amplo estudo de linha de base possibilitando o acompanhamento subsequente dos resultados e impactos do programa, envolveu diferentes atores na realização dos estudos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, polos de educação permanente e instituições de ensino e pesquisa (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Surgiu em 2005, a proposta do Ministério da Saúde de uma Política de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica, nas quais as bases políticas e organizativas foram criadas para a institucionalização da avaliação da atenção básica no país (BRASIL, 2005).

Os componentes do monitoramento e da avaliação na proposta citada acima foram: aperfeiçoamento do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB; dinamização do pacto de indicadores, monitoramento e implementação do componente I do PROESF, construção do MonitorAB, Estudos de Linha de Base (ELB), Avaliação para Melhoria da Qualidade na estratégia de Saúde da Família, análise de indicadores de saúde segundo grau de cobertura do Programa de Saúde da Família, fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais em saúde em monitoramento e avaliação.

Alguns instrumentos de avaliação utilizados nas pesquisas de avaliação da APS são o EUROPEP (European Study on Patient Evaluation of General Practice Care) e o PCATool (Primary Care Assessment Tool).

O primeiro é um instrumento utilizado internacionalmente e refere-se à satisfação dos usuários de serviços médicos de medicina geral e familiar na Europa, cuja metodologia é composta por cinco dimensões de satisfação: relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação; e organização dos serviços. Esse instrumento

---

<sup>2</sup> Instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1998, que aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica e pela Portaria n°. 476 de 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica.

<sup>3</sup> A segunda fase do PROESF foi pactuada no período de novembro de 2009 a março de 2013. Na etapa I da segunda fase do PROESF, os municípios deveriam executar 30% (trinta) do recurso repassado com ações voltadas para expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família. Para a etapa II da segunda fase do projeto, os indicadores propostos relacionam-se com a adesão de reconstrução estadual e municipal no PMAQ-AB (BRASIL, 2012b)

foi projetado para possibilitar a melhoria da prática, desempenho e organização dos cuidados dos profissionais médicos de família (GIOVANELLA; CAMPOS; BRANDAO, 2013).

O PCATool avalia a efetivação dos atributos da APS propostos por Starfield, ou seja, quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema e três atributos derivados: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural. Foi desenvolvido para mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde em serviços de atenção à saúde infantil, baseando-se no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde de Donabedian (1966) (ERNO HARZHEIM *et al.*, 2006).

Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2004, 2005) (ELIAS *et al.*, 2006), por Harzheim et al. (2006; 2010) e vêm sendo aplicado em diversos contextos. O PCATool foi amplamente utilizado por grupos de pesquisa da região sul e sudeste nos estudos do PROESF (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013).

Foi proposta a Avaliação para Melhoria da Qualidade - AMQ para a institucionalização da Avaliação da Atenção Básica. Ela é direcionada ao âmbito municipal da estratégia Saúde da Família e tem como atores principais os profissionais das equipes, coordenadores e gestores. Por meio de uma metodologia de avaliação sistêmica, dinâmica e interativa (autoavaliação), possibilita a gestão interna dos processos de melhoria da qualidade com vistas ao contínuo aprimoramento deste modelo de atenção à saúde, considerado o eixo central da atenção básica no país (BRASIL, 2005b).

O ponto de partida dessa proposta é a concepção da avaliação enquanto um processo crítico-reflexivo permanente que deve ser desenvolvido em corresponsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada de decisão na gestão da qualidade em saúde.

Entretanto, os avanços conseguidos nos projetos e nas pesquisas nos últimos dez anos na avaliação, em geral constituíram-se em iniciativas pontuais, pesquisas específicas orientadas conforme as necessidades da gestão. O próprio Ministério da Saúde apontou alguns limitantes dessas iniciativas, ausência das diretrizes políticas e da definição estratégica na avaliação, fragmentação e diversidade de orientações nas avaliações realizadas, ênfase em variáveis de processo e avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas (FELISBERTO, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (2006) redefiniu as responsabilidades sobre ações de monitoramento e avaliação na APS e ainda estimulou a avaliação e a qualidade com

incentivo financeiro em função da contratualização de resultados pactuados de maneira tripartite.

Foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, cujo principal objetivo é promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de forma a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012d).

#### **4.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

Este programa surgiu em um contexto político de compromisso e desenvolvimento por parte do governo federal de ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS (BRASIL, 2012d).

O PMAQ-AB tem como objetivo principal a indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica. Os objetivos específicos desse programa são: ampliar o impacto da Atenção Básica sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários; fornecer padrões para boas práticas e organização das unidades básicas de saúde, direcionados a melhoria da qualidade; promover maior conformidade das unidades básicas de saúde com os princípios da Atenção Básica; promover a qualidade e inovação na gestão, por meio dos processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo; melhorar a qualidade da inserção das informações e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB; institucionalizar a cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS e de gestão baseada na indução e no acompanhamento de processos e resultados; e estimular o foco da Atenção Básica no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. (BRASIL, 2012d).

São sete as diretrizes traçadas para nortear a organização e o desenvolvimento do PMAQ-AB: 1) comparabilidade entre as equipes de saúde da família, respeitando as diversidades dos diferentes contextos; 2) ser incremental, ou seja, um processo contínuo e progressivo para a melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; 3) transparência, possibilitando o acompanhamento das ações e dos resultados pela

sociedade; 4) envolvimento, mobilização e responsabilização dos gestores, equipes e usuários no processo de mudança da gestão e de qualificação da atenção básica; 5) negociação e contratualização, isto implica na gestão dos recursos segundo os compromissos e os resultados pactuados e alcançados; 6) valorização da atenção básica, induzindo a mudança do processo de trabalho e o impacto causado por essa mudança nos usuários e trabalhadores. Os princípios da atenção básica, o estímulo da mudança do modelo de atenção e a compreensão que as condições de contexto e a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado, permitem a qualificação das equipes de saúde da família; 7) adesão voluntária das equipes de atenção básica e dos gestores municipais. Para tanto, pressupõem o protagonismo dos atores envolvidos durante o processo de implementação do programa; trabalhadores e gestores motivados e se reconhecendo como chave para o êxito (BRASIL, 2012d).

O PMAQ-AB possui ciclos a cada dois anos e organiza-se em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. A Figura 7 mostra as fases do PMAQ-AB:

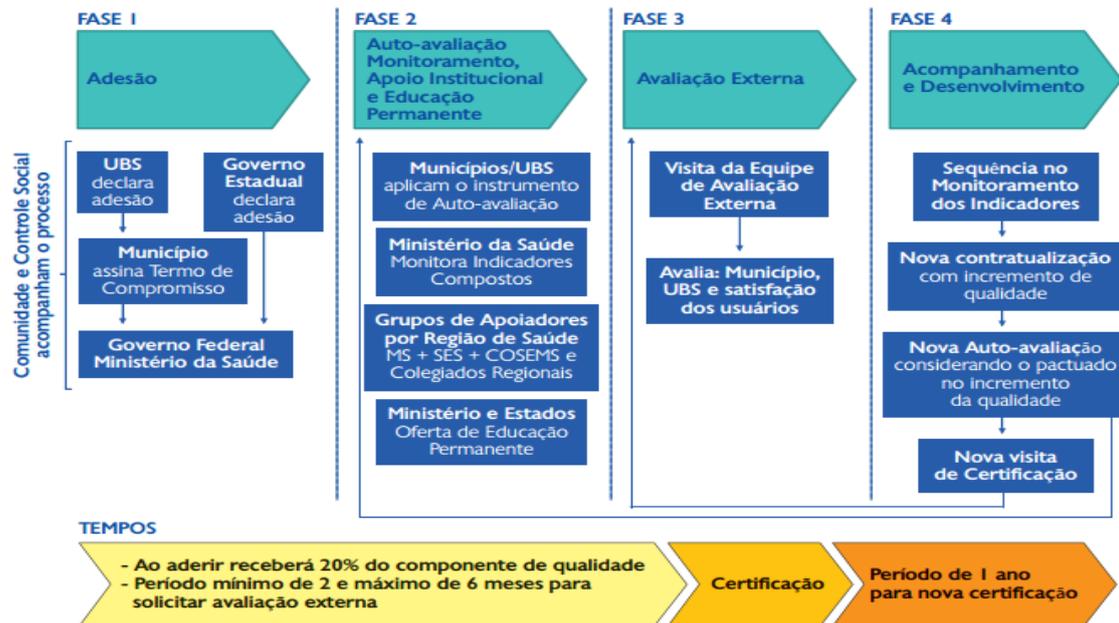
1ª fase: Adesão do município ao programa e contratualização de compromissos firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB), gestores municipais e Ministério da Saúde;

2ª fase: Desenvolvimento das atividades visando à qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão como, por exemplo, ações pertinentes à educação permanente, ao apoio institucional, ao monitoramento de indicadores e à realização de processos de autoavaliação;

3ª fase: Avaliação Externa a fim de verificar as condições de acesso e qualidade e identificar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores na qualificação da Atenção Básica;

4ª fase: Recontratualização indica para as equipes processos de repactuação entre equipes de atenção básica e gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando o avanço sistemático do Programa (BRASIL, 2013).

Figura 7. Fases do PMAQ-AB



FONTE: FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013, p.295.

### Primeira fase: Adesão e Contratualização

A primeira fase é a etapa formal de adesão ao programa, com a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados num processo de pactuação tripartite. Todas as equipes de saúde da atenção básica em diferentes modalidades podem aderir ao PMAQ-AB desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica.

O processo de adesão ao PMAQ-AB é permanente, não há data limite para a ingressão no programa, mas cada município somente pode realizar a adesão de uma nova equipe ou mais ao programa uma vez por ano, com intervalo mínimo de seis meses entre uma adesão e outra. No primeiro ano de implantação do programa foi possibilitada a adesão das equipes e só foram reabertas em 2013.

Em 2011, houve uma limitação para a adesão, correspondendo ao período de 2011-2012. Nos primeiros seis meses, o número total de EAB que puderam aderir ao PMAQ-AB foi de 17.664 e 14.590 de Saúde Bucal. Cada município pode aderir o equivalente a 50% de suas equipes de Saúde da Família, segundo a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite em 25 de agosto de 2011 (BRASIL, 2012d).

A adesão ao PMAQ-AB é formalizada pelo Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) e segue as seguintes etapas: manifestação de interesse do gestor municipal, cadastro do usuário responsável pela gestão do programa no

município, selecionando o seu Estado e município, entre as opções apresentadas; visualizar o conjunto de indicadores contratualizados pelo município; liberar a(s) equipe(s) de atenção básica de seu município para iniciar a fase de adesão e contratualização; apontar os principais desafios para a qualificação da atenção básica no município. Essas informações são fundamentais para a organização e planejamento das ações pelos gestores estadual e federal, com o intuito de apoiar o processo de qualificação da atenção básica (BRASIL, 2012d).

Posteriormente, cada equipe acessa o portal do DAB (disponível em <http://www.saude.gov.br/dab>) e acessa o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB); seleciona a opção do PMAQ-AB e cadastra o usuário responsável pela equipe, selecionando o seu Estado, município e equipe; visualiza o conjunto de indicadores contratualizados; aponta os principais desafios para a qualificação dos serviços ofertados pela equipe; gera o arquivo eletrônico com o Termo de Compromisso (TC), formalizando a adesão e contratualização no PMAQ-AB, e encaminha o documento, assinado pelo responsável da equipe ao gestor municipal (BRASIL, 2012d).

Após a homologação da adesão pelo Ministério da Saúde, o município passa a receber, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por equipe de atenção básica participante, considerando a competência do mês em que a homologação foi publicada. O município recebe, ao aderir ao programa, R\$ 1.300,00 por EAB e R\$ 1.700,00 quando houver equipe de saúde bucal vinculada à equipe de saúde. Após o processo de avaliação externa do programa, realizado na terceira fase de implantação do PMAQ-AB, o valor a ser transferido por EAB é vinculado ao desempenho desta (BRASIL, 2012d).

Após a homologação da adesão do município, o gestor deve informar ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) sobre a adesão e esta informação aos colegiados é condição para a solicitação do processo de avaliação externa, realizada na fase 3 do PMAQ-AB.

Para a permanência no programa é preciso solicitar a avaliação externa no período máximo de seis meses para o primeiro ciclo e de dezoito meses para os próximos ciclos do programa, caso isso não ocorra, o município ficará impedido de aderir ao programa por dois anos, ficará descredenciado do PMAQ-AB e não receberá o incentivo financeiro.

Excepcionalmente, em 2011 a avaliação externa ocorreu para todos os municípios participantes, seis meses após a adesão ao programa, não se aplicando a regra de solicitação da avaliação externa entre dois e seis meses (BRASIL, 2012d).

Também, para a premência no PMAQ-AB, deve-se: cadastrar e atualizar regularmente todos os profissionais das equipes de atenção básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), cumprir a carga horária de acordo com o informado; colocar a informação necessária mensalmente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - relatório PMA2-Complementar-, com o uso do transmissor simultâneo pelo município para o envio da base de dados do SIAB; do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e do Módulo de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde; o escore dos indicadores de monitoramento alcançado e considerado no processo de certificação não pode apresentar piora em mais de um desvio-padrão por três meses ou mais; verificar, por meio dos órgãos de controle e sistema nacional de auditoria, as condições certificadas estão presentes; identificar visualmente informações, como a carteira de serviços ofertados pela equipe, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o nome e escala dos profissionais, o telefone da ouvidoria do município (quando houver) e do Ministério da Saúde, o endereço na internet em que se encontram informações a respeito dos resultados alcançados pela equipe (BRASIL, 2012d).

À contratualização deve-se: assinar o Termo de Compromisso (TC) por parte da(s) equipe(s) de atenção básica com a gestão municipal; assinar o TC entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde no processo de adesão; assinar o TC e/ou uma resolução da CIB prevendo compromissos firmados entre a gestão municipal e estadual, para o apoio e participação no PMAQ-AB (BRASIL, 2012d).

Os compromissos das equipes estão relacionados principalmente aos princípios da ESF na APS no processo de trabalho, os compromissos da gestão estadual são voltados em geral para a coordenação da implantação do PMAQ-AB, da gestão federal são voltados à regulamentação e regulação do PMAQ-AB nos estados e nos municípios e os compromissos da gestão municipal destacam-se, entre outros:

- Garantir a composição mínima da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por equipe de atenção básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas pelos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo programa;
- Aplicar os recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável em ações que promovam a qualificação da atenção básica;

- Estruturar a Coordenação de Atenção Básica, constituindo e garantindo condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do programa;
- Instituir processos de autoavaliação da gestão e da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa;
- Implantar apoio institucional e matricial à(s) equipe(s) de atenção básica do município;
- Realizar ações de educação permanente com/para a(s) equipe(s) de atenção básica;
- Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no município;
- Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipe(s) de atenção básica;
- Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012d).

O conjunto de indicadores a serem monitorados e avaliados foi escolhido entre os disponíveis no SIAB. Estes foram um dos compromissos contratualizados pelas equipes de atenção básica e pelas gestões municipais na adesão. Estes indicadores relacionam-se com os indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto pela Saúde e com os indicadores utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

Então, foram selecionados quarenta e sete indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso: indicadores de desempenho - vinculados ao processo de avaliação externa e que são utilizados para a classificação das EAB, conforme o desempenho; indicadores de monitoramento - acompanhados regularmente para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados. Estes indicadores referem-se a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica: pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes Mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis e também se referem a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde, como rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência (BRASIL, 2012d).

Considerando as diferentes redes de atenção primária já implantadas na região centro-sul do país, após decisão tripartite, houve a criação de critérios mínimos para que as EAB organizadas de maneira diferente da ESF possam aderir ao PMAQ-AB, estes critérios

consideram núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.

O Quadro 2 apresenta a relação dos profissionais, da carga horária e a equivalência com a ESF.

Quadro 2: Relação entre profissionais, carga horária (CHA) e a equivalência com a ESF.

Soma da CHA mínima dos médicos	Soma da CHA mínima dos enfermeiros	Soma da CHA mínima dos cirurgiões dentistas	Equivalência com a ESF
70h	68h	40h	1 equipe de SF
100h	80h	80h	2 equipes de SF
150h	120h	120h	3 equipes de SF

Fonte: Adaptado de (BRASIL, 2012d)

A composição das equipes deve atender algumas regras a fim de parametrização. Entre elas: os médicos para a composição das equipes são os generalistas, clínico, pediatras ou ginecologista-obstetra. A presença do profissional médico generalista ou clínico é obrigatória e o somatório da carga horária desses profissionais deve ser igual ou maior do que a dos demais profissionais médicos. Os profissionais médicos generalistas, clínicos e pediatras, enfermeiros e cirurgiões-dentistas deverão ter carga horária mínima igual a 20 horas semanais (BRASIL, 2012d).

Cada equipe pode ter diferentes faixas de população adscrita, devendo ter relação com as cargas horárias dos profissionais. Um mesmo profissional pode estar vinculado a duas UBS e até a dois municípios diferentes desde que sua carga horária global não ultrapasse os limites estabelecidos pela regulamentação do setor. O Quadro 3 mostra a relação entre a CHA dos profissionais e o número de habitantes para a área adscrita.

Quadro 3: Relação entre profissionais, carga horária (CHA) e número de habitantes na área.

Soma da CHA mínima dos médicos	Soma da CHA mínima dos enfermeiros	Número de habitantes na área adscrita	
		Mínimo	Máximo
70h	68h	3.450	7.000
100h	80h	7.001	10.000
150h	120h	10.001	15.000

FONTE: Adaptado de (BRASIL, 2012d)

## Segunda fase: Desenvolvimento das ações

A segunda fase do PMAQ-AB, é o desenvolvimento das ações realizadas pelas equipes de saúde, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, a fim de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Esta fase envolve as quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012d).

Autoavaliação é a identificação e o reconhecimento realizado pelas próprias equipes dos fatores que influenciam tanto positivamente quanto negativamente o processo de trabalho. O PMAQ-AB tenta superar a ideia de avaliação como punição e utiliza a autoavaliação como instrumento, estimulando o coletivo a analisar o próprio processo de trabalho e a refletir modos para superar problemas e alcançar objetivos pactuados. Trata-se de um processo a fim de orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB recomenda que a autoavaliação seja realizada por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações na APS, configurando-se como ferramenta de potencial pedagógico, de caráter reflexivo e problematizador ao possibilitar a construção de soluções a partir da identificação de problemas. Deseja-se que este instrumento contemple as diferentes perspectivas dos atores envolvidos na saúde, usuários, profissionais e gestores, entendendo a corresponsabilidade de todos na qualificação do SUS (BRASIL, 2012).

A reflexão da própria equipe quanto ao processo de trabalho permite identificar os problemas e desenvolver intervenções para superá-los. Estabelecer prioridades, considerando a governabilidade da equipe e os recursos disponíveis são essenciais para a construção de intervenções concretas. É importante que a autoavaliação seja realizada entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com a atenção básica em seus diferentes âmbitos. A autoavaliação pode então identificar as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas (BRASIL, 2012d).

O instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) foi construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Entretanto, não é capaz de atender a todas as questões sobre a qualidade, mas trabalha com um conjunto delas. AMAQ foi organizada em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que se espera na gestão e na atenção direta à saúde (BRASIL, 2012).

No PMAQ-AB, não há periodicidade definida para a realização das autoavaliações, mas é preciso um intervalo de tempo suficiente para a realização de alguns movimentos para a melhoria da qualidade, permitindo a execução de parte do plano de ação.

O monitoramento refere-se aos indicadores contratualizados. O objetivo nesta fase é orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as equipes, gestor municipal e outros; subsidiar a seleção de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade; promover o aprendizado institucional, a democratização e transparência da gestão e o fortalecimento da participação do usuário; fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores (BRASIL, 2012d).

Para as equipes de saúde o uso da informação é essencial para a gestão do cuidado, deve orientar o planejamento e a programação de ações, que devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, buscando o aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho.

Enfim, o processo de monitoramento deve ser entendido como um mecanismo capaz de produzir mudança, gerando propostas para a melhoria das ações, promover aprendizado institucional e responsabilização. Subsidiar a gestão ao incorporar informações sobre desempenho aos processos decisórios.

A educação permanente deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve ser entendida como uma estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica. Tem como base um processo pedagógico voltado para a atualização de conhecimentos e habilidades, para o aprendizado envolvendo múltiplos fatores, conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho que são parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.

Também são importantes o planejamento e a programação educativa ascendente, identificando nós críticos a serem enfrentados, possibilitando a construção de estratégias, promovendo o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012d).

O desenvolvimento de ações de educação deve atentar para as necessidades, as possibilidades, as ofertas e os processos da política de saúde vigente no município. É importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer as iniciativas.

O apoio institucional é uma função gerencial que busca a gestão junto ao coletivo, vinculado a racionalidades, potencializa o trabalho, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem

com problemas, desconfortos e conflitos, auxilia a construção e utilização de ferramentas e tecnologias. Portanto, apoio institucional na saúde deve buscar a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2012d).

Pode ser realizado nos âmbitos municipal, estadual e federal, possuir um caráter compartilhado e ser elaborado considerando as singularidades de cada território. Para tanto se faz necessário planejamento, avaliação, ações de educação permanente para as dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais desempenhadas pelos apoiadores, além do dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, pela necessidade de construção de vínculo entre eles e as equipes apoiadas.

As estratégias de apoio institucional do PMAQ-AB envolvem o apoio do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, COSEMS e municípios; das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios; e da gestão municipal às equipes de saúde. São três planos presentes: das relações interfederativas; da articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede; do processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano (BRASIL, 2012d).

#### Terceira fase: Avaliação Externa

Esta fase consiste na realização de um conjunto de ações para avaliar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Essa fase está subdividida em duas dimensões: certificação de desempenho das equipes e das gestões municipais participantes do PMAQ-AB meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes, bem como o estímulo para o desenvolvimento de ações para o processo de gestão e de trabalho; avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação, ou seja, avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços (BRASIL, 2012d).

Esse processo de avaliação externa é conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

O processo de certificação das equipes de saúde é o reconhecimento do esforço de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica desenvolvido pelas equipes participantes e pelo gestor municipal.

O PMAQ-AB ressalta que a concepção de qualidade varia conforme contexto histórico, político, econômico e cultural e conhecimentos acumulados sobre o tema, e por isso, espera-se que o programa seja constantemente aperfeiçoado, que a cada ciclo do programa, novos parâmetros de qualidade possam ser definidos, induzindo avanços na gestão, nas equipes e no alcance dos resultados de saúde da população (BRASIL, 2012d).

Quanto à verificação dos padrões de qualidade no local de atuação das equipes, no processo de avaliação externa aplica-se um instrumento composto por um elenco de padrões de qualidade, baseado na AMAQ. Este instrumento está organizado em quatro grandes dimensões e doze subdimensões, que consistem nos eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade. A certificação tem como base também as evidências constatadas por meio de documentos, da observação direta e outras fontes verificáveis (BRASIL, 2012d).

As equipes são certificadas de acordo com o desempenho considerando as dimensões: implementação de processos autoavaliativos – sendo correspondente a 10% da nota total; verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados – sendo correspondente a 20% da nota total; verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade – sendo correspondente a 70% da nota total (BRASIL, 2012d).

Na certificação são consideradas as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas pelos sistemas locais de saúde e às equipes. Para a classificação de desempenho das equipes, cada município é distribuído em diferentes estratos, definidos com base em aspectos sociais, econômicos e demográficos<sup>4</sup>, e o desempenho de suas equipes é comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

As categorias a seguir são as classificações dadas para as equipes:

- Desempenho insatisfatório: quando o resultado alcançado for menor do que menos um desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato;
- Desempenho regular: quando for menor do que a média e maior ou igual a menos um desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;
- Desempenho bom: quando for maior do que a média e menor ou igual a mais um desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;

---

<sup>4</sup> Foi construído um índice com variação de zero a dez, composto pelos indicadores: 1) Produto interno bruto (PIB) per capita; 2) Percentual da população com plano de saúde; 3) Percentual da população com Bolsa-Família; 4) Percentual da população em extrema pobreza; 5) Densidade demográfica. Os cinco indicadores receberam diferentes pesos, foi considerada para cada município a menor pontuação entre o percentual da população com Bolsa-Família e o percentual da população em extrema pobreza (BRASIL, 2012d).

- Desempenho ótimo: quando for maior do que mais um desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

A partir do segundo ciclo de certificação, o desempenho de cada equipe pode ser comparado com as demais equipes e também com o seu desenvolvimento da certificação anterior. Após a certificação da equipe, o gestor municipal recebe valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o seu desempenho.

Quando a equipe é classificada como insatisfatória no processo de certificação, o gestor municipal não recebe o valor de incentivo referente a essa equipe e deve assumir um termo de ajuste. Quando a equipe for regular, o gestor permanece recebendo 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável, ou seja, R\$ 1.300,00. Mas, deve também assumir um termo de ajuste mediante reconstrualização. Quando a equipe é classificada boa, o repasse referente a ela é de 60% do Componente de Qualidade do PAB Variável, isto é, R\$ 3.900,00 e, quando a equipe é ótima, o repasse é de 100% do Componente de Qualidade ou R\$ 6.500,00 (BRASIL, 2012d).

#### Quarta fase: Reconstrualização

Esta é a última fase do PMAQ-AB. Trata-se de uma nova reconstrualização de indicadores e compromissos, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa. A pactuação das equipes e dos municípios com a indicação de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB.

Assim, é possível identificar tendências que direcionarão a construção de novas estratificações, considerando as realidades regionais, a área de localização das UBS e outras para uma comparação mais equânime.

Esta fase também mostra o esforço empreendido pelos atores, gestores, trabalhadores no processo de certificação e na evolução da gestão e das equipes (BRASIL, 2012d).

## 4 OBJETIVOS

### GERAL

Analisar o papel da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro.

### ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde na implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro,
- ✓ Identificar as facilidades e as dificuldades na implantação do programa no município,
- ✓ Discutir a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do PMAQ-AB e as consequências disso.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

O caminho metodológico desta pesquisa foi a realização de um estudo de caso com abordagem essencialmente qualitativa. Este tipo de pesquisa investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, sobretudo quando fenômenos e contexto não estão claramente limitados, possui como vantagem a capacidade de lidar com uma variedade de dados (YIN, 2005). Para tal, foi realizada uma análise do papel da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro tendo como referenciais teóricos o planejamento, gestão e avaliação em saúde com foco na atenção primária em saúde, e um recorte especial da teoria do Jogo Social de Matus.

A pesquisa apresenta essencialmente a análise estratégica da Secretaria Municipal de Saúde com vistas a melhor compreender a implantação do PMAQ-AB no município. Esta pesquisa não pretendeu uma avaliação da implantação, embora considerasse que este tipo de estudo envolve uma aproximação com a intervenção, o contexto e os efeitos realizados.

A primeira etapa consistiu na construção de uma matriz de análise composta por dois eixos de análise. O primeiro eixo (Eixo I) analisa a atuação estratégica da SMS, é composto pelo projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo com base no triângulo de governo de Matus (2005). Já o segundo eixo analisa o processo de transformação através das práticas de planejamento, gestão e avaliação no município.

No Eixo I, o *Projeto de governo* tem como componentes o modelo de gestão da Secretaria municipal de saúde e os planos de governo. O primeiro tem como subcomponente o mecanismo para a tomada de decisão. Este subcomponente possui dois critérios de análise: Reuniões para negociação, pactuação e recontratação na CIB, CIR e CMS relacionadas ao PMAQ-AB; Existência de conselhos gestores nas áreas de planejamento. O componente Planos de governo apresenta como subcomponente coerência dos planos, a partir de critérios como: prioridades e gastos na APS.

A *Governabilidade* tem como componente a viabilidade. Este possui como subcomponente a aceitação/rejeição e como critérios: Fatores que favoreceram ou dificultaram a implantação do PMAQ-AB.

A *Capacidade de governo* tem como componente a configuração da gestão municipal. Esta possui como subcomponentes: gestão de recursos humanos e gestão de recursos financeiros. A gestão de recursos humanos tem como critérios de análise: Motivação e compromisso com os atores envolvidos; números de profissionais envolvidos com a

implantação do PMAQ-AB na secretaria municipal; formação dos profissionais envolvidos com a implantação do PMAQ-AB em saúde pública/saúde coletiva. A gestão de recursos financeiros tem como critérios: Como foi utilizado o recurso proveniente do PMAQ-AB e quais foram as ações foram realizadas na APS.

No Eixo II, *Práticas de planejamento, gestão e avaliação* tem como componentes instrumentos de planejamento, gestão e avaliação e como subcomponentes a) planejamento e programação, b) coordenação, c) acompanhamento e d) articulação. Planejamento e programação tem o critério: A programação da atenção à saúde foi elaborada para atender às necessidades de implantação do programa. Coordenação tem o critério: processos de autoavaliação da gestão. Acompanhamento tem o critério: apoio institucional e matricial. Articulação tem o critério: contratos de gestão com OSS contemplam objetivos do PMAQ-AB, participação de atores da OSS envolvidos com o processo de implantação do PMAQ-AB e outros mecanismos de articulação institucional.

Para construção dessa matriz de análise foi realizada pesquisa documental em fontes secundárias, sejam elas: revistas, sites de busca eletrônicos, atas de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, da Comissão Intergestores Regional, da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Municipal de Saúde em sites oficiais. Também foi realizada entrevista semiestruturada com atores-chave da gestão central da secretaria municipal de saúde e da gestão intermediária envolvidos com a APS e/ou com o PMAQ-AB, como secretário municipal de saúde, subsecretária da atenção primária em saúde no município, coordenadores das áreas de planejamento do município ou pessoas indicadas por estes.

A entrevista tem como objetivo compreender o significado que os entrevistados atribuem ao objeto da pesquisa (MARTINS; THEÓPHILO, 2009). A entrevista seguiu um roteiro para a entrevista semiestruturada composto por perguntas abertas (Apêndice 1) e foi gravada quando autorizada pelo participante por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Foram utilizados roteiros de entrevistas diferentes para atores do nível central de gestão da SMS e atores do nível intermediário de gestão da SMS. Foram entrevistados dezessete atores-chave. Os atores-chave foram contatados via telefone e e-mail institucional e sendo agendada a entrevista em local reservado, dia e horário acordados entre os entrevistados e a pesquisadora. As entrevistas ocorreram no período de julho a novembro de 2015. A gravação em áudio foi autorizada em todas as entrevistas, elas foram transcritas na íntegra e armazenadas em arquivos de texto. Os entrevistados receberam um código conforme função exercida na SMS, atores que atuam no nível central de gestão (NC) e atores que atuam

no nível intermediário de gestão (NI). Somente foram identificados trechos referentes aos relatos do secretário de saúde devido à importância do mesmo no jogo social.

Para discutir a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do programa e as consequências disso foi utilizado o referencial teórico do jogo social e a matriz de análise construída.

A segunda etapa da pesquisa visou complementar o estudo por meio da utilização do banco de dados secundários do PMAQ-AB de acesso restrito cedido pela SMS e do banco de dados secundários de acesso irrestrito disponível no site oficial do Ministério da Saúde. Bancos estes que tratam das certificações das equipes e da avaliação de desempenho por Coordenadorias de Atenção Primária. Foi ainda realizada busca de informações sobre a situação de saúde no município do Rio de Janeiro em Sistemas de Informações como SIM, SINASC, SIA, SIAB, SIH via DATASUS, IBGE, SIOPS, dados do Fundo Nacional de Saúde para contextualizar o cenário.

A seguir está a representação da matriz de análise do papel da SMS na implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro (Quadro 4 e Figura 8).

As técnicas de coleta de dados foram: pesquisa documental, entrevista semiestruturada com perguntas abertas. A análise dos dados foi essencialmente qualitativa. Para análise qualitativa foi realizada análise de conteúdo com categorização dos dados. Os dados foram categorizados conforme a matriz de análise. A técnica de análise de conteúdo utilizada foi a análise categorial, que segundo Bardin (1977)<sup>5</sup>, dá-se a partir de um desmembramento do texto em categorias, reagrupamentos análogos. Trata-se, portanto, de uma operação de classificação de elementos de um dado conjunto por diferenciação e, posteriormente, reagrupamento segundo um gênero (LEOPARDI, M. T.; *et al.*, 2001).

O cenário escolhido foi o município do Rio de Janeiro. Este é um município de grande porte, cujas ações influenciam outras regiões e apresenta peculiaridades na implantação da Estratégia de Saúde da Família. A temporalidade da pesquisa consistiu no período de 2009 a 2014, que cobre o período de governo municipal antecedente e contemporâneo à instituição do programa pelo Ministério da Saúde em 2011. Isto é, abrange o período da gestão municipal de 2009-2012 e a partir de 2013 até 2014.

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respeitando todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e

---

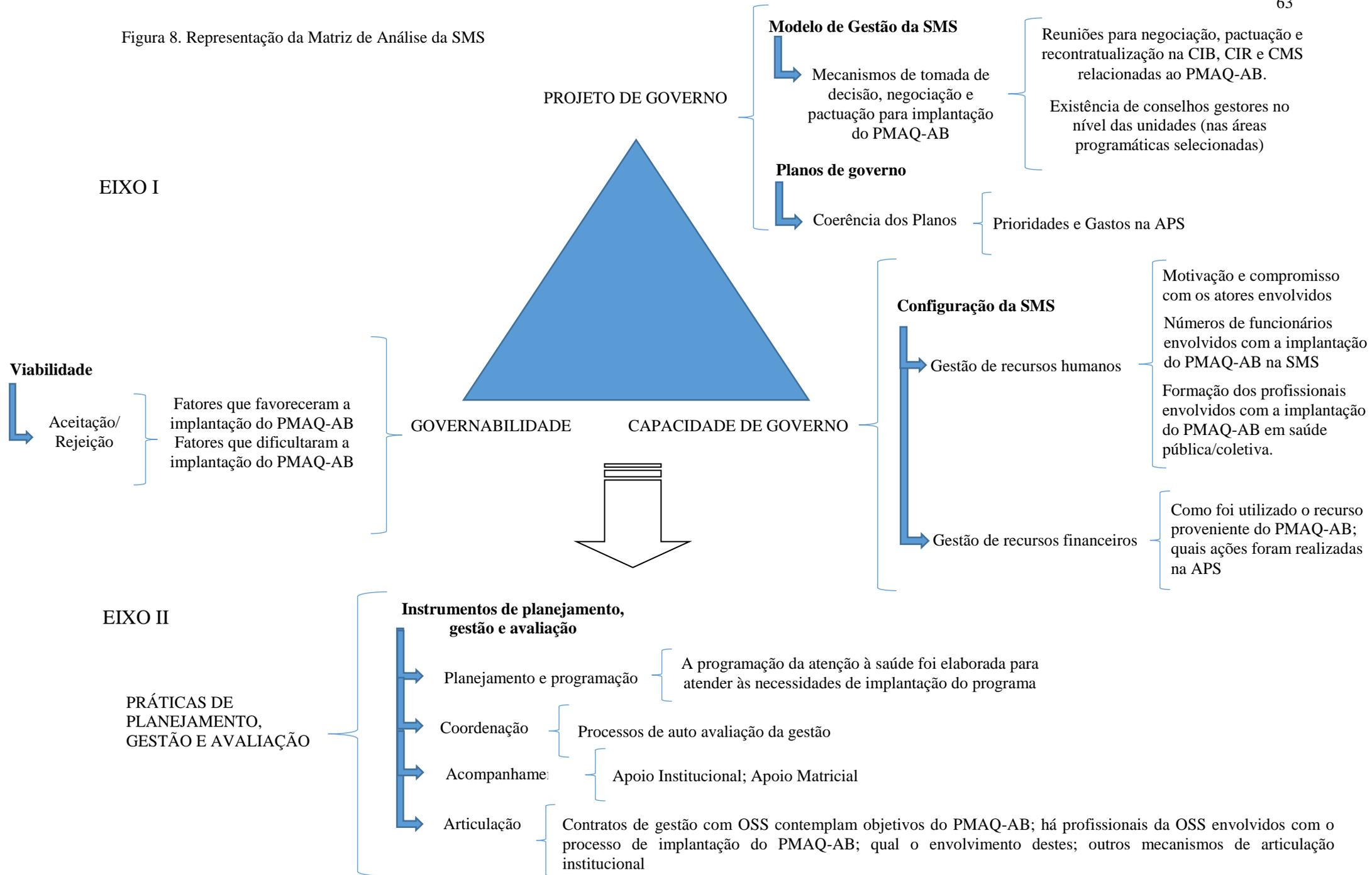
<sup>5</sup> BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70ª ed., 1977, 226p.

Pesquisa da ENSP e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Quadro 4. Matriz de Análise da SMS.

EIXOS DE ANÁLISE DO PAPEL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		COMPONENTES	SUBCOMPONENTES	CRITÉRIOS/INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
I	PROJETO DE GOVERNO	Modelo de Gestão da SMS	Mecanismos de tomada de decisão, negociação e pactuação para implantação do PMAQ-AB	Reuniões para negociação, pactuação e reconstrução na CIB, CIR e CMS relacionadas ao PMAQ-AB.	Pesquisa documental e entrevistas
				Existência de conselhos gestores nas coordenadorias de atenção primária	Entrevistas
		Planos de Governo	Coerência dos Planos	Prioridades estratégicas e gastos na APS	Pesquisa documental
	GOVERNABILIDADE	Viabilidade	Aceitação/Rejeição	Fatores que favoreceram ou dificultaram a implantação do PMAQ-AB	Entrevistas
	CAPACIDADE DE GOVERNO	Configuração da gestão municipal	Gestão de recursos humanos	Motivação e compromisso com os atores envolvidos	Entrevistas
				Números de funcionários envolvidos com a implantação do PMAQ-AB na secretaria municipal e nas áreas de planejamento em saúde	Entrevistas
			Formação dos funcionários envolvidos com a implantação do PMAQ-AB em saúde pública/saúde coletiva.	Entrevistas	
	Gestão de recursos financeiros	Como foi utilizado o recurso proveniente do PMAQ-AB Quais ações foram realizadas na AP	Entrevistas, Pesquisa documental		
II	PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO	Instrumentos de planejamento, gestão e avaliação	Planejamento e programação	A programação da atenção à saúde foi elaborada para atender às necessidades de implantação do programa	Entrevistas, Pesquisa documental
			Coordenação	Processos de autoavaliação da gestão	Entrevistas
			Acompanhamento	Apoio Institucional Apoio Matricial	Entrevistas, Pesquisa documental
			Articulação	Contratos de gestão com OSS contemplam objetivos do PMAQ-AB; Há profissionais da OSS envolvidos com o processo de implantação do PMAQ-AB? Qual o envolvimento destes? Outros mecanismos de articulação institucional	Entrevistas

Figura 8. Representação da Matriz de Análise da SMS



## 6 RESULTADOS

### 6.1 Primeira Etapa: Entrevista com os atores-chave

Foram realizadas dezessete entrevistas com atores-chave: Secretário Municipal de Saúde, Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde no município, gerente do PMAQ no município do Rio de Janeiro, coordenadores ou subcoordenadores de áreas de planejamento ou pessoas indicadas por estas. Os três primeiros são considerados atores-chave do nível central da Secretaria Municipal de Saúde e os demais são considerados atores-chave do nível intermediário da SMS.

Houve a necessidade de realizar um novo roteiro de entrevistas para atores do nível central da SMS, na medida em que os próprios entrevistados do nível intermediário de gestão da SMS indicaram algumas questões próprias do nível central.

Com base nas entrevistas realizadas apresenta-se o perfil dos profissionais dos níveis central e intermediário e pode-se categorizar as falas conforme os componentes da matriz de análise já apresentada: Modelo de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Viabilidade, Configuração da Secretaria Municipal de Saúde e Instrumentos de Planejamento, Gestão e Avaliação.

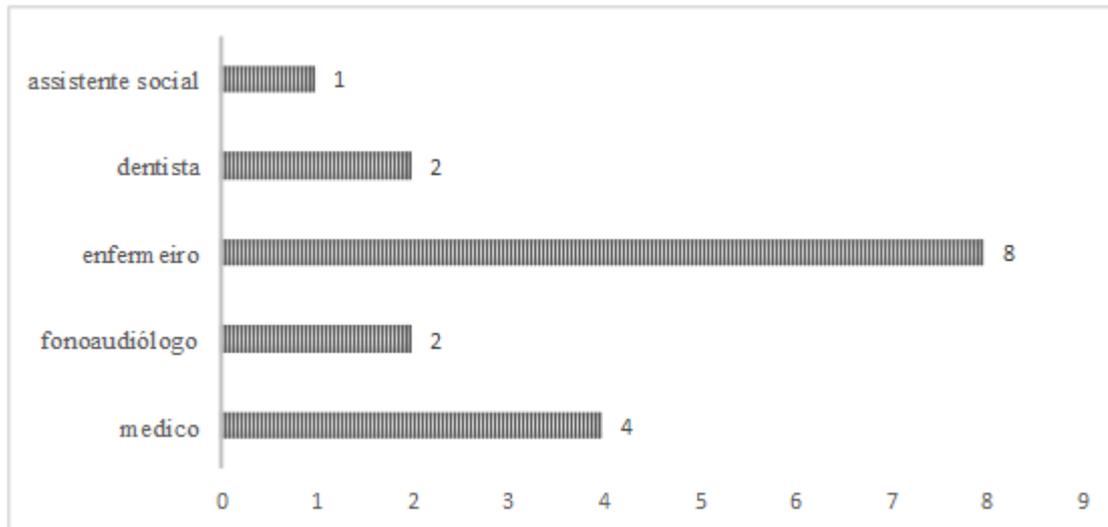
#### Perfil dos profissionais de nível central e intermediário da SMS

O perfil dos entrevistados foi traçado a partir de aspectos como: vínculo empregatício, área de formação acadêmica, formação em saúde pública/coletiva, cargo/função desempenhado pelos entrevistados no nível intermediário de gestão (profissionais ligados às áreas de planejamento em saúde) e tempo de experiência com gestão ou coordenação.

Dos dezessete entrevistados, dois possuíam vínculo empregatício com uma Organização Social de Saúde, os demais eram servidores públicos lotados na Secretaria Municipal de Saúde ou cedidos de outros órgãos públicos.

Com relação a formação acadêmica, houve o predomínio de profissionais das áreas de enfermagem e medicina, como demonstrado no Gráfico 1.

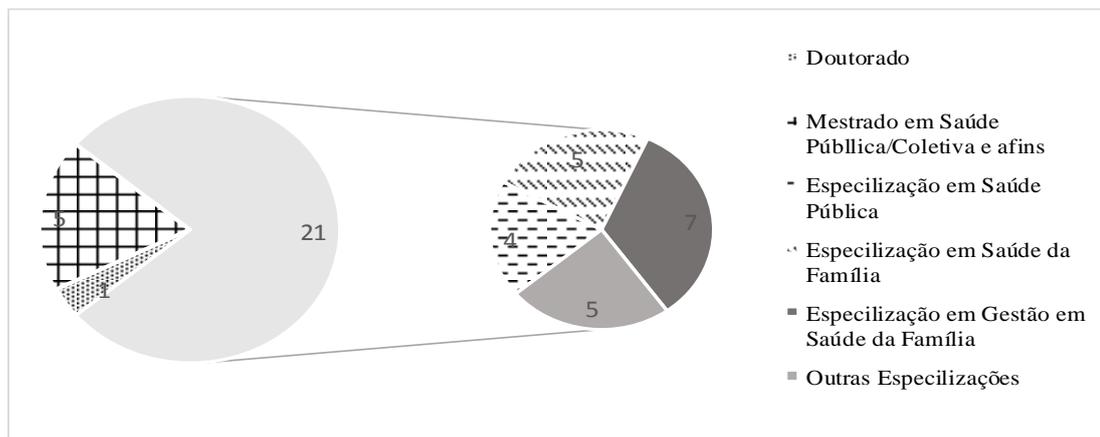
Gráfico 1. Área de formação acadêmica dos entrevistados



FONTE: Dados da Entrevista

Quanto à formação em saúde pública/coletiva, houve o predomínio de especializações, principalmente relacionada à saúde da família, conforme representação no Gráfico 2.

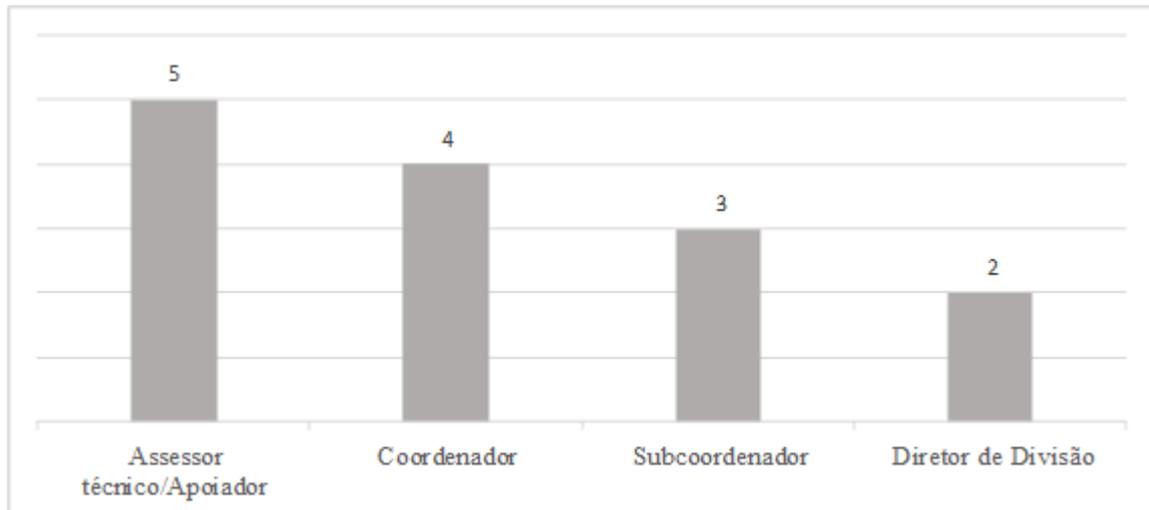
Gráfico 2. Formação em Saúde Pública/Coletiva dos entrevistados



FONTE: Dados da Entrevista

Segundo os profissionais entrevistados nas áreas de planejamento em saúde, nível intermediário de gestão, a maioria foram de sete coordenadores/subcoordenadores das Coordenadorias de Atenção Primárias (CAPs), seguidos de cinco apoiadores e dois diretores de divisão, como está representado no Gráfico 3.

Gráfico 3. Cargo/função dos entrevistados do nível intermediário de gestão



FONTE: Dados da Entrevista

O tempo de experiência dos entrevistados variou entre o mínimo de 5 meses e o máximo de 22 anos de atuação profissional na SMS, com passagens de coordenação ou gestão.

#### Modelo de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 2009, passou por uma reestruturação organizacional, político-administrativa e da atenção à saúde. As reformas na Secretaria Municipal de Saúde foram de aspectos organizacional, administrativo e assistencial. Na reforma político-administrativa houve a adoção de um modelo de gestão por contratação das Organizações Sociais de Saúde, conforme explica um dos entrevistados:

(...) [Prefeito Eduardo Paes] Ele reuniu um grupo de especialistas e foi montado o projeto Saúde Presente, foi um projeto de reforma [que] tinha três pilares principais, uma reforma organizacional, que reformou a própria organização da secretaria municipal de saúde, uma reforma administrativa, que mudou várias ferramentas da gestão e uma reforma da própria atenção à saúde. Então, foram três eixos que nós começamos a desenvolver a partir de um planejamento estratégico ano a ano e que em 2009, os principais marcos foram a aprovação da Lei de OSS no município do Rio de Janeiro, a opção por utilizar o mecanismo de gestão de gerenciamento das unidades por OSS, para que a gente pudesse sair de uma situação de 3,5% para 47%, que é mais ou menos a cobertura que a gente tem hoje. O primeiro edital de OSS foi lançado em 2009 e a primeiro contrato de gestão foi assinado em final de 2009. Então, 2009 foi um marco, uma virada (...) onde começou a executar o que tinha sido planejado. De 2009 para cá (...) nós fizemos licitação para contrato de gestão em todas as áreas da cidade, então hoje nós temos mais de 800 equipes, um dos maiores índices de equipes completas do país, manter equipes completas acima de 90%. (...) eu acho que do ponto de vista da reforma organizacional, da reforma administrativa, a gente pode considerar que foi uma reforma consolidada, a gente ainda está trabalhando muito forte na questão da reforma da atenção à saúde, por que

são questões relacionadas à qualidade da atenção, que em primeiro momento, era de expansão e agora é de qualidade. (NC 2)

Essas reformas foram importantes para mudar o paradigma de saúde do Rio de Janeiro, seguindo o compromisso do governo municipal em prover atenção primária de qualidade, urgência e emergência e assistência ao parto. A importância dessa reforma foi a valorização da Atenção primária com maior destinação de recursos para esse nível de atenção e sua expansão.

O destaque está em que a reestruturação na secretaria municipal mudou o modelo de atenção à saúde, perseguindo os atributos da atenção primária, como acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, primeiro contato, entre outros. Houve a preocupação de não substituir os profissionais que já estavam na atenção primária.

Outro foco da reestruturação da Secretaria de Saúde à nível organizacional, apontado pelos entrevistados, foi a criação de uma subsecretaria específica da atenção primária à saúde – a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, desmembrando a atenção à saúde em atenção primária e atenção de média e alta complexidade. A reforma organizacional além de contribuir com a criação da SUBPAV também possibilitou a divisão clara de orçamentos para a atenção primária em saúde, havia uma distorção dos gastos em saúde no município do Rio de Janeiro, com predomínio para a atenção hospitalar. Um dos motivos dessa distorção era a capacidade de execução dos hospitais, que consumiam os recursos primeiro e se expandiam, por isso a importância de separar os orçamentos, segundo o secretário municipal.

Ainda ocorreu o acréscimo no orçamento da prefeitura destinado à saúde, a prefeitura vinha gastando exclusivamente 15% de seu orçamento com saúde e atualmente gasta mais de 20% de seu orçamento próprio com saúde.

(...). Existia uma subsecretaria que era a SUBAS que ela englobava toda a parte de saúde e a partir de 2009, numa nova estrutura (...) separa essa subsecretaria em duas: a subsecretaria de atenção primaria, promoção da saúde e vigilância e outra a subsecretaria de atenção hospitalar. (...). (NC1)

(...). Então, quando você reconhece essa divisão, a gente sabe que tem algumas questões nem um pouco legais desse tipo de divisão, mas naquele momento essa divisão foi um marco importante de reconhecimento da Atenção Primária, como uma área de conhecimento, de saber [e de planejamento] específico diferente (...) da área hospitalar (NI10).

Com relação a reforma político-administrativa os entrevistados deram destaque principal à autonomia administrativa e financeira possibilitada às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAPs), inclusive como forma de fortalecer a gestão em saúde. Segundo o secretário de saúde, com essas reformas, as CAPs passaram a ter autonomia para gerir os contratos de gestão das Organizações Sociais de Saúde em conformidade com a SUBPAV. As CAPs ficaram responsáveis, em 2009, por elaborar os programas de Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) junto aos conselhos, planejar o território integrado com todos os níveis de atenção e pactuar isso com os conselhos e com a gestão central da SMS. As CAPs não têm poder de gerenciar a alta e média complexidade, mas podem captar vagas de unidades (alta e média complexidade) para a central de regulação e garantir que as mesmas estejam sendo ofertadas pelo município como um todo. A partir de 2015, elas também participaram da avaliação da contratualização dos hospitais universitários e dos hospitais federais.

Essa descentralização busca maior autonomia também para o gerente de unidade de saúde, como explicitam as falas abaixo. A reforma político-administrativa com a contratação das Organizações Sociais de Saúde possibilitou uma maior flexibilidade na administração, em comparação à administração direta, acelerando processos de contratação de profissionais, de aquisição de materiais e de construções e reformas de novas unidades de saúde, como enfatizou o secretário de saúde municipal.

Dentro na nossa reforma organizacional e administrativa a gente promoveu uma importante descentralização financeira às coordenações de áreas em uma cidade com 6 milhões de pessoas, onde uma área nossa chega a ter 900 mil pessoas, não pode achar que uma gestão totalmente centralizada vai ser efetiva. Nós fizemos a descentralização de gestão, ou seja, de responsabilidade acompanhada de recurso financeiro. Os gestores das áreas tiveram seus cargos alçados em uma hierarquia maior, com isso eles acompanham de perto o contrato de gestão de cada área e nossa onda da gestão prevê a descentralização da responsabilidade, com grande autonomia que chega ao gerente da unidade (...). (NC2)

A gente teve uma grande mudança com muito mais autonomia e descentralização. A gente tem uma autonomia, uma descentralização não só de gestão, mas de orçamento (...) funciona como se fosse uma mini Secretaria de Saúde, se a gente parar para pensar na população que a gente tem aqui, é maior que em muitos municípios que a gente tem pelo país. Considero como mais importante [na gestão atual] é essa autonomia, que foi dada para os coordenadores locais, essa gestão local, essa responsabilidade (...) isso é bem importante a partir da mudança do Governo. (NI9)

A reforma assistencial ocorrida na Secretaria de Saúde foi a mais facilmente identificada e abordada pelos entrevistados. Essa reforma assistencial foi traduzida pelo

programa de governo Saúde Presente. O secretário de saúde apontou que a partir de 2009, ocorreu um movimento denominado reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro, com programação de 70% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no final de 2016. Os entrevistados apontaram nessa reforma assistencial a valorização da APS no município, representada pela expansão da ESF, o maior incentivo financeiro, a construção e reformas de unidades de saúde, o aumento no número das equipes de saúde da família, o aumento na cobertura populacional, o aumento do acesso da população aos serviços de saúde. Como consequência dessa mudança houve a melhoria dos indicadores de saúde. Entretanto, essa expansão evidenciou também uma população adoecida e um dos desafios da APS é o olhar longitudinal e integral da atenção à saúde.

(...) A atenção primária além de atender aos atributos essenciais do primeiro contato, da longitudinalidade, da vinculação (...) precisava ser resolutiva. Nós desenhamos uma atenção primária para resolver 80-85% dos problemas de saúde corriqueiros da população. (...). Nós criamos uma carteira de serviços (...), todas as unidades de saúde têm uma carteira básica de serviços (...), elas têm que prover o mesmo padrão de recursos de forma que o cidadão saiba o que esperar da atenção primária. (...) [essa] questão da padronização, das regras claras junto com a concentração de tecnologias na atenção primária foram diferenciais e acertos importantes para o sucesso que a gente tenha atingido, embora problemas existam sempre. (NC2)

A reestruturação se baseou na expansão da Estratégia de Saúde da Família. (...). Determinou que a atenção primária em saúde seria a porta de entrada e a coordenadora do cuidado. Então essa foi a principal característica de reestruturação. (...). Você sai daquele modelo de CMS, de programa e passa a ter (...) a Estratégia de Saúde da Família, passa de uma cobertura de aproximadamente 3,5% para hoje em torno de 48%. (NC1)

Foram criados vários instrumentos que permitiram você avaliar melhor essa questão do processo de trabalho na atenção básica (...) [permitiu] maior clareza do trabalho dentro da atenção básica e maior responsabilidade, passou a coordenar melhor a questão do cuidado e da gestão como um todo (...). (NI14)

Com relação aos Mecanismos de tomada de decisão, negociação e pactuação para implantação do PMAQ-AB não foram identificados pelos entrevistados participação efetiva da SMS nesse processo. Os entrevistados do nível intermediário de gestão não souberam responder ou achavam que deve ter ocorrido algum processo no nível central com envolvimento do subsecretário ou do secretário de saúde.

Da mesma forma, o processo de reconstrução do PMAQ-AB não foi identificado como um processo claro para os entrevistados do nível intermediário e no nível central houve o reconhecimento de que ainda é um processo em amadurecimento.

O município não pactua. No final do processo, o objetivo é que sempre ocorra uma melhora naqueles indicadores, seja indicador do sistema ou indicador da avaliação externa (...). A gente espera que dentro daquela subdimensão haja uma melhora, na comparação dentro do estrato principalmente do estado e do Brasil (...). A gente não faz uma pactuação de metas. (...). Não houve uma contratualização, não houve uma preparação para a certificação, na verdade é um processo que já estava acontecendo dentro daquele escopo da reforma da atenção primária (...) já vinha acontecendo (...) (NC1)

Foram identificados a existência de conselhos gestores e reuniões como forma de participação e canal de comunicação entre a SMS, as CAPs e os gerentes de unidades de saúde e as OSS para discussões sobre as linhas de cuidados, indicadores, etc.

### Viabilidade

No componente Viabilidade ou a aceitação/rejeição destas mudanças na SMS, o secretário de saúde afirmou que o investimento na atenção primária e a satisfação da população com relação ao sistema é reconhecido, “hoje a saúde da família é mais solicitada para o gabinete do prefeito e dos vereadores do que saneamento e asfalto, que eram anteriormente”. Esse é um ponto valorizado, o reconhecimento da população.

Com relação a essas mudanças ocorridas na Secretaria Municipal de Saúde a partir de 2009, alguns pontos ainda são controversos para os entrevistados, principalmente com relação a opção da Secretaria Municipal pela gestão de serviços por contratos com as OSS. Alguns entrevistados apontaram como essencial esta estratégia, já que o modelo anterior de gestão direta não estava sendo eficaz. Apontaram a necessidade de renovação dos profissionais de saúde, com uma visão mais abrangente sobre saúde, voltados à saúde pública/coletiva. Houve ainda o maior desenvolvimento da rede de saúde, uma maior organização do cuidado, com a ESF. Outros apontam que com essa expansão muitos profissionais de saúde das OSS não possuem uma qualificação adequada ou não passam por processos avaliativos e que há ainda uma grande rotatividade destes profissionais dificultando a continuidade dos serviços. Há o ressentimento dos profissionais servidores municipais que se percebem em uma marginalização na implantação da gestão por OSS, seja pela diferença salarial seja pela ausência de participação na construção dos contratos de gestão das OSS, já que estes estão em contato direto com as áreas de planejamento e poderiam contribuir com especificidades.

Os entrevistados reforçaram que os fatores que contribuiriam para essas mudanças foram: o desejo/olhar político dos gestores responsáveis pela proposta de reorganização da secretaria municipal já descrita, com destaque para o fato de atual secretário municipal de saúde ter promovido anteriormente mudanças significativas quando ocupou a posição de

subsecretário da SUBPAV; o investimento na atenção primária em saúde, a construção/reforma das unidades básicas de saúde, a expansão da Estratégia de Saúde da Família, a melhoria de indicadores de saúde, um canal de comunicação integrado, além da comparação com outras experiências positivas de estados e municípios na reorientação da APS.

A Secretaria Municipal de Saúde apoiou, na percepção dos entrevistados, a implantação de um programa avaliativo, participativo, voltado para a reflexão do processo de trabalho como o PMAQ-AB, já que houve uma aproximação do nível central da SMS, um apoio quanto às ações a serem realizadas na APS e também na implantação do PMAQ-AB. Seguem algumas falas:

(...) Sempre houve uma preocupação muito grande da gente expandir rápido, mas expandir com qualidade. Porque a gente precisava provar para a sociedade, para nossa sustentabilidade política e para nós mesmos que esse é o caminho de qualificação da atenção primária, de organização do sistema e principalmente demarcar e restabelecer o peso necessário para atenção Primária frente as disputas orçamentárias com a atenção Hospitalar. Então se a gente não mostrasse que a gente tem um bom resultado, é resolutivo, tem qualidade, tem um bom quadro, a gente corre o risco de não ter argumento suficiente para manter a Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Primária na agenda prioritária do governo (...). (NI10)

Todo o trabalho deles, empenho deles para a implantação favoreceu a implantação do PMAQ na nossa área e no município todo. Hoje quando a gente fala do PMAQ-AB e quando a gente fala em instrumentos de avaliação as equipes já entendem, já valorizam mais e já realizam com mais facilidade (...). Isso tudo começou através da percepção da gestão municipal para estar implantando esse instrumento (...). (NI6)

O Ministério da Saúde foi identificado como indutor do PMAQ-AB, sendo uma oportunidade para comparar os processos de trabalho e identificar ações favoráveis para a APS. Contudo, principalmente para os entrevistados do nível intermediário de gestão houve pouco contato tanto com a Secretaria Estadual de Saúde quanto com o Ministério de Saúde no processo de implantação do PMAQ-AB.

Os desafios apontados pelos entrevistados da gestão central da SMS à qualificação da APS foram a magnitude do município com tantas vulnerabilidades e o alto índice de violência. O secretário de saúde enfatizou outros desafios, como a formação profissional em saúde voltada à APS, a sustentabilidade econômico-financeira, a adesão da classe média ao SUS e a mudança de cultura da população em relação a demanda por procedimentos desnecessários à saúde.

Quanto à formação dos profissionais de saúde, o secretário de saúde afirmou que em todas as universidades com cursos na área da saúde, os alunos passam pela atenção primária,

representando um ganho na formação profissional; há o investimento dentro da secretaria municipal com mais de 800 médicos em cursos de pós-graduação, mais de 150 vagas de residência em medicina de família no município, há ainda o financiamento de bolsas dos alunos da UFRJ e da UERJ para expandir os programas também nas duas universidades, proporcionando uma formação de profissionais para assumir as novas clínicas, ou seja, postos de trabalho que vem sendo criados. A prefeitura do Rio financia um mestrado em atenção primária no SUS e também incentiva processos de educação permanente através dos ciclos de debates, da rede de observatório de tecnologia de informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde (OTICS).

Com relação à sustentabilidade econômico-financeira o secretário explicou que já se percebe um equilíbrio do próprio orçamento da saúde entre a atenção primária e a atenção hospitalar, também uma redução importante de internações por condições sensíveis à atenção primária, uma redução muito grande de internações de pediatria – todos estes são gastos evitáveis em atenção hospitalar a partir de cuidados da atenção primária - e um equilíbrio maior entre esses orçamentos.

A prefeitura tem cerca de 20% do seu orçamento destinado à saúde, algo inimaginável em outros momentos. Contudo, a redução gradativa da participação federal é muito acentuada, o governo federal não ampliou nos últimos anos o ajuste do PAB fixo e do PAB variável, também não reajustou as tabelas de alta e média complexidade, o Ministério da Saúde recebeu um corte de cerca de 12 bilhões de reais em 2015, o governo federal remanejou essa mudança de orçamento para outros programas com interesses pouco explicitados. A Câmara dos Vereadores do município doou em 2014 um montante de 130 milhões de reais à prefeitura para investimentos nas clínicas de família. O secretário enfatizou que esta ação mostra a aceitação e a solicitação da população para ampliação dos serviços de atenção primária.

Para os entrevistados, os fatores que mais contribuíram para a implantação do PMAQ-AB foram a posição política da SMS e da CAP nos apoios para a implantação do PMAQ-AB, o entendimento do programa como uma forma de avaliação para melhoria da qualidade e da expansão da ESF, a sensibilização dos atores envolvidos:

(...) A própria expansão da Atenção Primária (...), precisa ter um instrumento que vai avaliar tanto a questão do acesso quanto da própria qualidade. (...). Quando você cresce muito, você tem uma preocupação com a questão de expandir que nem sempre você consegue trabalhar junto a questão da qualidade. (...) O olhar externo é que faz a diferença para gente no nosso processo (...). (NI8)

Já os fatores que dificultaram a implantação do PMAQ-AB foram principalmente a demora nas respostas das avaliações do PMAQ-AB pelo Ministério da Saúde à própria Secretaria, depois às CAPS e às equipes; a rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família; indisponibilidade das equipes de saúde para a discussão dos processos do PMAQ-AB; a dificuldade de trabalhar com um processo avaliativo ainda permeado por um caráter punitivo, com vulnerabilidade do avaliado e caráter pontual, com pouca atuação dos apoiadores do Ministério da Saúde a questões específicas do município.

#### Configuração da Secretaria Municipal de Saúde

Quanto à gestão de recursos humanos, ficou claro pelas falas dos entrevistados que não há uma equipe específica para cada programa de saúde. Os profissionais das CAPs dividem a área em territórios e os profissionais trabalham como apoiadores desses territórios, responsáveis por acompanhar unidades de saúde de dada região e também são responsáveis por vários programas de saúde ou linhas de cuidado.

Com relação ao PMAQ-AB, a estratégia utilizada pela SMS foi que cada CAP selecionasse cerca de dois profissionais para atuarem como multiplicadores do PMAQ-AB nas próprias CAPs e fossem as referências para possíveis conversas com o nível central. No nível central, inicialmente, havia uma equipe de dez profissionais envolvidos com o PMAQ-AB, mas posteriormente os profissionais dessa equipe foram diminuindo, chegando a duas para o segundo ciclo do PMAQ-AB.

(...). Todos trabalham em tudo aqui, a gente visita unidade, trabalha os indicadores, banco de dados, a gente faz discussão, trabalha junto com as outras [divisões da CAP] (...). Apoiador tem que estar ciente de tudo, ele vai trabalhar a implantação do PMAQ-AB junto com o responsável técnico, o Gerente da unidade dele, mas ele também está trabalhando na hanseníase, na Linha de Cuidado da Mulher e da Criança, do Adulto, do Idoso, a transversalidade, da Tuberculose, da Hepatite viral (...). Se a gente for separar quem consolida os dados do PMAQ-AB, uma pessoa. Quem é o apoiador [multiplicador] do PMAQ (...), eu e mais duas pessoas (...). (NI7)

Os principais atores envolvidos no processo de implantação do PMAQ-AB identificados pelos entrevistados foram: as equipes de saúde da família, os gerentes das unidades, as CAPs, os apoiadores das CAPs, o responsável pelo PMAQ-AB na SMS e a SMS.

Quanto a gestão de recursos financeiros, o recurso financeiro proveniente do PMAQ-AB e a utilização dele não são claros para os entrevistados, principalmente para os do nível intermediário. Sabe-se que o recurso é destinado fundo a fundo e que o mesmo deve ser

utilizado na APS. Já entrevistados do nível central ou que já tiveram contato direto no nível central afirmaram que o recurso é utilizado para pagamento dos contratos de gestão.

O secretário de saúde explicou que os recursos provenientes do PMAQ-AB foram utilizados para suprir o que foi retirado do PAB fixo e variável, quando se deixou de dar o reajuste nos últimos quatro anos pelo Ministério da saúde. Se comparar o valor que se deixou de receber pelo Ministério da Saúde e o valor recebido pelo município por equipe, o valor total diminuiu. Deixou-se de dar os reajustes para colocar recursos no PMAQ-AB, quando se fez isso gerou um déficit grande e os recursos do PMAQ-AB entraram para suprir estes déficits, uma das primeiras portarias que gerou esse dano foi quando houve o reajuste do PAB dos municípios menores e congelou-se o PAB das capitais. Ainda segundo o secretário, o município do Rio de Janeiro investe na equipe de atenção primária cerca de 98mil reais/mês e não recebe um recurso equivalente.

#### Instrumentos de Planejamento, Gestão e Avaliação

No componente Instrumentos de Planejamento, Gestão e Avaliação, foram identificados vários instrumentos de planejamento, gestão e avaliação pelos entrevistados. Os entrevistados apontam que alguns instrumentos já eram utilizados nos governos anteriores, mas a partir de 2009 houve uma maior preocupação com a efetiva utilização destes instrumentos. Foram utilizados instrumentos de acompanhamento da APS com metas de desempenho e metas assistenciais quantitativas e qualitativas. São exemplos: os contratos de gestão das OSS que estão divididos em três conjuntos de variáveis: incentivo institucional à gestão do TEIAS, incentivo à qualificação das unidades de saúde e incentivo à gestão clínica com indicadores de gerenciamento e gestão das unidades de saúde, das OSS e das equipes de saúde; indicadores de processo para dar conta dos indicadores dos pactos nacionais. São ainda utilizados indicadores de um acordo de resultados assinado entre o gabinete do prefeito e a SMS, estes podem ou não gerar um pagamento diferenciado e indicadores pactuados pela Casa Civil.

O relatório de gestão construído anualmente também foi identificado como importante instrumento de planejamento, gestão e avaliação. Este, entretanto já era utilizado nos anos anteriores a 2009. O planejamento anual das CAPs também era produzido no final do ano. Os indicadores de processo de trabalho foram incorporados aos relatórios de gestão a partir de 2009. A constituição do TEIAS foi destacada como importante instrumento de planejamento.

Mecanismos para organização do cuidado, padronização dos serviços foram apontados como o SISREG, a carteira de serviços, a criação de protocolos assistenciais. AMQ, AMAQ,

PCATool, Certificados de Reconhecimento Da qualidade do Cuidado - CRCQ foram identificados como instrumentos de avaliação. O seminário de gestão anual, prestação de contas ou accountability feito pelas equipes de saúde da família aos gestores do nível central, das CAPs e à população local. O prontuário eletrônico também foi identificado como mecanismo de avaliação, por meio dos indicadores das três variáveis de gestão dos contratos com as OSS, estas são variáveis do pagamento por desempenho. A criação do portal da SUBPAV (disponível em <https://subpav.org/logar.php>), portal de acompanhamento da SMS e o site *Onde ser atendido* da SUBPAV (disponível em <http://www.subpav.org/ondeser atendido/>) foram destacados também. Este último como forma de possibilitar mais esclarecimentos à população.

Instrumentos próprios foram criados em algumas CAPs para fins de planejamento, gestão e avaliação. O próprio Plano Municipal de Saúde, como um mínimo de discussão, também foi apontado como processo democrático de construção.

Além de todos os indicadores dos pactos nacionais que são acompanhados, nós temos o contrato de gestão que tem três níveis de indicadores, tem o nível de indicador voltado para a gestão e gerenciamento, indicadores de gerenciamento e gestão das unidades de saúde, das organizações sociais e das equipes, além dos pactos dos indicadores, temos uma série de indicadores de processo que são acompanhados por uma comissão trimestralmente. E como mecanismo de acompanhamento e monitoramento destes conjuntos de indicadores, nós temos uma série de instrumentos dentro da gestão, a gente faz momentos de comunicação, de avaliação de produção, avaliação de indicadores até a gente ter individualmente cada equipe prestando contas dos seus indicadores do nível local junto com a atenção primária. Além disso, nós temos o acordo de resultados que a secretaria assina com o prefeito e esses acordos podem ou não gerar um pagamento diferenciado de acordo com o segmento. A casa civil tem um grupo de gestores, de indicadores que a partir de vários projetos acompanham esses indicadores. (...). Então, a gente tem uma série de mecanismo de comunicação e tem uma série de instrumentos de monitoramento desses indicadores. (NC2)

Quanto ao subcomponente *planejamento e programação do PMAQ-AB*, para os entrevistados de uma forma geral não houve modificação nos Planos Municipais de Saúde ou na programação anual de saúde ou mesmo das próprias CAPs para adaptação ao PMAQ-AB. Alguns afirmam que os contratos de gestão das OSS são readaptados conforme as necessidades das áreas, especificidades das CAPs ou até mesmo após identificação de metas ou indicadores pouco alcançáveis.

Quanto ao processo de implantação do PMAQ-AB foram identificados pelos entrevistados os processos operacionais da SMS e das CAPs nas diferentes fases do programa. A fase da adesão com o pronunciamento de interesse pelas equipes elegíveis, assinatura dos termos pelo secretário de saúde. Posteriormente, fase de desenvolvimento das ações, com a

sensibilização da secretaria às CAPs (multiplicadores das CAPs) e destes aos gerentes das unidades de saúde, fornecendo apoio matricial e institucional para as equipes de saúde. Na avaliação externa houve apoio para consolidar documentos necessários para comprovações como um kit PMAQ-AB fornecido pela gerencia do PMAQ-AB, no nível central, para os gerentes das unidades, e quando necessário as CAPs e OSS eram acionadas para providenciar algum material que estivesse faltando nas unidades de saúde.

No subcomponente da *Coordenação dos processos de autoavaliação da gestão*,

(...) [No] Rio de Janeiro usava os instrumentos de avaliação do [AMQ] em 2006, (...) em 2010 antes da PNAB, nós retornamos um processo de autoavaliação (...), por que a gente achava que no momento de expansão, muitas equipes estavam sendo criadas, o AMQ era um excelente instrumento norteador de processo de trabalho e isso ajudaria a qualificação da assistência (...) nós fizemos oficinas em todas [as áreas de planejamento], treinamos multiplicadores e as equipes começaram a responder (...). Quando começou a questão do PMAQ (...), a gente já tinha a autoavaliação respondida (...). [A autoavaliação] era a todos os níveis, central, CAPs e equipes. (...) (NC1)

Foram realizados dois seminários para discussão sobre a autoavaliação, além das oficinas com multiplicadores, indicados pelas CAPs; também foi criado um blog para discussão e a disponibilidade de contato via telefone para discussões de questões relacionadas à auto avaliação.

Os entrevistados afirmaram que houve o preenchimento do instrumento de avaliação utilizado pelo município, AMQ em sua maioria, durante o período de 2009 a 2014. O processo de autoavaliação foi entendido de diferentes formas pelos entrevistados. Alguns entrevistados das CAPs afirmaram que no processo de autoavaliação foi utilizado o caderno AMQ ou AMAQ e que foi discutido em conjunto nas CAPs, houve uma aproximação com a SMS também para essa discussão e uma participação em conjunto também com os gerentes das unidades. Outros apontam que apenas responderam os cadernos e enviaram para a SMS sem que houvesse uma participação coletiva. Houve pouco reconhecimento de alguns entrevistados da participação das CAPs nesse processo, enquanto parte integrante da secretaria municipal. Entretanto, outros apontam que a medida que a CAP foi acompanhando o processo de autoavaliação das equipes de saúde também foram repensando os próprios processos dentro das CAPs, houve o reconhecimento inclusive de uma mudança de estratégia na autoavaliação da CAP com envolvimento maior de todos os profissionais e não somente profissionais da Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS).

Teve um caderno na AMQ. Um caderno que era da coordenação local por área. Tinha o caderno da gestão do nível central, um caderno [das CAPs] e os das equipes.

Então a gente preenchia esse caderno. (...) A AMAQ foi trabalhada em conjunto, até para o entendimento, para construção a gente ainda vai responder a parte da Coordenação da atenção primária, mas o tempo todo a gente tem esse feedback. Tem essa troca com a Secretaria. [Existe este canal] o tempo inteiro desde a AMQ, agora com a AMAQ a gente vai começar a trabalhar as equipes (...). (NI13)

A gente foi fazendo, já tinha instituído nossos processos de trabalho, a gente percebe que dentro de uma mesma unidade, equipes seguem metodologias de trabalho diferentes (...), a gente começou no processo de unificar o processo de trabalho dentro de uma unidade, [que] fosse único independente da equipe. (...). A medida que a CAP foi vendo a necessidade das mudanças na unidade, ela também começou a perceber e a mudar um pouco o processo de trabalho (...), conseqüentemente, a gerencia do nível central tenha tido a mesma concepção na medida que [foram] nas oficinas do PMAQ, a gente ia pontuando algumas coisas, ia fazendo a construção e adequação em algumas linhas de cuidado, processo de trabalho que a gente ia identificando, mas de baixo para cima (...). (NI3)

Quanto ao *acompanhamento no processo de implantação do PMAQ-AB*, ou seja, o apoio institucional e matricial oferecido. Como explica o entrevistado abaixo, no município do Rio de Janeiro, esse acompanhamento de seu em linha direta da Secretaria municipal para as CAPs, com envolvimento dos responsáveis a nível central pelo PMAQ-AB e os multiplicadores das CAPs e destas para as unidades de saúde da família, principalmente com envolvimento dos apoiadores das CAPs e dos gerentes de unidades.

O apoio institucional faz parte do processo de trabalho desde o nível central ao nível intermediário de gestão para apoiar as ações em saúde a níveis locais. O apoio matricial foi reconhecido no processo de implantação do PMAQ-AB na construção da matriz de intervenção com as equipes de saúde, apesar de alguns entrevistados das CAPs afirmarem que também aplicam a matriz de intervenções nos processos de trabalho desenvolvidos nas CAPs.

Quanto ao PMAQ-AB, houve inicialmente oficinas de sensibilização dos multiplicadores das CAPs, com reuniões de acompanhamento com estes profissionais para discussão sobre o PMAQ-AB. Os multiplicadores das CAPs também realizavam oficinas de sensibilização com gerentes de unidades principalmente e com as equipes de saúde conforme necessidade. Todas as unidades de saúde receberam pelo menos uma reunião com profissionais do nível central ou das CAPs e a medida que os gerentes apontavam dificuldades com algumas equipes, havia uma maior aproximação das CAPs.

Na sensibilização há a proposta de ênfase na adesão das equipes, na compreensão dos processos do PMAQ-AB, na importância desse tipo de programa para o município, para as equipes reconhecerem os processos de trabalho a fim de qualificar o trabalho, a responsabilidade das equipes para com a população e as conseqüências das ações realizadas.

Cada apoiador da CAP é responsável por duas ou três unidades de saúde e esse apoiador trabalha junto com os gerentes das unidades, acompanhando as dificuldades e as facilidades, apoiando a construção da matriz de intervenções.

(...). É uma árvore, tem o tronco e a gente vai capilarizando as questões. O nível central (...) dá suporte as CAPs. As CAPs têm seus apoiadores de território, vai junto as unidades de saúde e tem gerente da unidade de saúde, que a gente agrega nesse processo para também estar trabalhando nas unidades de saúde (...). Vai capilarizando até chegar as equipes. (...). Cada CAP tinha uma ou duas pessoas que eram o [multiplicador], nós fazíamos reuniões regulares (...). Primeiro houve reunião com todos os coordenadores para explicar o processo, foram 10 reuniões, depois teve reunião aqui e cada coordenador [indicou] pessoa. Fizemos reuniões periódicas aqui quinzenais ou mensais com esses [multiplicadores] para poder explicar, discutir. Nós fizemos isso (...) com essa referência da CAP e os gerentes das unidades para explicar todo o processo aos gerentes de unidades, adesão (...), explicar o processo de avaliação externa, o que seria, como seria, as pessoas iriam lá, havia um rol de documentos a serem apresentados (...). Foi uma cascata de ações (...). (NC1)

(...). Enquanto apoiadora nossa participação era predominantemente junto ao Gerente, (...) era o apoio. A gente tinha que estar junto ao gerente, coordenando o que ele tinha dificuldade nesse processo, de entendimento do processo. Alguns pediam para a gente estar junto da equipe também. Intervindo em algumas questões, que ele considerasse pertinente. (...). [Questões estruturais] a gente tinha apoio [da CAP ou da OSS] e das questões de processo, a Secretaria (...) dava todo o apoio para a gente nas questões de processo (...). (NI12)

Quanto à *Articulação da Secretaria Municipal* com outras instituições para apoiar a implantação do PAMQ-AB a maioria dos entrevistados responderam que houve apenas relação entre a SMS, as CAPs e as OSS.

A participação das OSS deu-se como apoio técnico nas unidades de saúde e quanto provedores de infraestrutura. As ações das OSS estão firmadas pelos contratos de gestão, assim a participação das OSS na implantação do PMAQ-AB faz parte das ações previstas no contrato, com relação a questões de manutenção, infraestrutura. Alguns entrevistados afirmaram que as ações de acompanhamento e monitoramento nas CAPs são feitas em parceria com as OSS, não havendo dicotomia entre CAP e OSS. Alguns entrevistados discordam de apoio técnico oferecido pelas OSS, confirmaram apenas o envolvimento com infraestrutura das unidades de saúde.

Os contratos de gestão são os mecanismos formais de comunicação entre as OSS, mas segundo os entrevistados há uma comunicação entre as CAPs e as OSS para possíveis alterações no contrato conforme as necessidades das áreas. Segundo o secretário de saúde, pode-se ter alterações em algumas rubricas do contrato, mas metas e indicadores não podem ser alterados sem autorização da SMS.

Quanto ao envolvimento/atuação das OSS no novo modelo de gestão de saúde do Rio de Janeiro, segue a fala:

(...). Questão de certa falência de um modelo anterior, pelo menos numa questão da cultura da nossa instituição, a gente não conseguiu avançar com o modelo da administração direta (...). Os contratos de gestão vieram oxigenar toda nossa administração do ponto de vista de flexibilidade e de transparência (...). Essa experiência de gerenciamento conjunto, cogestão, [tive alguns acertos, como] a gente definiu que a OSS não tem protagonismo na identificação da política, na determinação das formas e prioridades da gestão, [nem] protagonismo na identificação visual das unidades [identificação da logomarca da OSS]. (...). As OSS têm permitido a gente implementar uma carreira que privilegie a formação, a gente paga de forma diferenciada para o médico que tem residência, que assume responsabilidades, o médico que aceita fazer preceptorial de alunos e residentes, a gente conseguiu estabelecer um salário diferenciado a partir da qualificação, a gente conseguiu fazer um pagamento por performance para as equipes e a gente conseguiu fazer vários mecanismos de indução da qualidade. Agora, não é um modelo pronto, quando a gente começou, a gente teve experiências com OSS boas e ruins, ruins nós (...) desqualificamos e trocamos a parceria (...). Em paralelo, a prefeitura criou uma empresa pública de saúde, a empresa Rio Saúde, que é mais um mecanismo a disposição para que a gente possa, à medida que uma OSS não vai bem, assumir a unidade através dessa empresa, de uma forma ágil sem perda da qualidade e também experimentar diferentes formas de mecanismo de gestão e do avanço da atenção primária (...). (NC2)

As OSS executam uma política definida pela Secretaria Municipal de Saúde por meio dos contratos de gestão, elas têm um papel muito mais administrativo. Segundo o secretário de saúde, as OSS influenciam muito a velocidade administrativa da máquina, há uma rápida reposição de profissionais de atenção primária caso necessário, velocidade na elevação do quantitativo de profissionais, no tempo de compra, importante a participação das OSS nas reformas das unidades, o tempo de reforma foi muito menor. Todos os profissionais das OSS têm vínculo celetista e têm seus direitos trabalhistas garantidos, não houve a percepção do secretário quanto a uma rotatividade de profissionais. A corresponsabilização da gestão é importante, é outro ente da sociedade que é corresponsável pelo o que se faz no território, pelos processos de compra, processos de territorialização, são instituições da sociedade civil parceiras da instituição pública, com uma gestão mais ágil.

A SMS criou uma empresa pública, Rio Saúde, que na visão do secretário de saúde carregou todas as amarras da administração pública direta, o modelo de seleção de profissionais da Rio Saúde é muito próximo ao modelo de concurso da administração direta, o tempo de compras da Rio Saúde também tem que ser feito por licitação e tem um tempo de compra muito próximo da administração direta. As vantagens da empresa pública não ficaram ainda muito configuradas, o secretário espera uma reforma do aparelho do estado para que se tenha maior flexibilidade administrativa.

Com relação ao questionamento se o processo de implantação do PMAQ-AB influenciou ou não o resultado da certificação das equipes, os entrevistados entenderam que o processo de implantação participativo, democrático com possibilidade de adesão, com o entendimento claro da proposta e a forma como este é transmitido possibilitam a utilização do programa como ferramentas de gestão e avaliação e contribui com um resultado positivo. A aproximação do nível central, das CAPs e dos gerentes às equipes de saúde, mutuamente, proporcionou uma maior segurança nas ações, beneficiando o processo de qualificação. Também o sentimento de construção participativa de uma intervenção, o sentimento de pertencimento favorece a adesão dos profissionais e estimula o desenvolvimento das ações.

(...) O resultado está tão relacionado que a gente percebe nessa questão do apoio tanto aqui em nível local, (...) por mais que você trabalhe, que você faça oficina, precisa sensibilizar. (...) a equipe aderiu porque percebeu a importância disso. Outra aderiu porque percebe que se não aderir poderia sofrer alguma sanção ou seria beneficiado pela adesão e o resultado está muitas vezes ligado a isso. (...) Dependendo de como a gestão municipal [trabalha], como ela vai colocar isso para as Coordenações e como ela vê isso. Esses resultados o que importa é a qualidade e não a quantidade, por que as vezes começa com um número menor e esse grupo começa a ter uma avaliação positiva, um desempenho bom, que de uma certa forma dá uma visibilidade (...). Esse movimento acaba sendo um movimento de onda, de contaminar os outros, diferente quando o negócio é imposto (...). A Gestão acaba influenciando sim os resultados da forma como ela vai trabalhar isso com eles (...). (NI8)

(...) É mais um elemento de gestão que está sendo implantado, aliado. Isoladamente, descontextualizado poderia vir da forma que fosse poderia não acontecer em nada. (...). Estão alinhados, não está em conflito com interesses da gestão superior, é um processo que foi construído coletivamente e está evoluindo. Os resultados na CAP, no município do Rio de Janeiro, é um resultado coletivo (...) [PMAQ-AB] contribuiu para a melhoria de qualidade. (...) Tenho certeza que esta forma é mais adequada, pensando na perspectiva da auto adesão, esse processo de sedução, sensibilização, de aceitação é a única forma que se possa implantar, se você for fazer de uma forma autocrática, não vai acontecer. (NI4)

Outros entenderam que o programa é mais uma forma de qualificar a APS e é somado ao conjunto de outras ações desenvolvidas.

(...) Além do PMAQ-AB a gente tem os relatórios de gestão, onde é feito a matriz também, o accountability, as unidades fazem uma autoavaliação, tem o apoio institucional, tem o CRCQ (...). A gente tem vários [instrumentos] que induzem uma certificação, (...) quando chega o PMAQ-AB já está mais fácil porque [vários fatores] contribuíram para [que] aquele indicador do PMAQ fosse contemplado (...). (NI3)

(...) É multifatorial, também contribui para que o resultado tenha um resultado melhor uma classificação melhor, mas não é o PMAQ-AB sozinho (...). São várias ações, estratégias que a gente utiliza junto com a estratégia do PMAQ-AB (...).

Quando a gente associa e vai qualificando (...), faz melhorar trabalho, são vários fatores juntos (...). (NI2)

Outros apontam que a Estratégia de Saúde da Família ainda está em implantação e que ainda não houve maturidade para desenvolver um trabalho de qualidade. Alguns mostraram também um certo estranhamento no resultado positivo ou negativo de algumas equipes, unidades que eles não acreditavam, mostrando um pouco de divergências nas avaliações sobre equipes e unidades (seja por causa da localização precária, o modelo tradicional associado ou a estrutura precária da unidade) e também destacaram o comprometimento das equipes com ou sem perfil para os pressupostos da ESF, como um modelo de atenção.

(...) Como todo processo de certificação acho que teve suas falhas, no primeiro ciclo, se valorizou muitos os processos de trabalho (...), nossa rede é muito heterogênea, nós temos áreas com dificuldades (...). [Algumas equipes] ainda estão nesse processo de estruturação, aquelas que tinham um tempo maior de funcionamento, tinham um processo de trabalho mais consolidado, teve um resultado melhor (...). (NC1)

(...). No primeiro momento a unidade tinha a opção de aderir ou não. No segundo momento foi opcional mas houve a orientação para [aderir] e também tivemos resultados ruins. (...). Pode ter haver com a rotatividade do profissional, interfere muito (...), o compromisso da equipe, [tem] equipe muito comprometida, reconhece o trabalho enquanto atenção básica os princípios, o que no norteia esse trabalho, [tem] haver com o perfil da equipe e tem equipes que não tem esse perfil, dificultam (...). A forma como a equipe vê o trabalho da atenção básica, como ela entende o trabalho da Atenção Básica, se ela desenvolve bem o trabalho da Atenção Básica ela vai aderir ao PMAQ sem muitas dificuldades, mas se ela não tem o perfil de trabalho, se o gestor local, gerente ou diretor não valoriza a questão do cuidado da Atenção Básica, vai ter um pouco de resistência pela própria qualidade da equipe (...). (NI14)

(...) Algumas equipes recebem umas avaliações que gente que conhece o território, conhece o processo de trabalho, não condiz com o que a gente vivencia. Isso é fato. Por que você tem uma unidade, cinco equipes, elas são diferentes, tem as suas condições, os seus componentes, os seus entendimentos. Às vezes a gente vê que tem uma equipe que precisa avançar muito ainda no processo de trabalho para melhorar a qualidade. E ela se destaca como acima da média. Nós tivemos isso no último ciclo. (...) E aquela que a gente achava que estava num caminhar, não ficou tão bem (...). (NI13)

Nos comentários gerais pode-se identificar alguns temas reforçados pelos entrevistados, tais como: PMAQ-AB como importante instrumento avaliativo, ferramenta para planejamento e gestão, deve ser uma avaliação contínua, prevendo prazo para as melhorias dos processos e feedback para as equipes; a expansão da APS no município do Rio de Janeiro e o compromisso da Secretaria municipal com a APS e com a qualificação da ESF.

(...) A gente entende, acredita que a atenção primária é o modelo ideal para organizar qualquer sistema de saúde, de preferência pela estratégia de saúde da família, planejar as ações. A secretaria de saúde evoluir numa perspectiva de haver mais investimento ou melhoria significativa de investimentos. (...) O PMAQ nessa perspectiva do planejamento, auxílio do planejamento, evolução da qualidade do serviço, identificação da evolução dessa qualidade do serviço implica também em investimento(...). Tem que avançar muito ainda, ampliar [a APS]. (NI4)

(...). [A atenção primária no município do Rio de Janeiro] teve um avanço muito grande, o processo de avaliação da gestão, do comprometimento da gestão municipal (...) é um efeito dominó (...), comprometimento da qualidade, a gente tem avançado bastante (...), a gente está no caminho certo. (NI3)

(...) É uma gestão muito comprometida com a questão da atenção, da qualidade do cuidado, não só de acesso, mas também de ter um acesso de qualidade, um serviço de qualidade. Foi um investimento (...), as unidades foram reformadas (...), até para o servidor, para o profissional trabalhar num lugar mais agradável visualmente (...). (NI1)

## 6.2 Primeira Etapa: Reuniões de Comissões Intergestores e do Conselho Municipal

As atas de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro, da Comissão Intergestora Regional I, a qual pertence o município do Rio de Janeiro e do Conselho Municipal de Saúde a partir de sites oficiais da CIB, CIR e Do CMS foram lidas e identificadas quanto aos assuntos relacionados ao PMAQ-AB. Não foram encontradas atas das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite. A Tabela 2 mostra a quantidade de atas de reuniões encontradas no período da pesquisa.

Tabela 2. Número de atas de reuniões encontradas nos sites oficiais no período de 2009 a 2014.

ATAS	CIB	CIR	CMS
Atas de reuniões disponíveis nos sites oficiais	76	41	36
Atas relacionadas ao PMAQ-AB (2012/2013)	9	4	2

Obs. A Ata da reunião do CMS de setembro de 2013 não está disponível no site.

A seguir está uma breve descrição das atas das reuniões, com a data da reunião, a pauta relativa ao PMAQ-AB e os atores identificados, representada nos Quadros 5, 6 e 7.

Quadro 5. Reuniões da Comissão Intergestores Bipartite

Ata	Data	Item na pauta	Ator	Assunto/
10ª Reunião Ordinária	14/11/2013	3ª etapa do Curso de Especialização em Saúde da Família (UnA-SUS/UERJ)	Sem informação	Apresentação do Curso de Especialização em Saúde da Família (UnA-SUS/UERJ) que visa qualificar os profissionais da Atenção Primária em Saúde na ESF. Ênfase na pontuação das equipes contempladas pelo curso no PMAQ-AB.
9ª Reunião Ordinária	10/10/2013	Avaliação externa do PMAQ – CEO	Superintendente de Atenção Especializada, Controle e Avaliação	Informe sobre início da avaliação externa do PMAQ-AB no estado do Rio de Janeiro. Destaque da avaliação que ocorrerá em todos dos CEOs independentemente da adesão ao PMAQ-AB.
8ª Reunião Ordinária	12/09/2013	Apresentação sobre o processo de avaliação externa PMAQ	Coordenadora Estadual do PMAQ-AB	Explicação sobre o PMAQ-AB por coordenadora estadual do PMAQ-AB, com foco na avaliação externa. Solicitação de apoio e parceria dos secretários municipais para cumprir prazos.
3ª Reunião Ordinária	11/04/2013	PMAQ	Superintendente da Atenção Básica	Informe sobre a adesão do estado ao PMAQ-AB. Explicação sobre a fase de contratualização do PMAQ-AB.
2ª Reunião Ordinária	14/03/2013	Adesão do PMAQ	Subsecretária de Atenção à Saúde	Explicação sobre a adesão ao PMAQ-AB no 2º ciclo, com destaque para a importância da adesão ao programa. PMAQ-AB presente em todo o estado do Rio de Janeiro.
9ª Reunião Ordinária	13/09/2012	Avaliação dos Laboratórios de Citopatologia	Assessora Técnica da Superintendência de Atenção Básica	Explicação sobre a criação de comissão específica para avaliação dos laboratórios de citopatologia, em consequência da auditoria realizada em todo o país pelo Ministério da Saúde. Entre as ações realizadas para solução dos problemas identificados foi destacado o PMAQ-AB com indicadores, valores e competências explicitados.

<b>Ata</b>	<b>Data</b>	<b>Item na pauta</b>	<b>Ator</b>	<b>Assunto/</b>
6ª Reunião Ordinária	19/06/2012	Adesão das Equipes de AB dos Municípios da Região Centro Sul, ao PMAQ-AB e Portarias GM/MS n.º 1.214/2012 e 1.215/2012 – dispõe sobre a regulamentação da QUALIFAR	Sem informação	Primeiro item foi a aprovação pela CIB. No segundo item foi abordada a adesão ao PMAQ-AB pelo município como um dos critérios para candidatar-se ao repasse financeiro do programa QUALIFAR (Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica)
4ª Reunião Ordinária	13/04/2012	Recursos de teste rápido de gravidez	Superintendente de Atenção Básica	Explicação sobre recursos do teste rápido de gravidez e demais exames para o pré-natal para os municípios que aderiram ou não ao PMAQ-AB.
3ª Reunião Ordinária	08/03/2012	Avaliação do PMAQ	Superintendente de Atenção Básica	Explicação sobre a fase de autoavaliação. Disponibilidade de oficinas regionais para auxiliar secretários municipais, coordenadores de Atenção Básica e trabalhadores neste processo de autoavaliação.

Quadro 6. Reuniões da Comissão Intergestores Regionais Metropolitana I

<b>Ata</b>	<b>Data</b>	<b>Item na pauta</b>	<b>Ator</b>	<b>Assunto</b>
3ª Reunião Ordinária	27/04/2013	PMAQ	Coordenadora CIR Metropolitana I	Emitida uma nota técnica aos municípios sobre a contratualização.
2ª Reunião Ordinária	27/03/2013	GT de AB – Pactuação do GT e sua composição no âmbito da CIR	Coordenadora Apoio Gestão, dos Representantes das Secretárias Municipais de Saúde: SMS Belford Roxo	Informes sobre adesão ao PMAQ-AB, destaque na importância da adesão por toda a região metropolitana I.

<b>Ata</b>	<b>Data</b>	<b>Item na pauta</b>	<b>Ator</b>	<b>Assunto</b>
4ª Reunião Ordinária	19/04/2012	PMAQ	Suplente Nível Central do Subsecretário de Atenção à Saúde	Solicitação do Ministério da Saúde de deliberação da CIR informando os municípios que aderiram ao PMAQ, e necessidade dar ciência a CIB e ao Ministério da Saúde. Explicação sobre a avaliação externa e sobre o recurso financeiro que será disponibilizado com uma boa avaliação do PMAQ-AB.
2ª Reunião Ordinária	29/02/2012	Sem informação	Coordenadora CIR Metropolitana I	Informe sobre a avaliação externa do PMAQ-AB e alerta sobre as autoavaliações, salientada a importância do PMAQ-AB.

Quadro 7. Reuniões do Conselho Municipal de Saúde

<b>Ata</b>	<b>Data</b>	<b>Item na pauta</b>	<b>Ator</b>	<b>Assunto</b>
Reunião Ordinária	13/08/2013	TC para Gestão Municipal – compromissos no âmbito do PMAQ-AB	Coordenadora Municipal do PMAQ-AB	Explicação sobre o PMAQ-AB por um dos responsáveis pelo programa na SMS do Rio de Janeiro. Explicação sobre o 2º ciclo do PMAQ-AB e resultados do 1º ciclo. Destaque sobre a importância de se ouvir o usuário da APS.
Reunião Ordinária	12/06/2012	Ofício S/SUBPAV/SAP nº 31/12 – dar ciência ao Colegiado	Secretário Executivo e Conselheiro do CMS do Rio de Janeiro	Solicitação da avaliação externa pelo município do Rio de Janeiro para as equipes da atenção básica de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

### 6.3 Primeira Etapa: Documentos de Planejamento, Gestão e Avaliação da SMS

Foram identificados ao todo dezesseis documentos oficiais de planejamento, gestão e avaliação. São eles: os relatórios de gestão da SMS no período de 2009 a 2014, os planos municipais de saúde dos períodos de 2010-2013 e 2014-2017, os planos plurianuais 2010/2013 e 2014/2017 e a programação anual de saúde do período de 2011 a 2014.

#### Programação Anual de Saúde

As Programações Anuais de Saúde do município do Rio de Janeiro anteriores a 2011 não foram encontradas. As programações de 2011 a 2013 estão inseridas nos relatórios de gestão dos respectivos anos. A programação anual de saúde de 2014 está disponível online. A programação anual de saúde refere-se ao Plano Municipal de Saúde, com as ações a serem realizadas durante o ano em consonância com as metas do PMS. A programação de saúde de 2011 apresenta 10 objetivos, 34 diretrizes, 104 ações e avaliações das diretrizes, traz ainda as metas programadas e realizadas, os valores dos recursos orçamentários programados e executados. A programação de saúde de 2012 apresenta 11 diretrizes, 29 objetivos, 83 ações, metas programadas e realizadas, os valores dos recursos orçamentários programados e executados. A programação de saúde de 2013 apresenta 9 diretrizes, 19 objetivos, 54 ações, metas programadas e realizadas, os valores dos recursos orçamentários programados e executados totais. A programação de 2014 apresenta 8 diretrizes, 16 indicadores, 21 estratégias e 87 ações, indicando as metas e os orçamentos para cada ação. A programação anual de 2014 que consta no relatório de gestão de 2014 apresenta algumas diferenças, são as 8 diretrizes, 17 objetivos, 75 ações, metas previstas e executadas e valores orçamentários programados e executados totais.

#### Plano Plurianual do Município do Rio de Janeiro 2010/2013

As metas na saúde foram definidas: 1. Reduzir a taxa de mortalidade infantil em pelo menos 11% até 2013, tendo como referência o ano de 2008; 2. Reduzir a taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2013, tendo como referência o ano de 2008; 3. Reduzir em, pelo menos, 20% o tempo de espera nas emergências dos hospitais públicos até 2013, tendo como referência o ano de 2009; 4. Garantir uma cobertura mínima de 55% do Programa Saúde da Família no município até 2013; 5. Aumentar o número de atendimentos a idosos realizados pelo Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso para, pelo menos, 60 mil por ano até 2013 e 6. Construir 17 novas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) até 2013, além das 3 previstas para o ano de 2009.

As iniciativas estratégicas para a saúde são: Saúde Presente, Reestruturação do Atendimento de Emergência, Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI) e Criação de UPAs.

### Plano Municipal de Saúde 2010/2013

Este plano contém informações sobre o município do Rio de Janeiro, perfis demográfico, socioeconômico e epidemiológico, rede assistencial, produção de serviços, determinantes e condicionantes de saúde, gestão em saúde e eixos prioritários. Abaixo seguem alguns destaques.

Foram estruturados cinco eixos principais para os anos de 2010 a 2013: Promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes; Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde; Fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão municipal; Educação e gestão participativa e Gestão do trabalho.

No plano de desenvolvimento da SMS, os projetos desenvolvidos foram a implantação de um modelo de atenção primária, coordenador da rede de saúde, implementação de políticas específicas voltadas para determinados segmentos da população, com a construção de linhas de cuidado voltados a diversos grupos nosológicos. Para tanto foram traçadas as seguintes diretrizes: Eficiência operacional das unidades (abrange os aspectos relacionados aos insumos, recursos humanos, contratação de serviços, implantação de protocolos em morbi-mortalidade e custos); Política de Humanização; Fluxo de pacientes na rede de assistência e pesquisa acadêmica.

No desenvolvimento da assistência à saúde foi proposta a organização dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS, que tem por objetivo articular a atenção à saúde da população por meio da APS, utilizando a estratégia de Saúde da Família e vinculando os serviços de referência. A gestão desses territórios a fim de monitorar as ações deveria utilizar sistemas unificados e ágeis de informações geoprocessadas. Às unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares foram propostas avaliações dos serviços ofertados a fim de redefinir processos e estruturas na rede, foram propostas ainda a reestruturação da assistência de urgência e emergência, com implantação das UPAs e reorganização de quatro grandes hospitais da rede municipal.

O investimento definido para a saúde foi previsto em mais de R\$ 10 bilhões de reais, representado 19% de todos os recursos do PPA 2010/2013 e 27% dos valores aplicados nas áreas.

As iniciativas estratégicas em saúde foram definidas como: Restruturação do Serviço de emergência; Programa de Atendimento Domiciliar a Idosos (PADI) com criação de 10 serviços até 2013; criação de Unidades de Pronto Atendimento com criação de 17 unidades até 2013 e Saúde Presente que é sistema integrado e personalizado de atenção com base na Estratégia de Saúde da Família, com acompanhamento médico e com encaminhamentos para outras especialidades, unidades ou para realização de exames. Agentes da Vigilância em Saúde e agentes de Defesa Civil atuarão junto às equipes de Saúde da Família. Pretende-se também desenvolver um sistema de telemedicina para apoio diagnóstico e encaminhamento de casos. As três metas definidas em consonância com o PPA 2010/2013 são: reduzir a taxa de mortalidade Infantil em, pelo menos, 11% até 2013, tendo como referência o ano de 2008, ou seja, para 12,2%; reduzir a taxa de mortalidade materna em, pelo menos, 19% até 2013, tendo como referência o ano de 2008, ou seja, para 40,6% e garantir uma cobertura mínima de 55% do programa de saúde da Família no município até 2013.

Quanto à gestão do trabalho, no plano municipal reconhece-se a necessidade de um maior número de profissionais para apoiar as mudanças propostas, bem como a qualificação do profissional para desempenhar novas funções e o emprego de OSS para atender às novas unidades de saúde.

#### Plano Plurianual do Município do Rio de Janeiro 2014/2017

Apresenta as diretrizes em saúde: D1. Aumentar a expectativa de vida da população, reduzindo as diferenças regionais, de renda e classe; D2. Promover a saúde e prevenir as doenças, e seus agravos, com ênfase na informação à população e esclarecimento quanto ao uso do sistema de saúde; D3. Consolidar e ampliar a cobertura de atenção primária a partir da estratégia de Saúde da Família; D4. Melhorar a efetividade dos serviços ambulatoriais e hospitalares de urgência e emergência através de uma rede de atenção regionalizada e com foco na promoção de atendimento rápido e de qualidade; D5. Expandir os serviços de desospitalização voltados prioritariamente para a população idosa; D6. Adotar ferramentas tecnológicas de saúde eletrônica (e-health) para melhorar a qualidade do atendimento à população.

Apresenta as metas em saúde: M1. Atingir mortalidade infantil inferior a 10 por 1.000 nascidos vivos até 2016; M2. Atingir mortalidade materna inferior a 41 por 100.000 nascidos vivos até 2016; M3. Reduzir em pelo menos 25% até 2016 o tempo de espera nas emergências municipais, tendo como referência o ano de 2011; M4. Atingir 70% de cobertura do Saúde da Família no município até 2016; M5. Atingir o tempo adequado de espera para 90% das

consultas médicas eletivas, por tipo de consulta, até 2016, tendo como referência o ano de 2012; M6. Garantir que até 2016 não haja pacientes em leitos não cadastrados no CNES, em nenhuma das unidades da rede hospitalar municipal, tendo como referência o ano de 2011.

Os programas estratégicos na saúde são descritos e apresentam os resultados esperados:

1. Saúde Presente: pretende-se expandir a cobertura deste programa, atingindo 70% da população do município do Rio de Janeiro. Os resultados esperados são: Ampliar a cobertura do Saúde Presente para 70% em 2016; melhorar a qualidade e expectativa de vida da população, com atendimento mais resolutivo e próximo ao cidadão; reduzir o fluxo de pacientes nas grandes emergências do município; melhorar a autopercepção de saúde com maior autoprevenção e maior acesso à informação; mais de 80 comunidades/bairros com 100% de cobertura no Programa Saúde da Família.
2. Reestruturação do Atendimento de Urgência e Emergência: pretende-se estruturar as portas de entrada das emergências municipais, integrando Defesa Civil, SAMU e Grupamento de Socorro e Emergência, além da implantação da regionalização através da Coordenação Regional de Emergência (CER). Os resultados esperados são: melhorar a saúde da população, através da redução do tempo médio de espera e dando maior agilidade à resposta a eventos e desastres de grande porte.
3. Desospitalização – PADI e Leitos de Retaguarda Descrição: ampliação do PADI e dos leitos de retaguarda, possibilitando a melhoria deste serviço por meio do aproveitamento da capacidade instalada e aumento da oferta. Pretende-se ampliar o PADI, atingindo 70% de cobertura populacional. Este programa tem a equipe multiprofissional para dar suporte. Os resultados esperados são: melhorar a saúde da população, por meio da redução da internação de longa permanência e melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes idosos; otimizar o uso dos recursos liberando leitos hospitalares para internação de novos pacientes e melhoria do padrão de atendimento.
4. Saúde Inteligente. Este programa contemplará o Prontuário Eletrônico Ambulatorial, Sistema de Informação e Controle de Gestão de Saúde, Central de Regulação e Telemedicina. Os resultados esperados são: disponibilizar as informações clínicas dos cidadãos em toda rede ambulatorial municipal e aumentar a qualidade do serviço prestado à população; aumentar a eficiência na regulação, reduzir o tempo de espera para marcação de consultas e exames e aumentar a resolubilidade dos casos; gerar

informações gerenciais a partir do prontuário eletrônico e notificações compulsórias; maior comodidade ao cidadão no acesso ao sistema de saúde.

#### Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Este plano contém informações sobre o município do Rio de Janeiro, condições de saúde, determinantes e condicionantes de saúde, saúde presente, gestão em saúde, objetivos, diretrizes e metas. Abaixo seguem alguns destaques.

São apresentados os objetivos e eixos para os próximos quatro anos: ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e das ações e serviços prestados, tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e o acolhimento com resolutividade como política de acesso ao Sistema único de Saúde; Consolidar a Estratégia de Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, com vistas à integralidade das ações ofertadas e à equidade da atenção prestada à população; Reduzir as iniquidades, aumentar a qualidade de vida da população e de suas gerações futuras por meio de um conjunto amplo de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde; Consolidar a rede informatizada nos serviços municipais de saúde, objetivando a integração dos sistemas, o fortalecimento das ações de monitoramento e de avaliação, qualificando a gestão e integrando as diversas áreas técnicas; Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; Reestruturar o Complexo Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Assegurar a participação e o controle social na elaboração e na execução das políticas públicas de saúde; Consolidar a Gestão Plena da Saúde. Os eixos são: 1) estruturação da informação clínica; 2) elaboração do Programa de recursos humanos; 3) Gestão dos indicadores; 4) Gestão Plena; 5) Reestruturação da Regulação; 6) relacionamento com os Órgãos de controle; 7) Gestão orçamentária; 8) comunicação.

#### Relatório de Gestão 2009

O relatório de gestão de 2009 foi dividido em seis partes: caracterização do município, gestão de pessoas, indicadores de assistência, indicadores de gestão, destaques e indicadores financeiros. Abaixo estão alguns pontos importantes neste relatório:

- Reestrutura administrativa da Secretária Municipal de Saúde: além das seis subsecretarias (Subsecretaria Geral; Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência; Subsecretaria de Atenção Primária Vigilância e Promoção da Saúde; Subsecretaria de Defesa Civil; Subsecretaria de Vigilância Fiscalização Sanitária e

Controle de Zoonoses; Subsecretaria de Gestão) incorporou também a Defesa Civil e a Vigilância Sanitária. A secretaria passou a ser então Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC.

- Desenvolvimento de um *novo modelo assistencial* - Saúde Presente: conta com as dez áreas de planejamento em saúde e um sistema de telemedicina para apoio diagnóstico e encaminhamento de casos. Agentes de Vigilância em Saúde e de Defesa Civil passaram a atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família.
- Participação do Colegiado de Gestão: composto pelos subsecretários da SMSDC e assessores técnicos, cuja função de assessorar o Secretário, discutir resolução de problemas e melhorar a qualidade do atendimento à população.
- Consultoria do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG): empresa especializada em gestão empresarial, para a reestruturação de processos como: compras, orçamento, acolhimento, regulação entre outros
- Capacitação de servidores que atuam em unidades de saúde: têm autonomia para gerenciar o seu orçamento, como preparação para implantação da descentralização orçamentária prevista para 2010
- Criação da Coordenadoria de Gestão de Pessoas: vinculada à Subsecretaria de Gestão abrangendo as áreas de Administração de Pessoas, Planejamento, Recrutamento e Seleção, Desenvolvimento de Pessoas, Acompanhamento Sócio-Funcional e Avaliação de Desempenho.
- Criação da Superintendência de Regulação, Controle e Auditoria: a Coordenação de Supervisão e Auditoria realiza visitas agendadas às unidades de saúde, acompanhamento regular da assistência e dos serviços prestados.
- Plano Estratégico da Prefeitura 2009-2012: a Saúde traçou algumas iniciativas estratégicas em conjunto com o gabinete do prefeito. São elas: a) Saúde Presente - redução da taxa de mortalidade infantil em pelo menos 11% e a de mortalidade materna em pelo menos 19%, tendo como base o ano de 2008, além de garantir uma cobertura mínima de 55% do Programa Saúde da Família; b) Reestruturação do Atendimento de Emergência - reduzir, em pelo menos 20%, o tempo de espera nas emergências dos hospitais públicos; c) PADI - aumentar o número de atendimento a idosos realizados pelo Programa de Atendimento Domiciliar a Idosos (PADI) para, pelo menos, 60 mil por ano; d) Criação de UPAs - 17 novas unidades, além das 3 previstas para o ano de 2009.

- Plano Municipal de Saúde: são cinco eixos prioritários - 1. Promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes; 2. Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde; 3. Fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão municipal; 4. Educação e gestão participativa; 5. Gestão do trabalho.
- O PMS foi apresentado à comissão executiva do Conselho Municipal de Saúde, houve discussão das propostas em todas as regiões do município, através de reuniões plenárias com os dez Conselhos Distritais de Saúde.

#### Relatório de Gestão 2010

Este relatório de gestão apresenta onze partes: caracterização do município, planejamento institucional, saúde presente, promoção, vigilância e atenção em saúde, vigilância sanitária, gestão de pessoas, gestão da rede de saúde, fundo municipal de saúde, controle social e gestão participativa, defesa civil. Neste relatório foram apresentados os seguintes destaques em 2010.

- A metodologia de construção e acompanhamento do PPA: (a) todas as ações do PPA são estruturadas em Programas; (b) cada Programa tem um gerente; (c) os Programas são instituídos de acordo com as linhas estratégicas da municipalidade e a previsão de recursos; (d) Plano estimula a descentralização de ações e a busca de parcerias; (e) os Programas recebem acompanhamento e avaliação/monitoramento e (f) o foco do Plano incide nos processos e nos resultados, segundo a dinâmica da questão processo-resultado.
- Implantação de clínicas das famílias: beneficiando principalmente a área de planejamento 5, das 20 clínicas inauguradas em 2010, 65% foram para esta área (13 unidades)
- Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: documento que tem por objetivo nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro.
- Dimensionamento e exposição da necessidade de profissionais em dez/2010: descrição do número de profissionais a partir das OSS por área de planejamento, e servidores distribuídos nas áreas de planejamento.

- Retomada da Mesa de Negociação do SUS: fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes as relações de trabalho, esta Mesa possibilita a construção conjunta de um plano de trabalho e de agenda de prioridade das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde.
- Controle e avaliação: Curso de Capacitação nos sistemas CNES/SIA/SIHD para 250 servidores das unidades municipais, diretamente envolvidos na transcrição das informações geradas pelas unidades de saúde. Transferência de informação via web, divulgação de instrutivo na página da SMSDC orientando sobre a utilização do novo modo de transmissão dos dados de produção das unidades; Estímulo à consulta aos manuais operacionais sobre os sistemas, disponibilizados na página do DATASUS e ao acompanhamento dos relatórios de glosa publicados na página da SMSDC;
- Projeto estratégico de telemedicina: promove um serviço de discussão de casos clínicos através de teleconferência com profissionais especialistas em Medicina de Família. O projeto visa aumentar a resolubilidade das unidades básicas, reduzindo a necessidade de deslocamento e tempo despendidos por alguns pacientes quando referenciados a cuidados especializados. Ferramenta que se presta à promoção de educação a distância, através de conferências via web em tempo real, ou com palestras gravadas e disponibilizadas para os profissionais de saúde. Produção de laudos à distância. A capacidade de prover remotamente diagnósticos traduz uma maior eficiência dos serviços de saúde, melhorando acesso, reduzindo prazos e provendo diagnóstico e terapêutica mais rapidamente. Como exemplo há o teleeletrocardiograma, aparelho presente em cinco unidades de saúde (CF Olímpia Esteves, CMS João Carlos Barreto, CF Maria do Socorro, UPA Manguinhos, Policlínica Lincoln de Freitas) que envia automaticamente o exame, após sua realização, a uma central de laudos via internet. Este exame é imediatamente avaliado por especialistas, sendo seu laudo disponibilizado e armazenado para consultas futuras e de qualquer lugar em plataforma na internet.
- Capacitação de Conselheiros: realização de cursos, oficinas e seminários, realizados, tanto no Conselho Municipal como em alguns Conselhos Distritais; o apoio e aprovação da instalação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS

- Ouvidoria da SMSDC: tratamento das demandas, coordenou os trabalhos do Telessaúde e implantou as Ouvidorias em cinco unidades de saúde. Aderiu oficialmente ao sistema Ouvidor SUS, qualificação de toda a equipe de Ouvidores.

#### Relatório de Gestão 2011

O relatório de gestão de 2011 foi dividido em dez partes: identificação do município, demografia e dados de morbimortalidade, rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao SUS, profissionais SUS, programação anual de saúde, indicadores da saúde, demonstrativo da utilização dos recursos, demonstrativo orçamentário, análise e considerações gerais sobre o relatório de gestão, apreciação do relatório de gestão. Neste relatório foram apresentados os seguintes destaques:

- Implantação de Clínicas da Família: 52 clínicas durante esta gestão, representa um investimento de mais de 140 milhões, ampliação da cobertura da ESF de 3,5% para 30% da população.
- Mudança na apresentação do relatório em comparação aos anos anteriores
- Programação Anual de Saúde: falta de clareza na especificação de algumas diretrizes. No relatório há a indicação de documento explicando as diretrizes, mas não é possível acessar estes documentos. As diretrizes são: Vigilância em Saúde, Prevenção e Controle de Doenças; Gestão de Treinamento e Desenvolvimento; Ações de Controle de Doenças Crônicas Transmissíveis; Ações e serviço de saúde da rede credenciada SUS; Ampliação e Qualificação e Implantação da Atenção da Atenção Básica; Regulação dos Leitos Hospitalares e Procedimentos de Baixa, Média e Alta Complexidade; Ações de Atenção Psicossocial e de Desinstitucionalização em Saúde Mental; Ações de Controle de Agravos e Doenças Crônicas não Transmissíveis; Manutenção do Custeio da Rede de Atenção Primária a Saúde; Ampliação do Acesso e Qualificação do Cuidado em Saúde Bucal; Políticas e Ações Estratégicas de Promoção da Saúde.
- Pacto pela Vida e Gestão: melhoria progressiva dos resultados dos indicadores, como reflexo do investimento na Atenção Primária, entre outras ações.
- Bloco de indicadores de gestão: ausência de informações quanto ao alcance das metas e resultados de indicadores de gestão.
- Participação coletiva no planejamento: a metodologia utilizada para elaboração do Plano Municipal de Saúde possibilitou a participação coletiva no planejamento.

### Relatório de Gestão 2012

Conforme o relatório de gestão do ano anterior, este foi dividido também em dez partes, com as mesmas identificações. Neste relatório foram apresentados os seguintes destaques:

- Implantação de Clínicas da Família: 68 Clínicas da Família e a cobertura de atenção básica está próxima dos 40%, sendo que algumas áreas já possuem plena cobertura.
- Programação Anual em Saúde: descrição mais clara das informações dos indicadores
- Pacto de Gestão: apresentou um aumento progressivo que este ano ultrapassa os 70% de alcance médio das metas pactuadas, resultado do investimento na Atenção Primária.
- Considerações finais: as mesmas do relatório anterior

### Relatório de Gestão 2013

O relatório de gestão de 2013 foi dividido em doze partes: identificação do município; demografia e dados de morbimortalidade; rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao sus; profissionais sus; programação anual de saúde; indicadores da saúde; diretriz, objetivos, metas e indicadores de saúde; demonstrativo da utilização dos recursos; indicadores financeiros; demonstrativo orçamentário; auditorias; análise e considerações gerais sobre o relatório de gestão; apreciação do relatório de gestão. Neste relatório foram apresentados os seguintes destaques:

- Alteração na apresentação do relatório de gestão
- Programação Anual em Saúde: descrição clara das informações dos indicadores, ausência das informações de recursos orçamentários por diretriz e indicadores
- Auditoria: inclusão de especificação de auditoria sobre Complexo regulador e as recomendações.
- Desaceleração tática com ênfase na análise dos resultados do governo no período de 2009-2012 e continuidade do projeto de governo.
- Cobertura da Estratégia de Saúde da Família: atingiu 46%, 71 clínicas implantadas
- Plano Municipal 2014-2017: contou com a participação das cinco subsecretarias, gabinete e conselho municipal de saúde, por meio de processo de diálogo, incentivando o fortalecimento do planejamento integrado

## Relatório de Gestão 2014

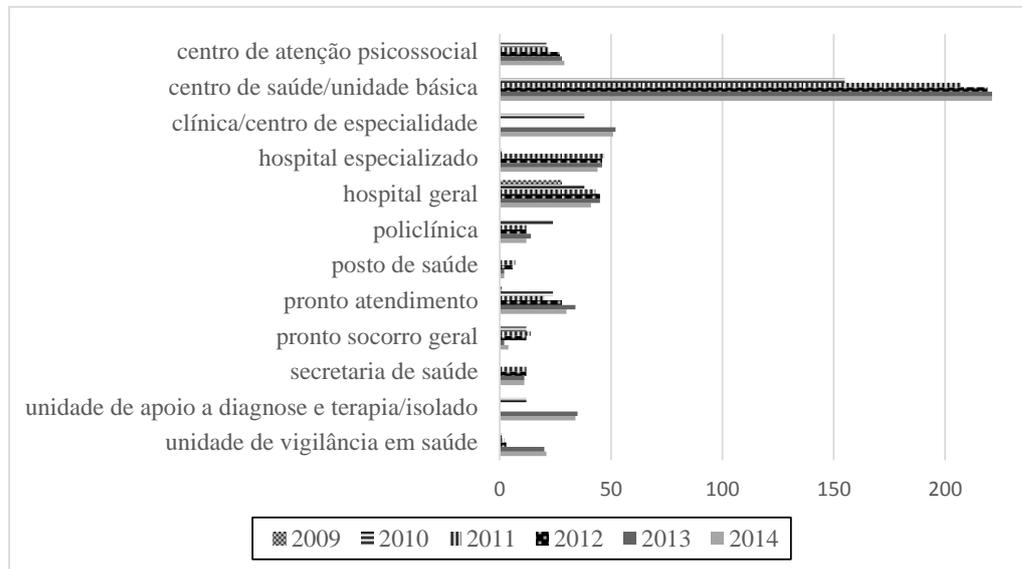
O relatório de gestão de 2014 assim como o relatório anterior foi dividido nas mesmas doze partes. Neste relatório foram apresentados os seguintes destaques:

- Programação Anual em Saúde: descrição clara das informações dos indicadores, ausência das informações de recursos orçamentários por diretriz e indicadores
- Auditoria: não há descrição das auditorias apresentadas.
- Continuação da expansão da Estratégia de Saúde da Família, criação de cinco coordenadorias gerais de urgência e emergência, reestruturação do complexo regulador municipal
- Grupo de trabalho de gestão de indicadores com representante das subsecretarias, visando qualificação dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações propostas de saúde.

Devido às alterações nos relatórios de gestão no período de 2009 a 2014, algumas informações foram descontinuadas. Abaixo estão apresentadas algumas informações em saúde possíveis de comparação por ano.

Com relação a rede de saúde pública municipal, há um aumento no número de unidades de saúde da atenção primária (centro de saúde/unidade básica, centro de atenção psicossocial), unidade de saúde da média complexidade (centro de especialidade, unidade de pronto atendimento, unidade de apoio a diagnose e terapia), uma diminuição das unidades da alta complexidade (hospitais especializados e hospitais gerais), como identificado no Gráfico 4.

Gráfico 4. Número de Estabelecimentos de Saúde Municipal, 2009 a 2014



\*Entende-se por unidades de vigilância em saúde: Centro de controle de zoonoses, Centro de Referência de Imunológicos Especiais, Estação Observatório (15), Vigilância Sanitária e controle de zoonoses, Instituto de Medicina Veterinária, Instituto de Nutrição Annes Dias, Câmara de Resolução de Litígios de Saúde.

FONTE: Dados do RAG, 2009; RAG, 2010; RAG, 2011; RAG, 2012; RAG, 2013; RAG, 2014.

No período de 2011 a 2014 há um aumento das relações de trabalho por organizações de uma forma geral, diminuição das cooperativas, diminuição dos estágios, aumento do número de bolsas, de residência, aumento dos vínculos empregatícios como celetistas, estatutários, entre outros. A Tabela 3 demonstra essas informações.

Tabela 3. Número de profissionais do SUS, vínculo Municipal, 2011 a 2014

<b>PROFISSIONAIS DO SUS</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>AUTÔNOMO</b>				
Consultoria				3
Intermediado por organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	1		3	35
Intermediado por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos	1270	1088	631	701
Intermediado por cooperativa	220	4	4	3
Intermediado por empresa privada	88	125	178	186
Intermediado por organização não governamental (ONG)	3	4	5	12
Intermediado por organização social (OS)	823	2349	10423	11624
Sem intermediação (RPA)	128	153	130	172
Sem tipo	345	328	317	260
Total	2878	4051	11691	12996
<b>COOPERATIVA</b>				
Sem tipo	2445	27001	1139	968
Total	2445	2701	1139	968
<b>ESTÁGIO</b>				
Sem tipo	44	39	43	30
Total	44	39	43	30
<b>OUTROS</b>				
Bolsa	1306	1327	1731	1524
Contrato verbal/informal	217	261	429	490
Proprietário	16	19	35	35
Total	1539	1607	2195	2049
<b>RESIDÊNCIA</b>				
Sem tipo	2286	2967	3594	3424
Total	2286	2967	3594	3424
<b>VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>				
Cargo comissionado	45	48	52	50
Celetista	3128	3992	3958	3903
Contrato por prazo determinado	19489	24796	21964	22718
Emprego publico	1150	1237	2081	2322
Estatutário	41027	43484	43444	44267
Sem tipo	4250	2929	2412	1621
Total	69089	76416	73911	74881

FONTE: RAG, 2011; RAG, 2012; RAG, 2013; RAG, 2014.

Os indicadores de saúde no relatório de 2009 não foram descritos, no relatório de 2010 apenas houve a descrição a quantidade de metas atingidas e quantidade dos indicadores do Pacto pela Vida e Gestão nos oito temas prioritários, como mostra a Tabela 4. Em 2011, foram descritos mais eixos do Pacto pela Vida e Gestão, as metas e resultados para 2011. Em 2012, foram descritas algumas diretrizes, metas e resultados da transição Pacto para Contrato

Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)<sup>6</sup>. A Tabela 5 traz as metas e os resultados dos anos de 2011 e 2012. Na Tabela 6 foram descritas as diretrizes, objetivos e metas com continuidade para os anos de 2013 e 2014.

Tabela 4. Metas do Pacto pela Vida e Gestão atingidas em 2010

<b>Eixos prioritários</b>	<b>Metas atingidas</b>	<b>Quantidade de indicadores</b>
Saúde do idoso	1	1
Controle do câncer de colo de útero e mama	0	2
Redução da mortalidade infantil e materna	3	6
Fortalecimento da capacidade de respostas as	6	9
Promoção da saúde	4	5
Fortalecimento da atenção básica	4	9
Saúde mental	0	2
Gestão	6	9

FONTE: RAG 2010

Tabela 5. Metas do Pacto pela Vida e Gestão e do Pacto-COAP e resultados 2011 e 2012

<b>PRIORIDADES</b>	<b>Metas 2011</b>	<b>Resultado alcançado</b>	<b>Metas 2012</b>	<b>Resultado alcançado</b>
<b>PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.</b>				
Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur	14	10	13,5	12
<b>PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA</b>				
Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	100	0,13	50	20,07
<b>PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA</b>				
Taxa de mortalidade infantil neonatal.	8,3	0		
Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal.	4,61	0		
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados	75	569		
<b>PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENCAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS</b>				
Taxa de letalidade das formas graves de dengue (febre hemorrágica da dengue – FHD/síndrome do choque da dengue - SCD/dengue com complicações - DCC)	2	5		
Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado	50	0		

<sup>6</sup> O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 exige uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, com maior aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS, entre eles o COAP.

Proporção de casos de Hepatite B confirmados por sorologia	90	88,11		
<b>PRIORIDADE: V - PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>				
Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	16	0		
Prevalência de tabagismo em adultos	16,2	0		
<b>PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA</b>				
Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações	2,21	1,74		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	3,3	2,88		
Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	4	27,9		
<b>PRIORIDADE: VII - SAÚDE DO TRABALHADOR</b>				
Número de notificações dos agravos a saúde do trabalhador constantes da Portaria GM/MS n°. 777/04.	1342	680		
<b>PRIORIDADE: VIII - SAÚDE MENTAL</b>				
Taxa de cobertura de centros de atenção psicossocial (CAPS) /100.000 habitantes	0,35	0,27	0,32	0,33
<b>PRIORIDADE: IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE</b>				
Número de serviços de reabilitação visual habilitados pelo Ministério da Saúde	Não informado	0		
<b>PRIORIDADE: X - ATENÇÃO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA</b>				
Proporção de municípios prioritários do estado com rede de prevenção das violências e promoção da saúde implantadas.	Não informado	0		
Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.	Não informado	0		
<b>PRIORIDADE: XI - SAÚDE DO HOMEM</b>				
Número de estados e municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a saúde do homem inseridas nos planos de saúde estaduais e	Não informado	0		
Número de cirurgias prostatectomia suprapúbica por local de residência	405	271		
<b>INDICADORES DE GESTÃO</b>				
<b>RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS</b>				
Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	Não informado	Não informado		
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (dtp+hib)/pentavalente em crianças menores de um ano.	95	Não informado	95	96,6
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	80	Não informado	84	79,2
<b>REGIONALIZAÇÃO</b>				

Percentual de colegiados de gestão regional (CGR) constituídos em cada estado e informados a CIT	Não informado	Não informado
<b>PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO</b>		
Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos conselhos estaduais de saúde e conselhos municipais de saúde.	Não informado	Não informado
<b>REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>		
Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	100	Não informado
<b>EDUCAÇÃO NA SAÚDE</b>		
Percentual de comissões de integração ensino-serviço (CIES) em funcionamento por estado.	Não informado	Não informado
<b>PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b>		
Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.	100	Não informado
Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais	Não informado	Não informado
FONTE: RAG 2011; RAG 2012		

Tabela 6. Diretrizes, metas e resultados de saúde no período de 2011 a 2014.

Diretrizes	Metas/ Resultados 2011	Metas/ Resultados 2012	Metas/ Resultados 2013	Metas/ Resultados 2014
<b>Diretriz 1 - garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada</b>				
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	22,2/ 7,64	38/ 43,68	46/ 42	48/ 47,19
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICCSAB)			31/ 27,56	30,5/ 20,4
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	42/ 3,51	42/ 54,17	45/ 75,8	48/ 62,5
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	17/ 12,39	26/ 26,91	23/ 24,71	25/ 17,5
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	3/ 0,54	1,5/ 0,7	0,7/ 0,5	1/ 0,6
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos			6,5/ 6	5,5/ 5,5
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente			0,8/ 1,2	0,9/ 7,4
Razão de internações clínicocirúrgicas de média complexidade e população residente			2,9/ 2,9	2,3/ 4,1
Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.		22/ 32,5	12/ 12	25/ 9,1
Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente				2,9/ 22,4
Razão de internações clínicocirúrgicas de alta complexidade na população residente				2,1/ 3,6

---

**Diretriz 2 - aprimoramento da rede de atenção às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (UPA), de serviços de atendimento móvel de urgência (samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.**


---

Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	133/ 172	235/ 251	240/ 279
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente		66,8/ 65,4	65,6/ 73,5
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)		18,1/ 22	17,5/ 18,1
Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas unidades de terapia intensiva (UTI)		10,6/ 21	9,9/ 8,5
Cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)		N/A 100	N/A 0
Proporção das internações de urgência e emergência reguladas		80/ 80	

---

**Diretriz 3 - promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "rede cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade**


---

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,1/ 0,04	0,1/ 0,1	0,33/ 0,33	0,4/ 0,32
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,06/ 0,03	0,06/ 0,06	0,12/ 0,16	0,14/ 0,17
Proporção de parto normal		50/ 42,9	43/ 43,1	43/ 43
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	67/ 0	67/ 67,9	67/ 70,8	68/ 71,8
Número de testes de sífilis por gestante.			0,8/ 1,01	0,9/ 0,62
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.		59/ 41	47/ 63	42/ 64
Taxa de mortalidade infantil.	13/ 11	12,5/ 13,1	12,5/ 12,7	12/ 11,3
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados		60/ 78	79/ 83,1	80/ 91,1
Proporção de óbitos maternos investigados			100/ 100	100/ 100
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados		75/ 78,2	75/ 83,4	78/ 93,2
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	648/ 0	850/ 1197	1.150/ 1.068	1400/ 1291

---

**Diretriz 5 - garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção**


---

Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)		381/ 371,3	371/ 0,5
Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT		N/A 12.142,00	

---

(doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

**Diretriz 7 - redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde**

Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas			75/ 71,4	75/ 100
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	68/ 0,68	70/ 63,4	74/ 71,5	76/ 63,8
Proporção de exame Anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose			55/ 46,4	60/ 75,1
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	94/ Não informado	95/ 94,8	95/ 95,6	95/ 95,3
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação			80/ 85,1	80/ 95,1
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados			4000/ 6114	4000/ 4898
Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios			80/ 100	100/ 100
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0,52/ 0	2,4/ 7,4	40/ 8	42/ 14
Proporção de pacientes HIV+ com 1º cd4 inferior a 200cel/mm			N/A 24,2	
Número de testes sorológicos Anti-HCV realizado			24000/ 24200	23000/ 49755
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coorte	87/ 83,33	87/ 92,4	90/ 71,9	90/ 86
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados			73/ 67,9	68/ 45,4
Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral			N/A 0	0/ 0
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina			46/ 48	80/ 14
Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritário			N/A 0	N/A 0
Número absoluto de óbitos por dengue		46/ 35	30/ 22	28/ 2
Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue			80/ 80,1	4.333.487/ 7.819.864
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100/ Não informado	100/ 100	100/ 100	100/ 100

**Diretriz 8 - garantia da assistência farmacêutica no âmbito do sus.**

Percentual de municípios com o sistema Horus implantado			N/A 0	N/A 0
Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da atenção básica			N/A 0	N/A 0

e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados

Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária, no ano

N/A  
0

N/A  
0

---

**Diretriz 11 - contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.**

---

Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas

85/  
85

85/  
100

Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência de medicina da família e comunidade e da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família/saúde coletiva

N/A  
0

39/  
66

Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental

N/A  
0

N/A  
0

Número de pontos do Telessaúde Brasil redes implantados

23/  
23

1/  
1

Proporção de trabalhadores que atendem ao sus, na esfera pública, com vínculos protegidos

92/  
97

92/  
100

Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento

N/A  
0

1/  
1

---

**Diretriz 12 - implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.**

---

Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde

1/  
1

1/  
1

Proporção de conselhos de saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde – SIACS

1/  
1

1/  
1

---

**Diretriz 13 - qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o sus.**

---

Proporção de municípios com ouvidorias implantadas

Não informado 17/  
17

N/A  
0

Componente do SNA estruturado

1/  
1

1/  
1

Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no banco de preço em saúde

1/  
1

1/  
1

FONTE: RAG 2011; RAG 2012; RAG 2013; RAG 2014

Com relação às auditorias realizadas pelo Tribunais de Contas no período de 2009 e 2010, os principais assuntos foram contrato (42% das ações realizadas em 2009 e 33% em 2010), prestação de contas (39% das ações realizadas em 2010) e almoxarifado (27% das

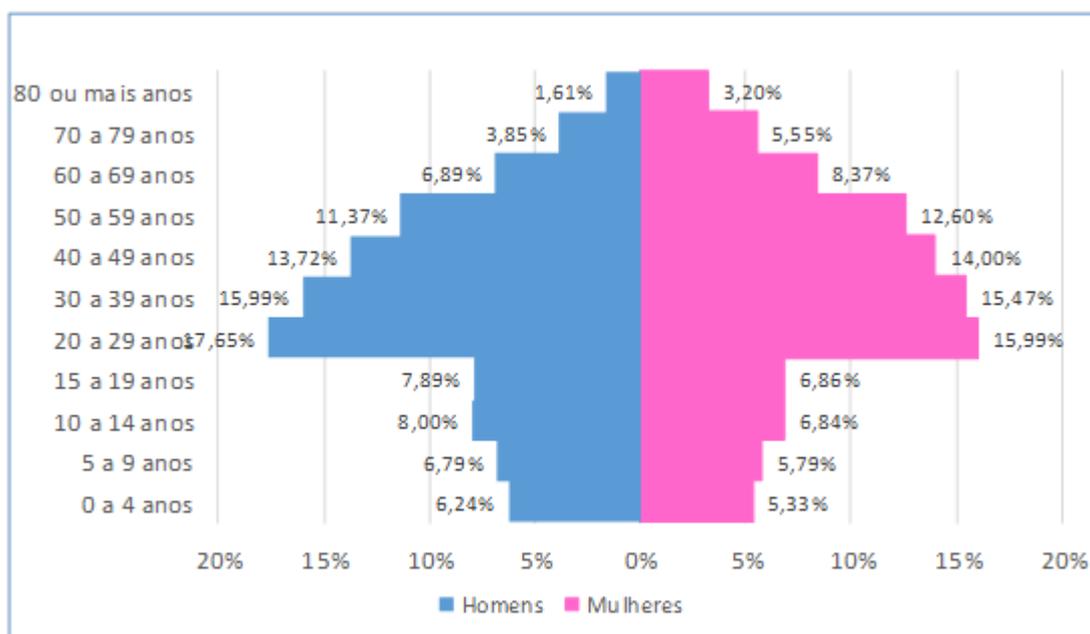
ações em 2009). Nos demais anos as especificações das auditorias por temas não foram realizadas.

#### 6.4 Segunda Etapa: Situação de Saúde no município do Rio de Janeiro

Foram realizadas buscas sobre a situação de saúde do município do Rio de Janeiro, contendo informações sobre a população no IBGE, sobre a APS via DataSUS (SIM, SIA, SIH, SINASC), recursos financeiros do PMAQ-AB no Fundo Municipal de Saúde, dados recursos financeiros do município no SIOPS com o objetivo de fazer uma breve caracterização do município do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro é a capital do estado do Rio de Janeiro. Apresenta uma população estimada em 6.453.682 (estimativa do IBGE para o ano de 2014), possui uma área territorial de 1.197,46 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 5.265,8 habitante/km<sup>2</sup> (IBGE Cidades). A pirâmide etária no município do Rio de Janeiro, representada no gráfico abaixo (gráfico 1), caracteriza-se pelo predomínio de mulheres (53,17%) sobre os homens (46,83%). Nesta população as faixas etárias que se destacam estão entre 30 a 59 anos. Nas mulheres, a faixa etária de 60 ou mais anos é maior do que nos homens, mostrando que as mulheres possuem uma maior expectativa de vida. O Gráfico 5 apresenta a pirâmide etária no município no ano de 2014.

Gráfico 5. Pirâmide etária da população do município do Rio de Janeiro, 2014.



FONTE: Dados do RAG, 2014

Com relação aos dados socioeconômicos, o município apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) alto de 0,799 em 2010, maior do que IDHM nacional no mesmo ano, 0,727 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013). Em comparação com os 5565 municípios brasileiros, o município do Rio de Janeiro ocupava a 45ª posição.

O município apresenta o produto interno bruto (PIB) de 220.924.561 (milhões de reais em 2012), com participação do setor primário foi de 0,03%, do setor secundário foi de 13,6% e do setor terciário foi de 86,4%. Mostrando a dependência do terceiro setor na economia do município. Apresentou um PIB per capita de 34.571,91 mil reais. A participação no PIB do estado foi de 43,81% (IBGE Cidades).

O índice de Gini, isto é, relação para medir a distribuição de renda de um grupo (varia de 0 a 1, quanto mais próximo de zero, melhor é a distribuição de renda e quanto mais próximo de um, maior é a concentração de renda), no município do Rio de Janeiro foi de 0,48 em 2012. A incidência da pobreza no município no mesmo ano foi de 23,85%, segundo IBGE. Conforme o Censo demográfico de 2010, foi utilizado quatro cortes de renda monetária para identificar pessoas pobres e extremamente pobres (renda até R\$70,00, renda até ¼ salário mínimo, ou seja R\$127,50, renda até ½ salário mínimo ou R\$255,00 e renda até 60% da mediana ou R\$225,00). Pode-se observar no Censo que o município do Rio de Janeiro apresentou uma proporção de pessoas com até R\$ 70 e até ¼ de salário mínimo de rendimento nominal mensal domiciliar per capita de 1,1% e 4,5% respectivamente, sendo a capital com maiores percentuais entre as capitais das Regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2011).

Outro importante elemento de análise das condições de vida é o acesso ao saneamento básico. Segundo o Censo Demográfico 2010, a ausência desse acesso está relacionada diretamente com a baixa renda monetária. Há quase 16 milhões de pessoas com rendimento (até ½ salário mínimo) e residentes em domicílio com saneamento inadequado (caracterizado por lixo não coletado - enterrado, queimado, jogado em lugares inapropriados -; tratamento de esgoto sanitário não realizado - fossa rudimentar, vala, ou outro -; ausência de abastecimento de água por rede geral - acesso à água por poços, nascentes, carro-pipa, armazenamento da água da chuva e outros) no Brasil, destes cerca de 66,4% de pessoas são residentes em domicílios com saneamento inadequado e recebem até ½ salário mínimo, em cidades com mais de 500 mil habitantes (IBGE, 2011).

O município do Rio de Janeiro está dividido em dez áreas de planejamento da saúde como mostra a Figura 9.

Figura 9. Área de Planejamento da Saúde do Município do Rio de Janeiro 2013



FONTE: PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013.

Estas áreas apresentam diferenças com relação a situação de saúde segundo a história de ocupação das áreas e a evolução destas, algumas áreas apresentam mais vulnerabilidades sociais e econômicas quando comparadas a outras áreas. A situação de saúde é afetada pelos determinantes e condicionantes em saúde, as atividades socioeconômicas e políticas, a educação, o lazer, as condições de habitação, a infraestrutura de rede de água e esgoto, a distribuição de serviços e equipamentos em saúde, entre outros; caracterizando a população dessas áreas de planejamento.

O município do Rio de Janeiro é heterogêneo, com diversidades e especificidades em cada uma destas áreas de planejamento. Segundo a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (2013), a AP 1.0 apresenta a maior proporção de pessoas morando em comunidades carentes (29%), entretanto nesta área há a maior concentração de aparato público de saúde instalado. A AP 2.1 possui a maior população de idosos (23,1%), o maior IDHM do município. As APs 3.1, 3.2 e 3.3 juntas se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de comunidades carentes vive nessa região. A AP 4 é a segunda maior em área, com 294 km<sup>2</sup>, cerca de 1/4 do território do município. Esta região apresenta uma

expansão urbana de rendas média e alta, apresenta a segunda maior população (910 mil habitantes) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km<sup>2</sup>). As APs 5.1, 5.2 e 5.3 conformam a segunda área mais populosa do município (27% da população da cidade), apresenta uma expansão urbana para as populações de média e baixa renda (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013)

As informações sobre saúde a seguir são referentes ao município como um todo.

### Nascimento

A taxa de natalidade<sup>7</sup> no município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2013 manteve-se entre 13 por mil nascidos vivos. O tipo de parto mais realizado no município é o cesariano (chegando a 57% em 2013). São realizadas sete ou mais consultas de pré-natal na maioria dos nascimentos. O peso ao nascer é essencialmente o baixo peso. As principais faixas etárias das mães no período estudado é dos 25 aos 35 anos. A faixa de 35-39 cresceu no período. Entretanto, ainda é grande número de mães da faixa de 15-19 anos. A maioria das mães possuem entre oito e onze anos de estudos, segundo SINASC.

### Mortalidade

A taxa de mortalidade<sup>8</sup> no município do Rio de Janeiro em 2009 foi de 8,48 e em 2013 foi para 8,28 (óbitos para cada 1000 habitantes). A taxa de mortalidade específica<sup>9</sup> (TME) por sexo, no período de 2009 a 2012, mostra que os homens possuem maior risco de mortalidade que as mulheres. Em 2009, a TME para o sexo masculino era de 9,29 e reduziu para 8,71 em 2012 e a TME para o sexo feminino era de 7,79 reduzindo a 7,70 nos mesmos anos, segundo SIM.

A taxa de mortalidade por grupo de causas<sup>10</sup> no município do Rio de Janeiro, no período está representada no Gráfico 6. A taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I) aumentou de 2009 a 2013 em 1%. A taxa de mortalidade por Neoplasias -tumores- (Cap. II) apresentou pouca variação no período. A taxa de mortalidade por Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX) apresentou queda no período de 1,1%. A taxa de mortalidade por Doenças do aparelho respiratório (Cap. X) apresentou 1,8%

<sup>7</sup> Taxa de natalidade é o coeficiente entre o número de nascidos vivos e a população residente no período, multiplicado por 1000.

<sup>8</sup> Taxa de mortalidade é o coeficiente entre número de óbitos e a população residente no período, multiplicado por 1000.

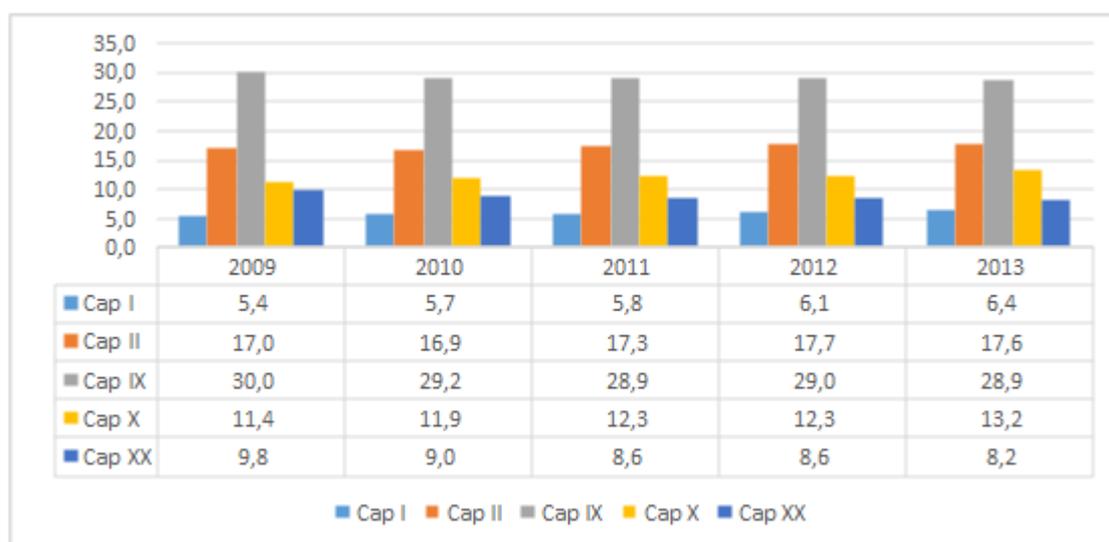
<sup>9</sup> Taxa de mortalidade específica por sexo é o coeficiente entre o número de óbitos por sexo e a população residente por sexo no período, multiplicado por 1000

<sup>10</sup> Taxa de mortalidade por grupo de causas é o coeficiente entre número de óbitos de residentes por grupo de causa e o número total de óbitos residentes, multiplicado por 100

de aumento no período. Por fim, a taxa de mortalidade por Causas externas de morbidade e mortalidade apresentou queda de 1,6% no período.

Esses dados mostram que ainda o principal grupo de causas de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, seguido pelas neoplasias, pelas doenças respiratórias e pelas causas externas, seguindo a tendência nacional apresentada no Plano Nacional de saúde 2012-2015.

Gráfico 6. Taxa de Mortalidade por grupo de causas, por ano, no município do Rio de Janeiro.



FONTE: Dados do SIM; IBGE

Com relação a estes mesmos grupos, porém específicos por gênero, no município do Rio de Janeiro, no período de 2009 a 2013, observa-se que maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, seguido por neoplasias e causas externas nos homens e maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, seguido por neoplasias e por doenças do aparelho respiratório nas mulheres, conforme mostra a Tabela 7. Destacam-se taxas de mortalidade por causas externas mais expressivas nos homens, apesar de pequena queda ao longo dos anos.

Tabela 7. Taxa de mortalidade por grupo de causa, por sexo e ano, no município do Rio de Janeiro.

Grupos	Cap. I		Cap. II		Cap. IX		Cap. X		Cap. XX	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
2009	5,5	5,2	15,8	18,3	28,3	31,7	10,7	12,1	14,8	4,5
2010	6,2	5,1	16,2	17,5	28,0	30,4	11,0	12,7	13,1	4,7
2011	6,3	5,4	16,8	17,9	27,7	30,1	11,6	13,0	12,4	4,8
2012	6,6	5,6	16,8	18,6	27,8	30,0	11,5	13,0	12,4	4,7
2013	7,0	5,8	16,9	18,2	27,9	29,8	12,2	14,2	11,8	4,6

FONTE: Dados do SIM.

### Morbidade hospitalar

No município do Rio de Janeiro, no período de 2009 a 2014, os principais capítulos da CID-10 de internações conforme a faixa etária está representada no quadro a seguir. Na infância os principais capítulos de internação são afecções originárias do período perinatal (maior em menores de 1 ano), doenças do aparelho respiratório (1 a 9 anos) e doenças infecciosas e parasitárias. Na adolescência (10 aos 19 anos), gravidez parto e puerpério, seguido de lesões por envenenamento e algumas outras consequências, causas externas e doenças do aparelho digestivo. Na fase adulta (20 aos 59 anos), gravidez, parto e puerpério, aparelho digestivo, lesões por envenenamentos e algumas outras consequências e causas externas. Na fase idosa (maiores de 60 anos), aparelho circulatório, neoplasias e aparelho digestivo. A Tabela 8 traz o número de internações por faixa etária e capítulo da CID-10 no período de 2009 a 2014.

Tabela 8. Número de internações por faixa etária e capítulo da CID-10, no município do Rio de Janeiro, 2009-2014.

Capítulo CID-10	<1a	1-9	10-19	20-59	60 ou mais
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9.706	10.368	4.644	25.240	15.190
II. Neoplasias (tumores)	352	3.575	3.590	55.738	46.983
IX. Doenças do aparelho circulatório	434	683	1.254	40.664	57.626
X. Doenças do aparelho respiratório	15.944	18.983	4.256	16.942	21.874
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.561	8.800	7.768	61.724	34.212
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.012	9.575	3.785	13.324	5.894
XV. Gravidez parto e puerpério	6	3	73.343	233.846	25
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	39.383	132	195	614	41
XIX. Lesões por envenenamento e algumas outras consequências causas externas	854	6.133	11.295	60064	23.976

FONTE: Dados do SIH

Dos procedimentos hospitalares de internação, os principais foram os procedimentos clínicos, seguidos dos procedimentos cirúrgicos, superando muito os procedimentos para transplantes de órgãos e investigação diagnóstica.

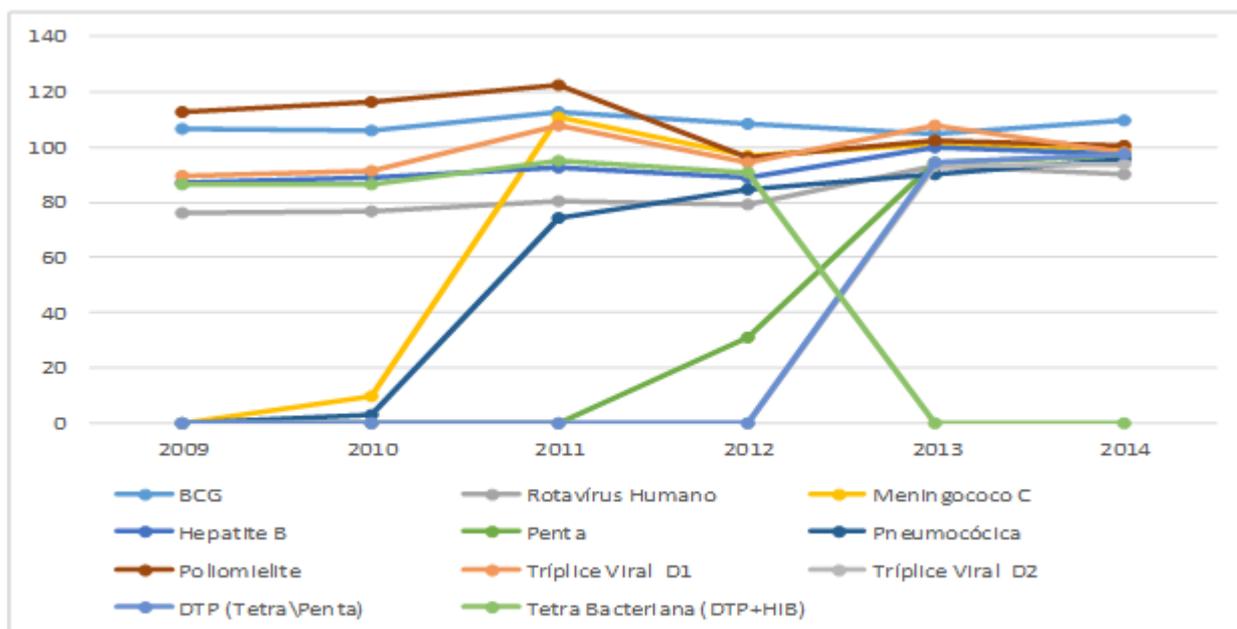
### Imunização

No período de 2009 a 2014, a cobertura<sup>11</sup> de imunização no município do Rio de Janeiro mantém-se entre os 75 e 100% de cobertura. Observa-se um elevado valor na cobertura vacinal da BCG e poliomielite. A introdução dos imunobiológicos meningocócica e pneumocócica na rede a partir de 2010. A queda da cobertura da tetra bacteriana a partir de 2012, o aumento gradual da vacina pentavalente a partir de 2011 e o aumento da DTP (tetra/penta) conforme grupos intermediários entre as vacinas. A elevada cobertura da poliomielite pode ser explicada pela grande quantidade de campanhas realizadas fora da cobertura vacinal de rotina, pela superestima de doses realizadas, assim como a quantidade populacional estimada (denominador). Da mesma forma a BCG, com doses superestimadas ou pela população subestimada, segundo dados do PNI. O Gráfico 7 mostra a cobertura vacinal por tipo de vacina no município do Rio de Janeiro.

---

<sup>11</sup> Cobertura vacinal é o coeficiente entre o número de doses aplicadas (esquema completo de vacinação) de um imunobiológico e a população alvo, multiplicado por 100.

Gráfico 7. Cobertura Vacinal no Município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2014



FONTE: Dados do PNI

### Atenção Primária em Saúde

O número de famílias acompanhadas e visitas domiciliares realizadas aumentaram no período. Com relação às gestantes, houve um aumento no número de mulheres cadastradas, entretanto o número de gestantes acompanhadas na APS diminuiu em 21% no período. Com relação às crianças, observa-se que em alguns indicadores houve melhoria, mas em outros piora ao longo dos anos. Houve um aumento no cadastramento de crianças menores de 1 ano, entretanto crianças menores de 1 ano com situação vacinal atualizada diminuiu ao longo dos anos em 23% e em crianças de 1 a 2 anos redução na situação vacinal para 25%, assim como o número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo diminuiu em 14%. Houve também a diminuição de crianças menores de 1 ano desnutridas no período. Crianças de 1 a 2 anos com desnutrição, crianças menores de 2 anos com diarreia, crianças menores de 2 anos que precisaram de terapia de reposição oral, crianças menores de 2 anos com infecção respiratória aguda também diminuíram no período. Com relação às pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, houve o maior número de cadastramento, mas o acompanhamento ao longo dos anos diminuiu em 11%. Assim como para pessoas portadoras de HAS, houve um aumento no cadastramento, mas o acompanhamento ao longo dos anos diminuiu em 11%. Para pessoas com tuberculose, também houve um aumento no cadastramento, mas o acompanhamento caiu em 35%. Pessoas com hanseníase, houve um

aumente no cadastramento, mas o acompanhamento diminuiu proporcionalmente, segundo dados do SIAB.

Conforme a produção da APS houve aumento na produção ao longo dos anos, seja no número de consultas/atendimentos realizados, nos exames e encaminhamentos realizados. Os encaminhamentos de urgências ou para internação hospitalar ou domiciliar diminuíram. Os marcadores de saúde diminuíram, como valvulopatias reumáticas em crianças de 5 a 14 anos, Doença Hemolítica Perinatal, Fratura colo de fêmur, Hanseníase Graus II e III, Citologia Oncótica NIC III e Pneumonia em menores de 5 anos, outros aumentaram como Meningite Tuberculosa, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (Forma grave), Infarto e Acidente Vascular Cerebral, conforme SIAB.

#### Assistência ambulatorial

No período de 2009 a 2014, a produção ambulatorial destaca-se por dispensação de medicamentos (42,1% da quantidade total da produção), por procedimentos clínicos (26,6% da produção total), principalmente por consultas/acompanhamentos/atendimentos (23,5% dos procedimentos clínicos) e por procedimentos com finalidade diagnóstica (22,1% da produção total), destes o diagnóstico em laboratório clínico representa 16,4%, segundo informações do SIA.

A Tabela 9 identifica os procedimentos realizados no período de 2009 a 2014, pela quantidade de procedimentos aprovados, valor dos procedimentos, quantidade de procedimentos apresentados e valor dos procedimentos apresentados.

Tabela 9. Procedimentos da Assistência Ambulatorial no período de 2009 a 2014.

Procedimentos	Qtd.aprovada (Milhares)	Valor Aprovado (R\$)	Qtd.apresentada (Milhares)	Valor Apresentado (R\$)
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	40693980	1.037.322,76	43550421	2.384.896,09
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	114783512	751.939.623,8	157543268	1.048.306.498
03 Procedimentos clínicos	137839853	1.371.154.309	170917537	1.681.113.992
04 Procedimentos cirúrgicos	4355150	39.111.546,66	5267071	55.822.803,42
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	404637	125.216.341,3	416789	126.813.359,2
06 Medicamentos	218294904	349.977.870,6	220305515	356.633.736,2
07 Órteses, próteses e materiais especiais	1656705	101.039.623,9	1823950	104.923.553,8
08 Ações complementares da atenção à saúde	326380	5.258.706,75	344825	5.629.824,75
Total	518355121	2.744.735.345	600169376	3.381.628.664

FONTE: Dados do SIA

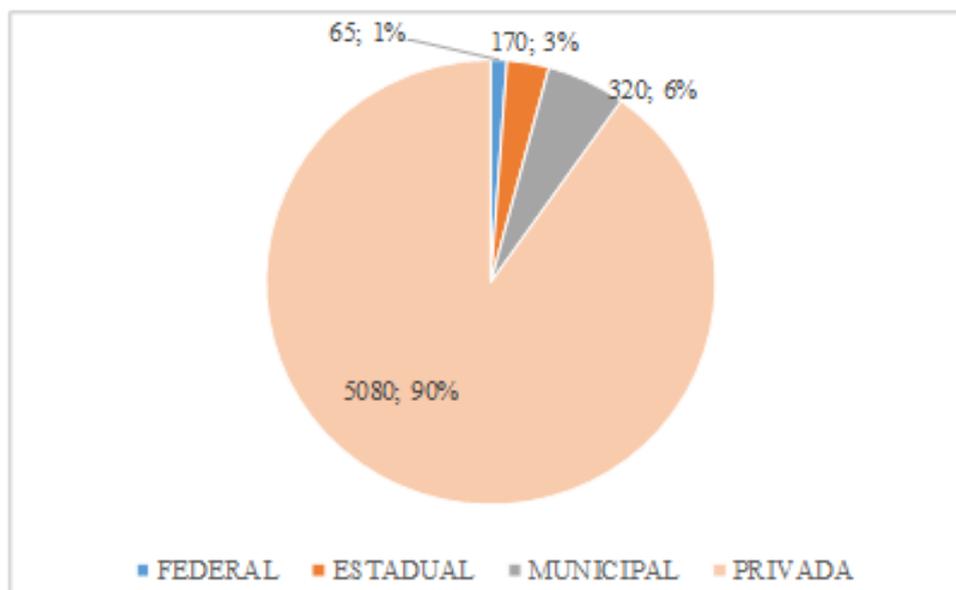
### Assistência Hospitalar

No período de 2009 a 2014, a produção hospitalar destaca-se por procedimentos clínicos, seguidos de procedimento cirúrgicos, transplantes de órgãos, tecidos e células e por procedimentos diagnósticos. Destes procedimentos hospitalares, as autorizações por internações são principalmente relacionadas a tratamentos clínicos, ao parto e nascimento e a cirurgias do sistema osteomuscular, conforme SIH.

### Rede assistencial municipal

Com relação aos estabelecimentos de saúde presentes no município do Rio de Janeiro em dezembro de 2014, por esfera de competência há 5635 estabelecimentos no total. Destes apenas 6% são da esfera municipal, 3% são da esfera estadual e 1% da esfera federal, 90% são da rede privada, segundo CNES. O Gráfico 8 apresenta os estabelecimentos de saúde por esfera de competência no município do Rio de Janeiro.

Gráfico 8. Estabelecimentos de saúde por esfera de competência, no município do Rio de Janeiro em dezembro de 2014.



FONTE: Dados do CNES

Segundo estabelecimentos por contrato/convenio com a rede privada, a maioria dos estabelecimentos possuem este tipo de relação coma rede.

Quanto aos estabelecimentos municipais de saúde atualmente, são no total 375 (trezentos e setenta e cinco) estabelecimentos, destes 233 (duzentos e trinta e três) são

Policlínica/Posto de Saúde/Centro de Saúde, 33 (trinta e três) são Hospital/UPA/CER, 72 (setenta e duas) são Clínica da Família, 24 (vinte e quatro) são CAPS/CPSAD/CAPSI, 11 (onze) são Maternidade/Casa de Parto e 2 (dois) são Institutos (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/d). No ano de 2009, os estabelecimentos de saúde municipais eram de 114 (cento e quatorze) (IBGE, 2010). A Tabela 10 mostra a quantidade de estabelecimentos de saúde nas capitais da região sudeste e o total no país em 2009.

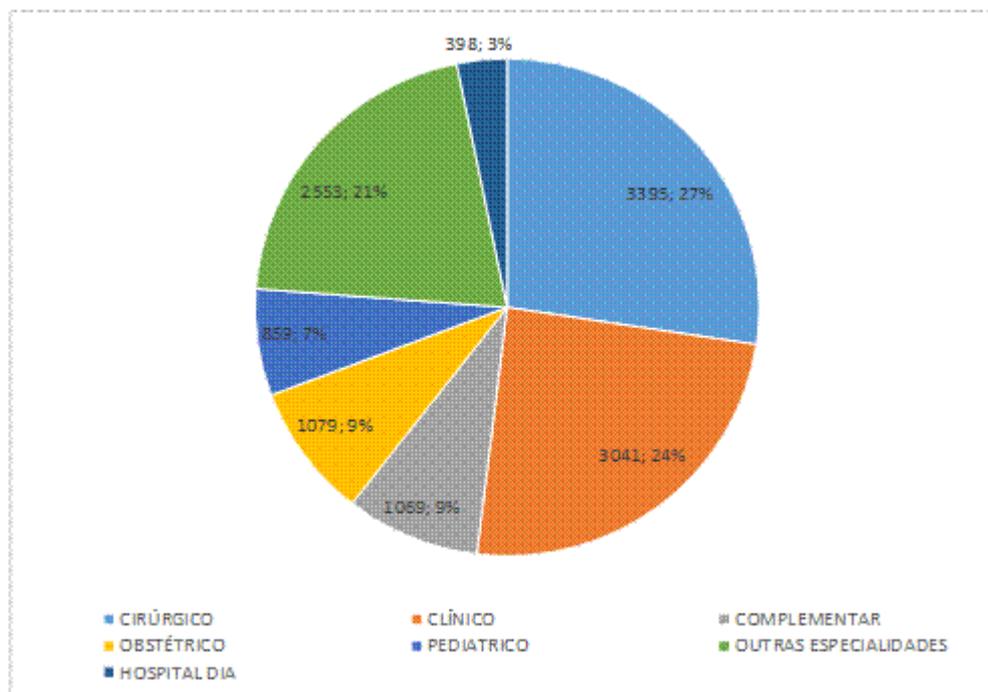
Tabela 10. Estabelecimentos de saúde, segundo capitais da Região Sudeste, 2009.

País e capitais da região sudeste	Estabelecimentos de saúde											
	Total						Esfera administrativa					
							Público					
	Especializado		Com especialidades		Geral		Especializado		Com especialidades		Geral	
	Com interna ção	Sem interna ção	Com interna ção	Sem interna ção	Com interna ção	Sem interna ção	Com interna ção	Sem interna ção	Com interna ção	Sem interna ção	Com interna ção	Sem interna ção
BRASIL	642	25.881	3.271	24.503	2.962	36.811	150	2.937	1.397	10.645	1.292	35.600
Rio de Janeiro	94	2.219	254	2.288	146	1.456	22	156	90	701	55	1.332
São Paulo	126	4.713	411	5.637	421	2.907	22	477	108	2.492	89	2.662
Belo Horizonte	13	492	57	471	5	44	0	18	19	161	2	28
Vitória	7	207	17	112	1	24	1	4	3	25	0	18

Fonte: Adaptado IBGE, 2010, s/p.

Com relação aos leitos disponíveis no município do Rio de Janeiro, em novembro de 2014, havia um total de 12.394 para o SUS e 14.894 leitos para não SUS. A maioria dos leitos no SUS estavam disponíveis para leitos cirúrgicos. O Gráfico 9 demonstra os tipos de leitos disponíveis para o SUS no município.

Gráfico 9. Leitos disponíveis no SUS, por tipos no município do Rio de Janeiro em 2014



FONTE: Dados do CNES

### Recursos saúde municipal

O indicador 1.3 mostra uma diminuição das receitas vinculadas à saúde em relação ao total de recursos transferidos para o município entre 2009 e 2014. A participação das transferências da união para o SUS também apresentou uma redução no período (indicador 1.5), indo de 62,07% em 2009 para 54,21% em 2014. Houve também a diminuição em 64% (2009 e 2014) da participação da despesa com pessoal na Saúde (indicador 2.2), mostrando a diminuição do comprometimento de recursos vinculados à saúde no município. Entretanto, a despesa total com a saúde per capita - em R\$/habitantes, sob responsabilidade do município (indicador 2.1) aumentou em 50% se comparados os anos 2009 e 2014. O investimento em saúde realizado no município aumentou no período de 2009 a 2014, mas ainda é menor do que 1% da despesa total em saúde no município (indicador 2.5). A participação da receita do próprio município aplicada em saúde aumentou no período, de 16,07% em 2009 para 20,81% em 2014, nas ações e serviços públicos em saúde segundo o SIOPS. A Tabela 11 resume estas informações em indicadores relacionados à despesa e à receita no município no período de 2009 a 2014.

Tabela 11. Indicadores relacionados às despesas e receitas no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2014.

<b>Indicador/Descrição do Indicador</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
1.1 Participação da receita de impostos na receita total do Município	49,96 %	42,73 %	45,20 %	45,74 %	49,35 %	46,25 %
1.2 Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	39,25 %	33,98 %	33,81 %	35,11 %	35,26 %	33,57 %
1.3 Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	21,12 %	20,58 %	21,03 %	21,70 %	20,55 %	19,76 %
1.5 Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	62,07 %	55,45 %	62,51 %	59,78 %	59,14 %	54,21 %
2.1 Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 327,11	R\$ 406,13	R\$ 485,70	R\$ 605,45	R\$ 617,35	R\$ 649,69
2.2 Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	52,38%	41,81 %	37,27 %	30,85 %	33,56 %	33,29
2.3 Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	3,19 %	2,46 %	2,57 %	2,55 %	2,83 %	2,57 %
2.4 Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	28,52 %	21,88 %	19,83 %	21,03 %	16,12 %	16,53 %
2.5 Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,77 %	5,91 %	7,58 %	4,28 %	0,43 %	0,82 %
2.10 SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	1,55 %	1,20 %	1,56 %	1,89 %	2,23 %	2,12 %
2.20 SUBFUNÇÕES VINCULADAS	98,43 %	98,80 %	98,40 %	98,10 %	97,77 %	97,87 %
2.21 Atenção Básica	12,35 %	30,79 %	28,70 %	30,38 %	31,30 %	29,88 %
2.22 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	84,19 %	63,59 %	63,78 %	62,84 %	61,94 %	62,58 %
2.23 Suporte Profilático e Terapêutico	0,00 %	1,87 %	2,58 %	1,80 %	2,07 %	1,78 %
2.24 Vigilância Sanitária	1,29 %	1,31 %	1,29 %	1,26 %	1,31 %	1,37 %
2.25 Vigilância Epidemiológica	0,59 %	1,23 %	2,05 %	1,82 %	1,14 %	2,25 %
2.26 Alimentação e Nutrição	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %
3.1 Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	43,56 %	40,58 %	35,58 %	33,95 %	35,14 %	34,11 %
3.2 Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	16,07 %	16,91 %	19,69%	23,25 %	19,43 %	20,81 %

FONTE: SIOPS

O município do Rio de Janeiro recebeu um aproximadamente em 2009 o valor de R\$ 986.2 milhões de reais; em 2010, R\$ de 1.500 bilhões; em 2011, R\$ 1.350 bilhões; em 2012 R\$ 1.466 bilhões de reais; em 2013, R\$ 1.500 bilhões e em 2014, 1.530 bilhões de reais. Destes valores, a maior parte foi utilizado no bloco da Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar (em média 74% do valor total), segundo informações do Fundo Municipal de Saúde.

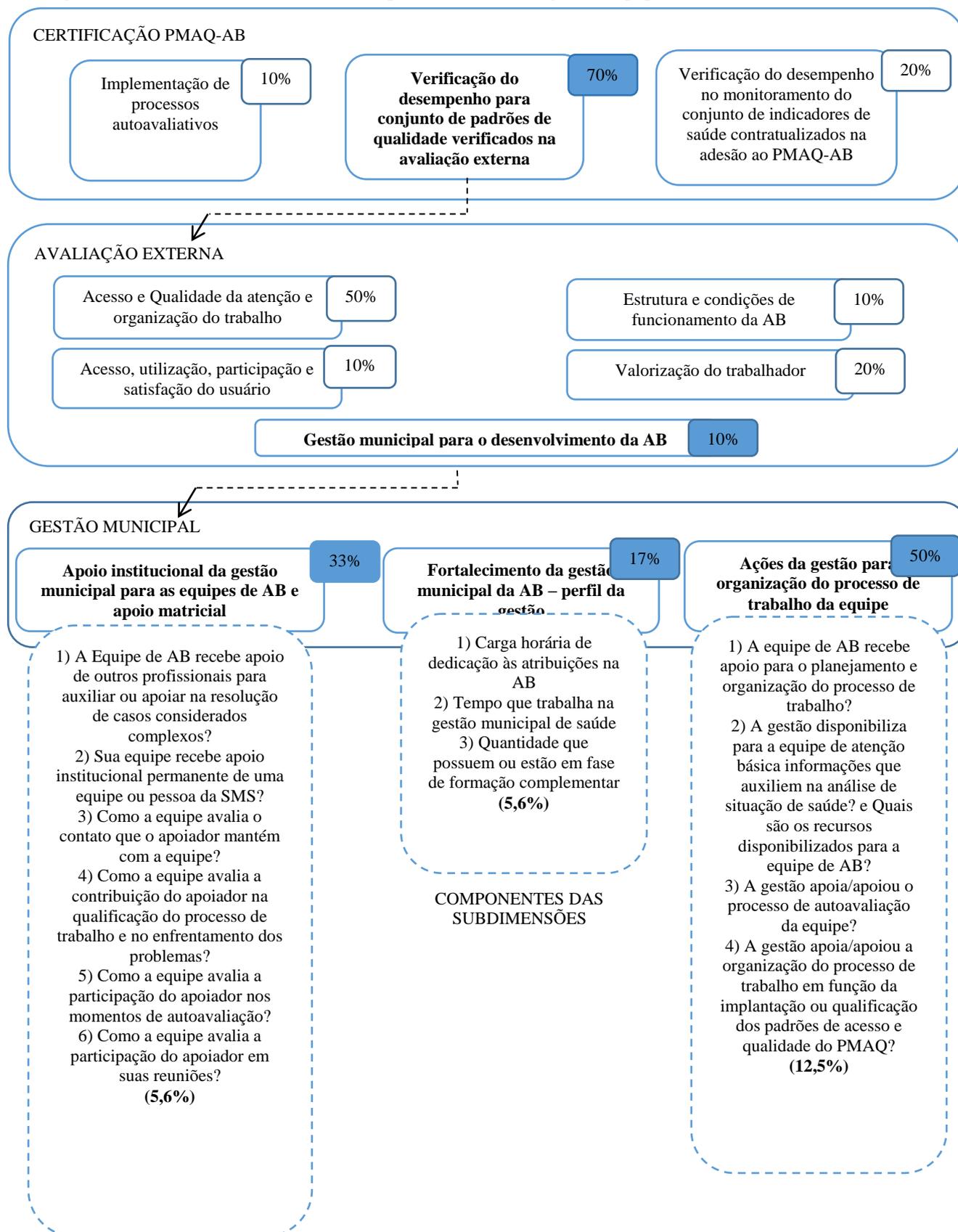
### **6.5 Segunda Etapa: Certificações das Equipes do PMAQ-AB**

Nesta seção são apresentados alguns aspectos relacionados a certificação das equipes do PMAQ-AB verificados junto ao banco de dados do PMAQ-AB. O banco relacionado ao 1º e ao 2º ciclo sobre o desempenho do município e a avaliação externa foi cedido pela SMS do Rio de Janeiro. O banco de dados com o resultado da avaliação externa do 1º ciclo está disponível no site do Ministério da Saúde.

A certificação do PMAQ-AB conta com três dimensões: 1) Implementação de processos autoavaliativos, 2) Verificação do desempenho no monitoramento do conjunto de indicadores de saúde contratualizados na adesão ao PMAQ-AB e 3) Verificação do desempenho para conjunto de padrões de qualidade verificados na avaliação externa. Esta última apresenta cinco subdimensões, são elas: 1) Estrutura e Condições de funcionamento da AB, 2) Valorização do Trabalhador, 3) Acesso e Qualidade da atenção e organização do trabalho, 4) Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário e 5) Gestão Municipal para o desenvolvimento da AB.

A subdimensão Gestão municipal para o desenvolvimento da AB apresenta ainda três subdimensões: 1) Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica – Perfil da Gestão, 2) Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe e 3) Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial. Cada uma destas apresenta componentes. Todas as dimensões, subdimensões e componentes possuem um percentual equivalente para a certificação das equipes no PMAQ-AB, como representado na Figura 10.

Figura 10. Dimensões, subdimensões e componentes da certificação das equipes do PMAQ-AB



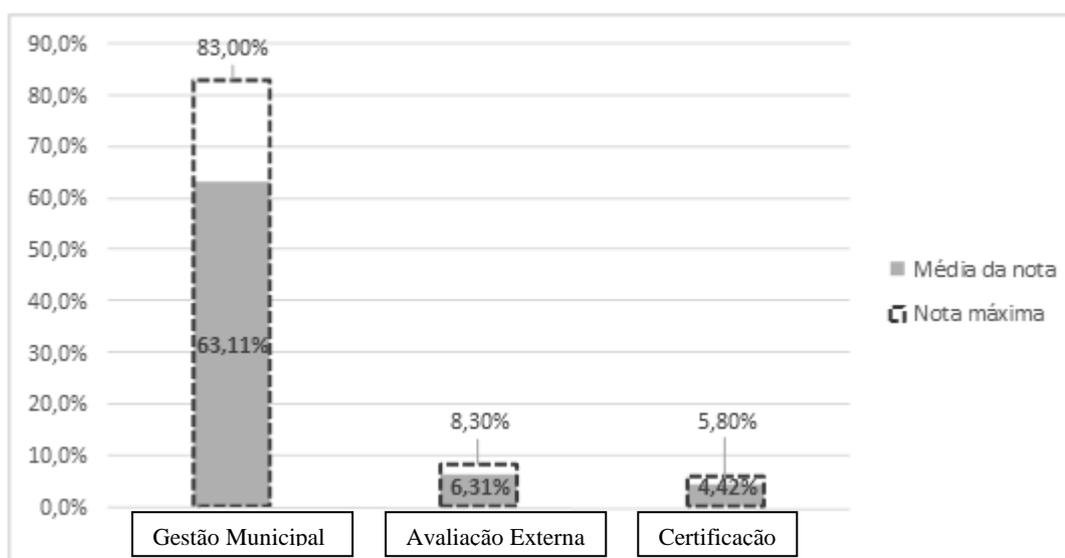
FONTE: Elaboração própria

Esta pesquisa considerou dentro da certificação das equipes, a dimensão *Verificação do desempenho* para o conjunto de padrões de qualidade verificado na avaliação externa da subdimensão *Gestão Municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica*. Desta, as variáveis relacionadas as três subdimensões: *Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica – Perfil da Gestão, Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe e Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial*.

Conforme o banco de dados referente somente ao 1º ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB, pode-se identificar que 324 unidades aderiram ao PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro.

Neste banco de dados, com relação à subdimensão *Gestão municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica* estão disponíveis apenas variáveis correspondentes aos componentes *Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe e Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial*. Então, considerando apenas as variáveis disponíveis e as variáveis utilizadas para a certificação, a média das notas foram de 63,1% dos 83,0% da nota máxima para as subdimensões disponíveis, 6,3% dos 8,30% da nota máxima para a avaliação externa e nota 4,4% dos 5,80% para a nota total da certificação. O Gráfico 10 demonstra esse resultado.

Gráfico 10. Pontuação do município na subdimensão Gestão Municipal, correspondência na Avaliação Externa e na Certificação.



FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB – Equipe.

Com relação ao banco de dados cedido pela SMS, as informações contidas são o relatório de desempenho das equipes no PMAQ e o relatório das equipes na avaliação externa. Estes bancos apresentam a certificação das equipes com os critérios: muito acima da média, acima da média, mediano ou abaixo da média, insatisfatório e excluído. As informações são identificadas, entre outros, por número do CNES, 1º e 2º ciclos. No relatório de desempenho para o município do Rio de Janeiro foi possível, então, a identificação das unidades e a separação por áreas de planejamento em saúde, conforme mostra a Tabela 12.

Tabela 12. Número de Unidades de Saúde e Equipes, segundo área de planejamento nos ciclos do PMAQ-AB

Áreas de Planejamento	Total de Unidades de Saúde que aderiram ao PMAQ (1º e 2º ciclos)	Número de Equipes da APS		Número de Equipes de Saúde Bucal
		1º ciclo	2º ciclo	2º ciclo
AP 1.0	12	5	38	6
AP 2.1	12	35	52	12
AP 2.2	7	8	15	8
AP 3.1	27	64	113	45
AP 3.2	18	34	59	22
AP 3.3	22	20	65	30
AP 4.0	10	13	25	1
AP 5.1	16	11	49	5
AP 5.2	26	64	98	37
AP 5.3	19	70	98	62
Total	169	324*	612*	228

\*324 equipes representam 66,53% do total de equipes implantadas, no mês da adesão; 612 equipes representam 82,16% do total de equipes implantadas, no mês da adesão, segundo relatório de descritivo do PMAQ-AB cedido pela SMS.

FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS

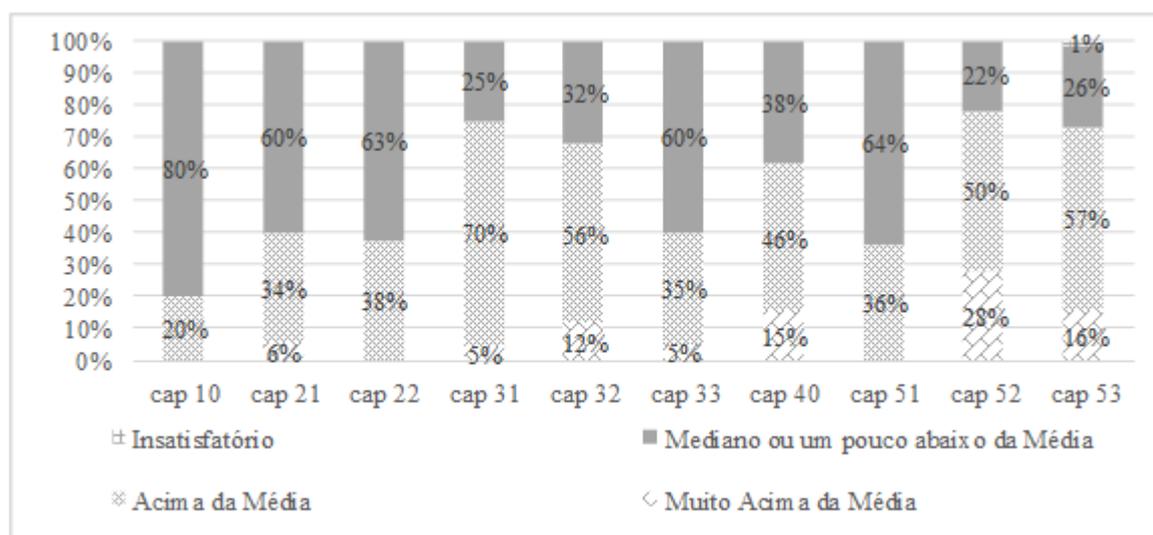
O desempenho das equipes no PMAQ está representado na Tabela 13 e por áreas de planejamento nos Gráficos 11 e 12.

Tabela 13. Frequência de equipes de saúde conforme desempenho no PMAQ-AB, no 1º e 2º ciclos.

Classificação das Equipes	1º Ciclo		2º Ciclo	
	Frequência absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
<b>Muito Acima da Média</b>	41	13%	122	20%
<b>Acima da Média</b>	169	52%	209	34%
<b>Mediano ou um pouco abaixo da Média</b>	113	35%	273	45%
<b>Insatisfatório</b>	1	0%	8	1%
<b>Excluído</b>	0	0%		0%
<b>Total</b>	324	100%	612	100%

FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS

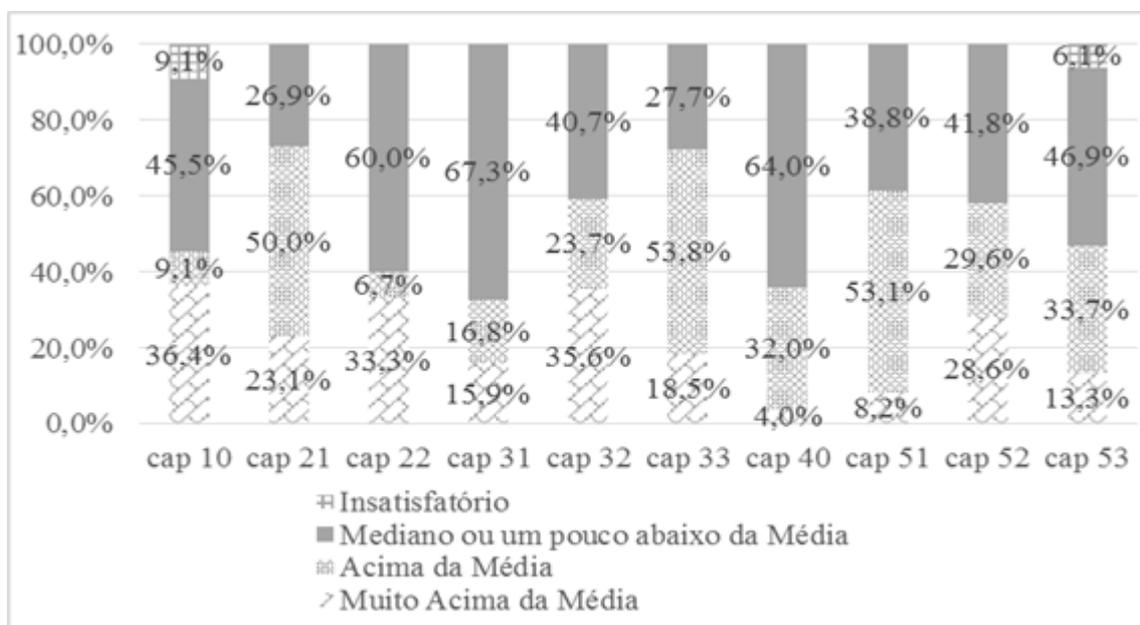
Gráfico 11. Percentual das Equipes Classificadas conforme Área de Planejamento no 1º ciclo



FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS

No primeiro ciclo, houve cinco áreas de planejamento com desempenho na maior parte mediano (APs 1.0, 2.1, 2.2, 3.3 e 5.1), somente duas áreas tiveram o desempenho na maioria acima da média (APs 3.1, 3.2 e 5.3). As demais duas áreas (APs 4.0 e 5.2) apresentaram um maior equilíbrio no desempenho, com predomínio do desempenho acima da média. Apenas na área 5.3 houve desempenho insatisfatório. Sete áreas apresentaram desempenho muito acima da média, sendo a área 5.2 com maior número de equipes com esse desempenho.

Gráfico 12. Percentual das Equipes Classificadas conforme Área de Planejamento no 2º ciclo

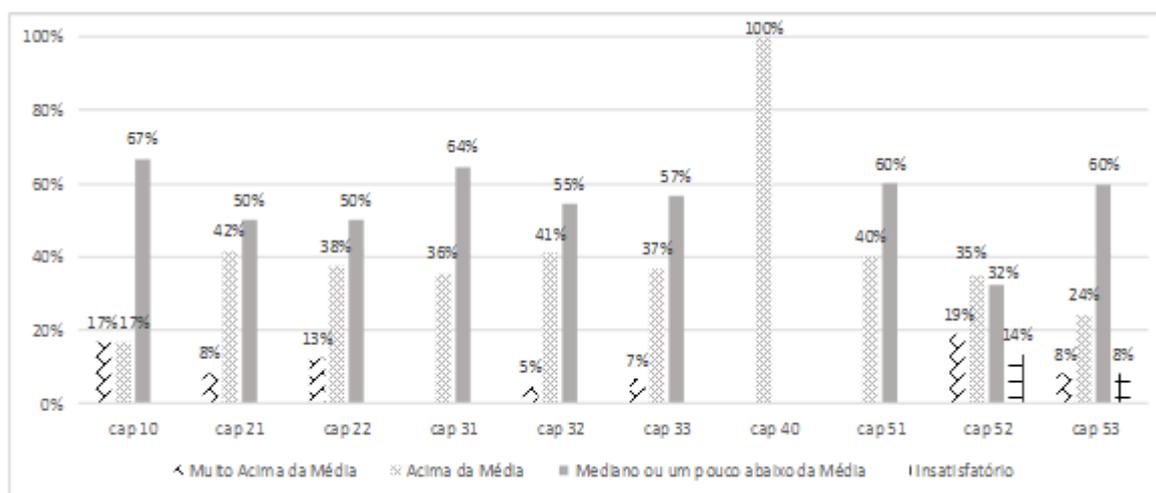


FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS

No segundo ciclo já houve uma maior uniformidade dos desempenhos, cinco áreas de planejamento com desempenhos mediano na maioria e cinco áreas com desempenhos acima da média, destas as áreas 3.2 e 5.2 destacam-se com equipes muito acima da média (36% e 29%, respectivamente). Duas áreas apresentaram desempenho insatisfatório, sendo a área 5.3 com aumento de 5% nas equipes com esse desempenho.

O desempenho das equipes de saúde bucal no PMAQ está representada no Gráfico 13.

Gráfico 13. Percentual das Equipes de Saúde Bucal Classificadas conforme Área de Planejamento, 2º ciclo.

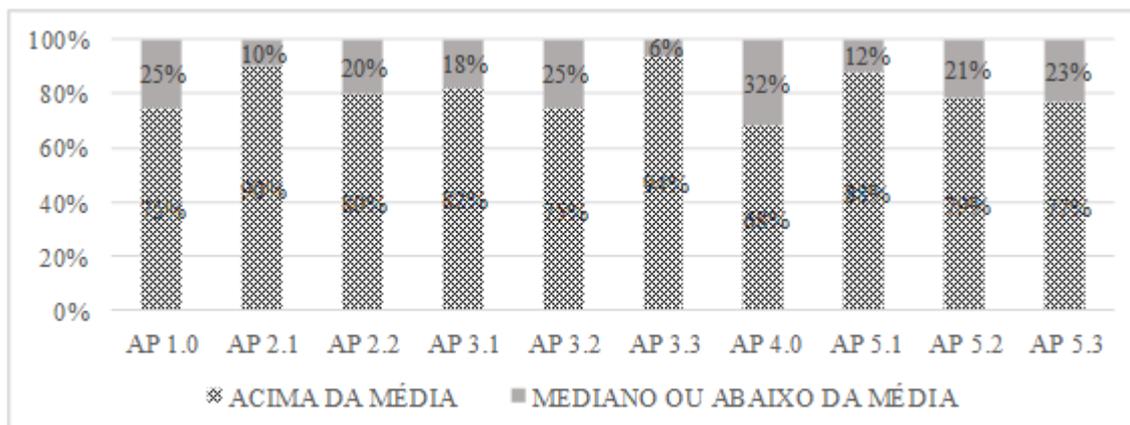


FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS.

Os desempenhos das equipes de saúde bucal estão, na maioria, na média. Apenas a área 4.0 apresenta a totalidade de equipes de saúde bucal com desempenho acima da média. Duas áreas (5.2 e 5.3) apresentam equipes com desempenho insatisfatório.

Com relação ao desempenho na avaliação externa, na subdimensão de *Gestão municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica*, estão disponíveis apenas variáveis correspondentes a *Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe e Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial*. O Gráfico 14 mostra o desempenho em percentual das equipes classificadas (acima da média e mediano ou abaixo da média), nas áreas de planejamento no segundo ciclo do PMAQ, segundo *Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe*. No primeiro ciclo todas as equipes de todas as áreas de planejamento ficaram classificadas como mediano ou abaixo da média.

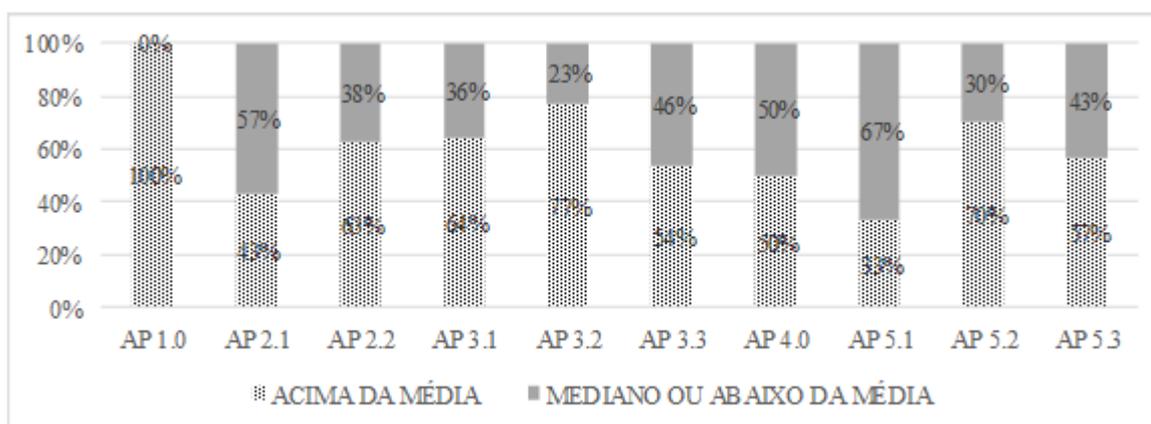
Gráfico 14. Percentual das Equipes classificadas, segundo Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe, 2º ciclo



FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS.

Já os Gráficos 15 e 16 mostram o desempenho em percentual das equipes classificadas (acima da média e mediano ou abaixo da média), nas áreas de planejamento, nos dois ciclos do PMAQ, segundo *Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial* no primeiro e no segundo ciclo.

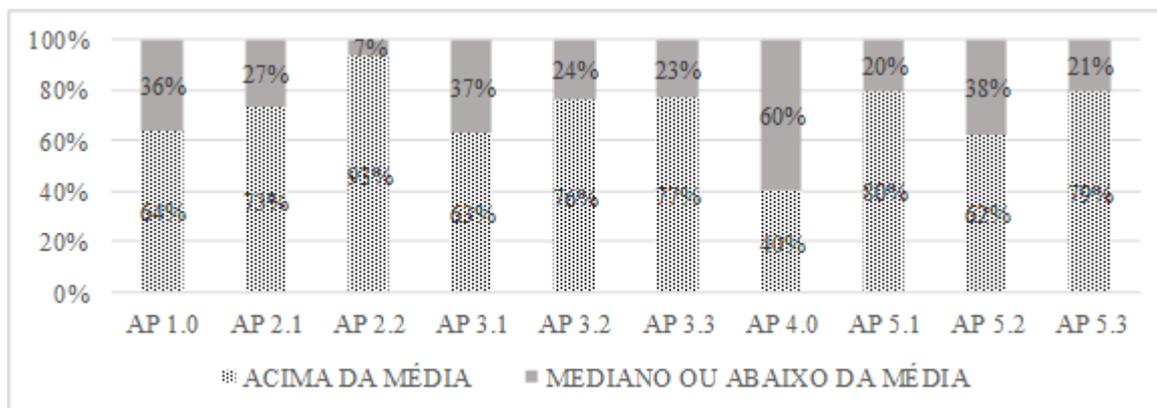
Gráfico 15. Percentual das Equipes Classificadas, segundo Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial, 1º ciclo



FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS

A maioria das áreas de planejamento apresentam desempenho acima da média. Apenas as áreas 2.1 e 5.1 apresentam o desempenho como média na maioria. A área 4.0 apresenta equilíbrio quanto ao desempenho.

Gráfico 16. Percentual das Equipes Classificadas, segundo Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial, 2º ciclo



FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB cedido pela SMS

Somente a área 4.0 apresenta desempenho maior na média. As demais áreas apresentam desempenho na maioria acima da média.

## 7 DISCUSSÃO

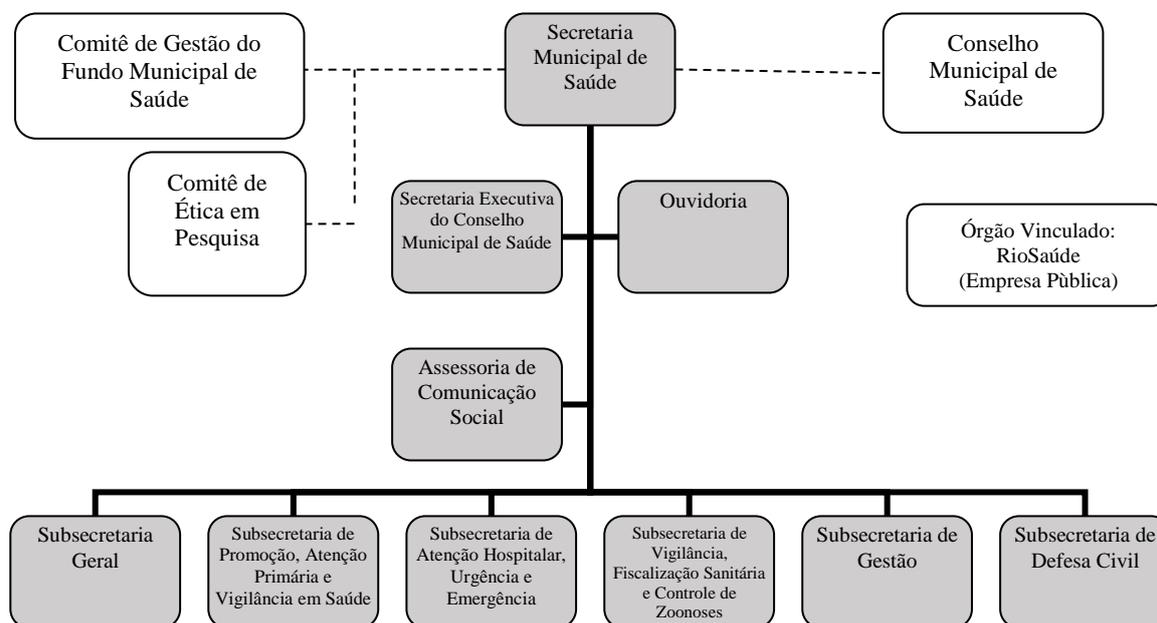
### 7.1 Secretaria Municipal de Saúde: mecanismos de planejamento, gestão e avaliação em saúde

O município do Rio de Janeiro teve durante o primeiro mandato do prefeito Eduardo Paes, 2009 a 2012 um redirecionamento no modelo de gestão, com base na abordagem de gestão de alto desempenho focada em resultados e com a criação de um Plano Estratégico. Esse modelo de gestão foi apoiado em seis eixos: visão de longo prazo; plano estratégico; equipes de apoio à entrega; plano de ação e apoio de resultados; rotinas de acompanhamento e cultura de alto desempenho. Uma das ações do modelo de gestão adotado no município foi a introdução das Organizações Sociais, entidades sem fins lucrativos, na administração pública pela aprovação inicial na Câmara dos Vereadores do município do Rio de Janeiro e sancionamento pelo prefeito da Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009. Esta dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências, regulamentada pelo Decreto nº. 30780 de 3 de junho de 2009. Segundo a prefeitura, essa parceria mostrou avanços, principalmente na saúde, possibilitando uma expansão da Estratégia de Saúde da Família no período de 2009 a 2012. As Organizações Sociais devem cumprir um contrato, a renovação só será realizada se 80% das metas acordadas forem cumpridas (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Para a implantação do novo modelo de gestão municipal na saúde ocorreu uma reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro desde de 2010. A secretaria de saúde incorporou a Defesa Civil do município e passou a ser denominada Secretaria Municipal de Saúde e de Defesa Civil, o que possibilita uma maior interlocução da Defesa Civil com a Saúde. Isso favorece ações intersetoriais e mais integradas às necessidades da população.

Outra importante alteração foi a reestrutura organizacional da Secretaria de Saúde, passando a ter seis subsecretarias de saúde e igualando hierarquicamente a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde e a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. A criação da SUBPAV mostra a valorização da APS a partir de 2010 e ainda possibilita uma separação no orçamento da atenção primária e da atenção hospitalar, dando mais transparência aos gastos e ao financiamento da APS. Entretanto, a segmentação da saúde em diversas subsecretarias pode levar a excessos burocráticos dentro da Secretaria Municipal de Saúde, dificuldades de comunicação e ações duplicadas. O organograma atual da secretaria de saúde está representado abaixo (Figura 11).

Figura 11. Organograma da secretaria municipal de saúde – 2015



FONTE: Decreto 39745 de 3/02/2015

Nota-se uma maior valorização da APS, intensificada com a expansão acentuada da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro no período. A APS do Rio de Janeiro é composta por centros municipais de saúde ou clínicas da família. As clínicas da família (unidades que seguem padrão do Saúde Presente) foram estruturadas em três tipos: A – unidades, onde todo o território é coberto por equipes de saúde da família; B - unidades mistas, onde somente parte do território é coberto pela saúde da família e C – unidades, onde ainda não há equipe de saúde da família, mas apresenta território de referência definido (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, 2011).

A secretaria municipal descentralizou administrativa e financeiramente a gestão local das Coordenadorias de Atenção Primária (CAP), permitindo inclusive autonomia local nas áreas de planejamento. A responsabilidade de controlar, de monitorar e de avaliar a APS pelas CAPs passou a uma proporção maior do que era realizado em comparação ao período anterior a grande expansão da Estratégia de Saúde da Família. Apesar desse aumento da responsabilidade das CAPs parece que não houve uma completa adequação estrutural, com qualificação para planejamento e gestão, bem como com maior número de profissionais, correspondente para que possibilitasse toda essa absorção. Houve uma reestruturação na carreira profissional daqueles que atuavam nas CAPs, com bonificação salarial por desempenho, criação de cargos com funções gratificadas, mas estas medidas parecem ainda

não ser suficientes para atender às novas necessidades das áreas de planejamento, conforme os relatos de alguns entrevistados.

No período de 2009 a 2014 as estruturas de planejamento e gestão em saúde se abriram para a contratação de consultoria sobre gestão pública, criação de grupos de trabalho para discussões em saúde, participação de colegiado gestor com secretário de saúde, subsecretários, assessores; discussão de propostas do Plano Municipal de Saúde com os dez conselhos distritais de saúde, estabelecimento de protocolos de serviços para as clínicas de saúde da família, incentivo à qualificação profissional, implantação e realização de melhorias no serviço de ouvidorias, maior operacionalização de instrumentos como Relatório de Gestão e acordos de resultados com o gabinete do prefeito. A utilização de pagamentos por desempenho, definidos por contratos de gestão foi uma forma de monitoramento e avaliação das ações em saúde.

Contudo, por mais que tenha havido uma maior preocupação da SMS com instrumentos de planejamento e gestão, estes ainda se mostram pouco acessíveis, apresentam pouca clareza em alguns aspectos, omissos com relação a detalhes da informação, ausência de informações. No período observado houve uma mudança na apresentação dos relatórios de gestão causando uma descontinuidade das informações apresentadas, o que prejudica a clareza das informações e a análise da gestão ao longo do tempo.

Nitidamente houve um grande investimento na APS com aumento no número de unidades de saúde, um investimento com relação às unidades de apoio a diagnose e terapia, unidades de vigilância em saúde, centros de atenção psicossocial em complementação à implantação da Estratégia de Saúde da Família. O apoio a unidades de média e alta complexidade, com discreto aumento no número de centros de especialidade e de unidades hospitalares e a implantação e expansão de unidades de pronto atendimento.

Apesar do aumento no número de estabelecimentos de saúde no âmbito do município, a rede de saúde municipal apresenta 90% de estabelecimentos privados. Isso demonstra uma dependência do município aos serviços privados, dificultando o poder de negociação com relação ao número de leitos, por exemplo, cuja maior disponibilidade no município não é do SUS. Dos leitos do SUS a maioria (27%) são leitos cirúrgicos, o que indica uma grande fragilidade da rede de saúde municipal.

Isso leva a uma temática importante na pauta de debate setorial, o mix público-privado no sistema de saúde brasileiro. A fragilidade da rede pública municipal, os difíceis embates sobre o ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos privados de saúde, a crescente oferta de planos privados no país, os subsídios fiscais são algumas questões ainda

sem respostas. Outra discussão mais recente é a gestão de unidades de saúde ou a cogestão no município por organizações sociais de saúde, por exemplo.

Santos, Santos e Borges (2013) ao analisarem o mix público-privado do sistema de saúde brasileiro ponderaram que junto à concepção de um sistema nacional de saúde em contexto de proteção social e saúde, há uma contínua disputa entre o interesse público e o privado que permeiam a sociedade, além das conformações herdadas do sistema de saúde, do Estado e da sociedade no desenvolvimento histórico do país.

Estes são provavelmente os fatores determinantes para a forte preocupação pela boa “saúde” do segmento de seguros privados e das instituições que estão sendo criadas, desenvolvidas e fortalecidas para executarem a gestão pública, como, por exemplo, as Organizações Sociais e as empresas para gestão compartilhada no caso do estado do Rio de Janeiro (SANTOS, ISABELA SOARES; SANTOS; BORGES, 2013).

Ao se estimular uma expansão na APS com a estratégia de saúde da família em um município de grande porte populacional de forma intensiva deve-se prever a necessidade do acompanhamento de outros serviços de apoio e de continuidade do cuidado como na atenção de média e alta complexidade. É, portanto, compreensível que se tenha um aumento na rede pública de saúde como um todo, e principalmente uma maior reorganização de serviços e reestruturação para atendimento das demandas identificadas.

Também houve aumento no número de profissionais do SUS para atender a essa expansão, como melhoria nas relações de trabalho já que houve uma redução da contratação de profissionais organizados em cooperativas e o aumento de profissionais com vínculo CLT e estatutário. Entretanto esse aumento e essas alterações no vínculo não se mostram totalmente eficazes, já que persistem a rotatividade profissional e o sentimento de sobrecarga de trabalho por parte dos entrevistados. Em 2010, no relatório de Gestão foram identificadas as necessidades de força de trabalho por cargo, no total seriam necessários 1771 médicos e 4367 outros profissionais, cerca de seis mil profissionais para a rede de saúde em 2010. Considerando que o aumento no número total de profissionais de 2009 a 2014 foi de aproximadamente cinco mil e setecentos profissionais ainda há uma carência de profissionais para a rede pública de saúde.

A preocupação com a qualificação profissional, observada as falas dos entrevistados, traduziu-se na contratação de cursos de especialização em saúde da família, incentivo ao mestrado profissional em saúde pública, educação permanente com os ciclos de debates. Entretanto, nenhum entrevistado reforçou a efetividade do Telessaúde, por exemplo, bem

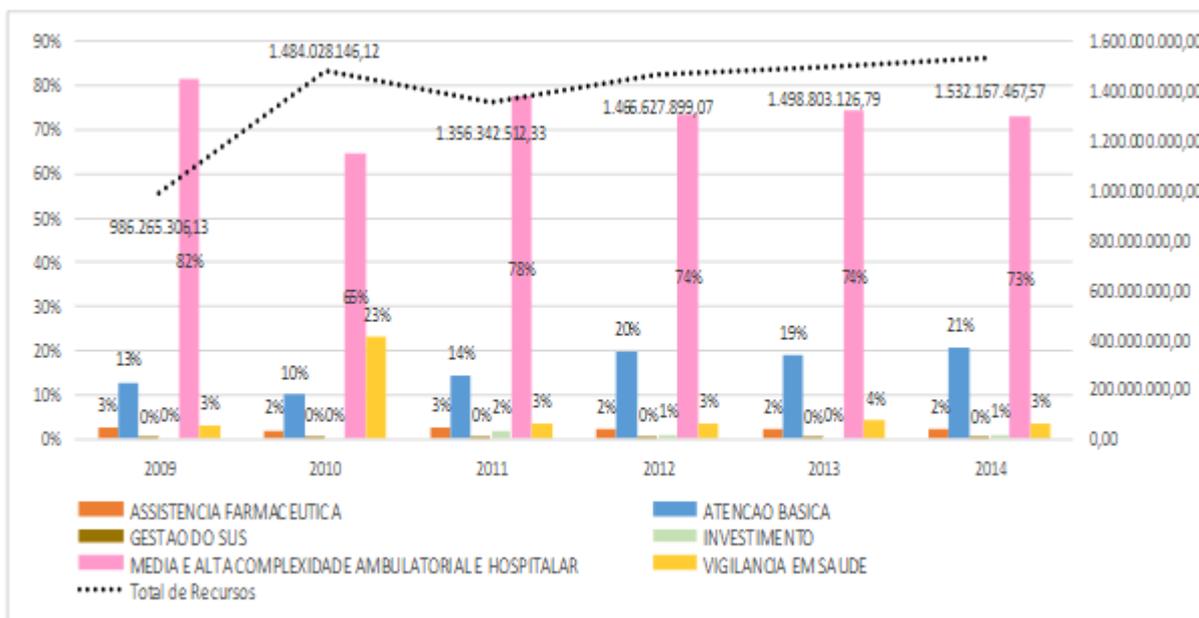
destacado nos documentos oficiais. Houve um aumento de profissionais no regime celetista, apesar da ausência de plano de carreira e cargos.

A análise do perfil dos profissionais entrevistados mostra que os profissionais dos níveis intermediário e central da SMS possuem titulação acadêmica de especialistas principalmente em Gestão em Saúde da Família corroborando com o processo de qualificação profissional, muitos possuem até mesmo duas especializações. Destaque também para a formação em mestrado na área de saúde pública/coletiva o que possibilita maior qualidade nas discussões de saúde na secretaria de saúde.

Linhares, Lira e Albuquerque apresentaram resultados semelhantes aos encontrados em pesquisa sobre a implantação do PMAQ-AB no estado do Ceará, no que se refere precariedade de recursos humanos nos municípios cearenses, apresentando alta rotatividade de profissionais e sobrecarga de trabalho; o subfinanciamento da APS também foi destacado como um problema para os municípios que devem atender a diversos programas federais com uma contrapartida municipal muito alta (LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014).

Quanto aos recursos financeiros houve um maior investimento do governo municipal na saúde ao mesmo tempo que uma diminuição dos recursos transferidos da união para o SUS municipal ao longo de 2009 a 2014. O bloco da atenção básica recebeu quase 30% dos recursos destinados à saúde, mas os blocos de vigilância sanitária, epidemiológica, alimentação e nutrição importantes componentes da APS ainda são subvalorizados com recursos de, no máximo, 2,25%. Em 2010, os recursos para média e alta complexidade diminuíram para 65%, em 2011 aumentou para 78% e posteriormente manteve 74%. A atenção básica teve um aumento de 10% alcançando 21% em 2014. O Gráfico 17, a seguir, mostra o aumento de recursos no bloco da Atenção Básica ao longo dos anos.

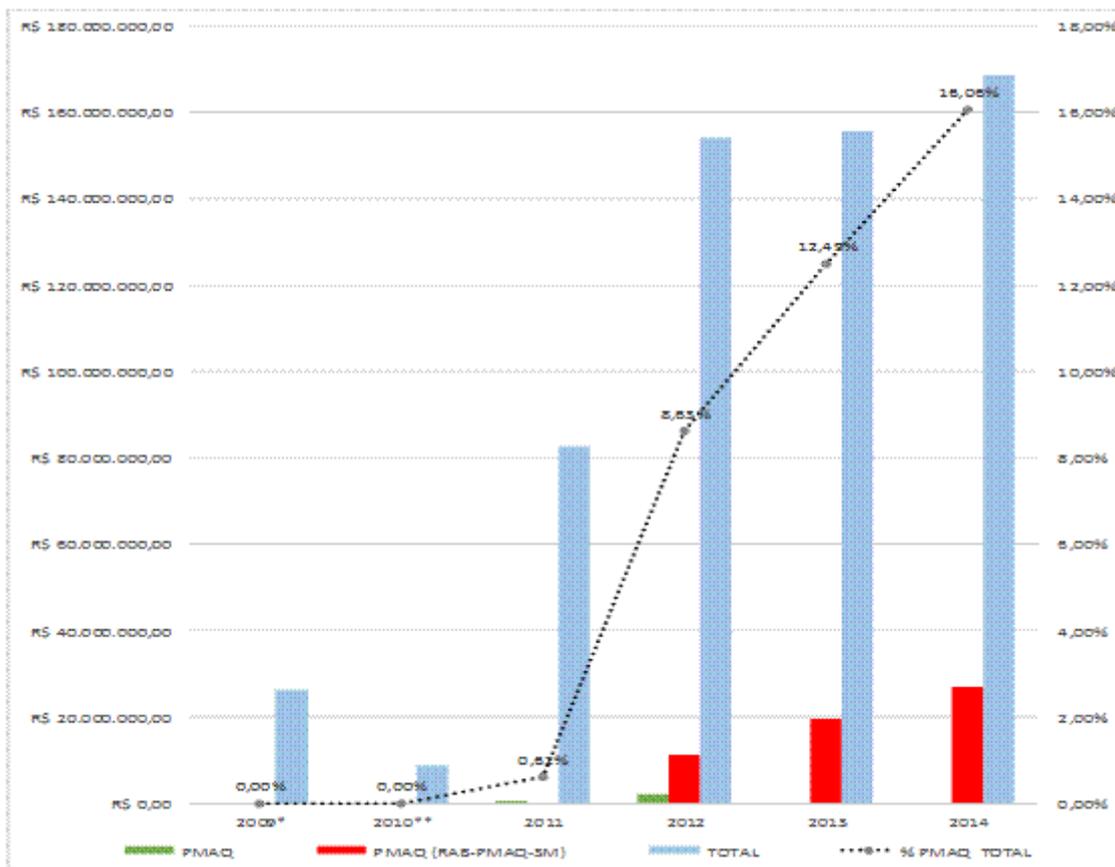
Gráfico 17. Relação de valores segundo o bloco de saúde e o valor líquido total por ano no município do Rio de Janeiro



FONTE: Dados do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Com relação aos valores recebidos na Atenção Básica no período de 2009 a 2014, o PMAQ-AB chegou a representar 16% do valor total em 2014, demonstrado no Gráfico 18. Considerando que o programa foi inicialmente implantado em 2011, já mostra a importância deste programa nos recursos da APS.

Gráfico 18. PAB Variável da Atenção Básica - PMAQ-AB



\* Valor recebido pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, diferentes dos demais anos cujos valores foram recebidos pelo Fundo Municipal de Saúde, exceto 2010.

\*\* Valor total recebido pela Prefeitura Municipal e pelo Fundo Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

FONTE: Dados do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Contudo, segundo informações do Secretário Municipal o recurso do PMAQ-AB é proveniente do não reajuste nos valores do PAB fixo e variável da atenção básica, não sendo, portanto, um recurso a mais para os municípios e sim um recurso que já seria naturalmente incorporado caso houvesse o reajuste.

A maioria das metas foram alcançadas. No ano de 2011, as metas do Pacto pela Vida e Gestão foram poucas atingidas, fato agravado pelos relatórios, fontes destas informações, não apresentarem detalhes. Quanto aos resultados das Diretrizes de Transição do Pacto- COAP em 2012, já houve uma melhoria com alcance das metas e por vezes resultados bem superiores. Algumas metas não alcançadas foram: média de ação coletiva de escovação dental supervisionada; seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero; proporção de partos normais; proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. Estas mostram áreas, como saúde bucal, saúde da mulher e tuberculose cuja ações no município deveriam ter atenção

especial. Os relatórios de gestão permitem fazer uma comparação entre as metas e resultados alcançados.

A diretriz 1 que aborda acesso da população a serviços de qualidade com equidade e tempo oportuno mediante aprimoramento da APS e da atenção especializada apresentou melhoria geral dos resultados quando comparados os dois anos, chama a atenção ainda a cobertura populacional da saúde bucal estar abaixo da meta, mostrando ainda uma fragilidade nesta área. Sobressalta também a elevada razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente, isso pode demonstrar um maior acesso da população já adocida aos serviços de saúde de alta complexidade.

A diretriz 2 que aborda aprimoramento da rede de atenção às urgências, mostrou uma melhoria dos resultados nos dois anos, mostrando maior acesso, mas ainda necessitando maior atenção na proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio, há também falta de informação quanto a serviço do SAMU e de internações emergenciais reguladas.

A diretriz 3 que aborda promoção da saúde à mulher e à criança apresenta ainda resultados deficientes na razão de exames citopatológicos em mulheres em idade fértil e quanto à realização de teste de sífilis em gestantes.

A diretriz 7 que trata da redução de riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção e da vigilância ainda mostra deficiência quanto à cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera e baixa proporção de cães vacinados em campanha antirrábica.

Os indicadores de saúde no município de uma forma geral apresentaram melhorias muitas vezes seguindo a tendência nacional, em consonância com a expansão da ESF no município, podendo ser o reflexo do maior acesso da população aos serviços de saúde.

Alguns indicadores, porém, continuam chamando a atenção como por exemplo os acompanhamentos aos pacientes portadores de doenças crônicas na APS, apesar do aumento da cobertura. Isso pode demonstrar uma preocupação em atender metas de cadastramento, e uma dificuldade quanto ao acompanhamento e à qualidade da assistência aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

## **7.2 Ações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Implantação do PMAQ-AB**

O PMAQ-AB é um programa de caráter avaliativo que induz o processo de autoavaliação, reflexão dos processos de trabalho na APS, tanto às equipes de saúde da família como também aos gestores, sejam gerentes ou diretores de unidades de saúde,

coordenadores ou apoiadores das áreas de planejamento ou no próprio nível central da secretaria de saúde, subsecretário de APS ou secretário de saúde.

Apesar do PMAQ-AB contribuir para a autoavaliação, avaliação participativa, a percepção de profissionais de saúde no município do Rio de Janeiro sobre esse programa foi de ansiedade e de receio de ter o processo de trabalho avaliado ou de ser comparado.

Qualquer processo avaliativo pode gerar esse tipo de sentimento, principalmente se a avaliação for caracterizada pelo julgamento, com a preocupação de descrever, mensurar e estabelecer méritos do programa avaliado, por referenciais externos, na qual o avaliador assume função de julgador, mantendo ainda as outras funções técnica e descritiva.

Entretanto, pode-se superar esse sentimento ao se buscar uma avaliação inclusiva e participativa, com preocupação com a negociação entre os atores sociais envolvidos, ou uma avaliação construtivista responsiva. Responsiva por designar uma maneira diferente de focalizar a avaliação, escolher os parâmetros e limites da avaliação em processos envolvendo os grupos de interesse (representantes ou agentes beneficiários e vítimas). Construtivista para designar a metodologia utilizada para conduzir a avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011). Uma avaliação na qual o avaliador desempenha função de moderador, trata a avaliação como uma prática emancipatória, favorece o diálogo, a reflexão crítica e compreensão entre diferentes atores. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Para que o julgamento avaliativo seja crítico e a avaliação seja parte da transformação é necessário fornecer a formação e aprendizagem para os atores envolvidos, possibilitar debates em torno dos resultados da avaliação, multiplicar esclarecimentos que a avaliação permite, trabalhando com o rigor de uma avaliação e refletir sobre a natureza do que é uma avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2011).

A avaliação é essencial para entender o desenvolvimento da democracia dentro de qualquer intervenção e a maneira pela qual um contexto singular produz a formulação dos conhecimentos coelaborados (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011).

Uma concepção ética do conhecimento como solidariedade humana na qual os saberes se tornam pleno direito dos integrantes de uma sociedade em que esse saber foi gerado. (...) A avaliação (...) serve para demonstrar as particularidades inerentes a um processo único de avaliação participante, por considerar seu contexto sociopolítico e sócio histórico peculiar, com atores humanos que fazem parte de uma referida sociedade (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2011, p.36).

As ações da secretaria municipal foram de certa forma realizadas envolvendo diferentes atores (e interesses) na implantação do programa. O incentivo financeiro ajudou a fortificar o discurso da adesão e a intensificar o desejo de mudanças na APS.

Houve também um direcionamento para a institucionalização da avaliação em saúde no município. Esse movimento certamente teve influência pelo incentivo à avaliação da APS pelo Ministério da Saúde a partir da década de 2000, principalmente. O PMAQ-AB possibilitou a implantação em grande escala (nacional, estadual e municipal) de ações avaliativas nas próprias equipes de saúde e nas equipes de saúde em unidades secundárias, como por exemplo os Centros de Especialidades Odontológicas, como demonstrado na reunião da CIB em 2013.

Os participantes das entrevistas afirmaram que já utilizavam instrumentos de avaliação próprios do município ou mesmo que utilizavam o AMQ como instrumento, mas não houve uma abrangência tão expressiva quanto a proporcionada pelo PMAQ-AB.

Pode-se observar que houve uma aproximação das ações para implantação do PMAQ-AB com outras ações ou propostas governamentais, como por exemplo a qualificação profissional principalmente dos dentistas, dos enfermeiros e dos médicos das equipes de saúde da família no curso de especialização em saúde da família, motivada pelo governo federal ao criar a Universidade Aberta do SUS. A qualificação dos profissionais de saúde na área de saúde da família era um critério positivo para a pontuação na certificação do PMAQ-AB. Ou ainda uma indução da adesão ao PMAQ-AB ao colocá-lo como critério para repasses financeiros de outros programas ministeriais, como o QUALIFAR.

Com relação à análise das atas das reuniões da CIB, percebe-se que houve de uma contínua apresentação do PMAQ-AB, conforme as fases de implantação nos municípios. A secretaria estadual de saúde do Rio de Janeiro incentivou a adesão ao programa, acompanhando os municípios que não aderiram e apresentaram dificuldades, havia a cobrança aos municípios para atender aos prazos estabelecidos pelo programa, disponibilidade de realização de oficinas para auxiliar secretários municipais de saúde e outros atores no processo de autoavaliação do PMAQ-AB. O ator que mais contribuiu nas reuniões da CIB sobre o PMAQ-AB foi a Superintendente da Atenção Básica, apresentando-se em três das nove reuniões. Vale destacar também que no período de 2009 a 2014, ocorreram apenas nove reuniões com o assunto PMAQ-AB.

Para a adesão ao PMAQ-AB, entre outras ações era preciso a aprovação na CIB das equipes de saúde da família ao programa. Na análise das atas não fica claro o quanto essa aprovação é uma mera formalização ou se houve algum tipo de negociação ou discussão para

a aprovação da adesão das equipes de saúde ao PMAQ-AB. Pela fala de alguns entrevistados esse processo foi apenas uma formalização.

Com relação a análise das atas de reuniões da CIR, o PMAQ-AB é abordado principalmente ao se explicar o programa e as fases de implantação, contudo há a ênfase na importância de adesão ao programa e no recurso financeiro possibilitado por este programa. Também há a necessidade de deliberação da CIR informando os municípios que aderiram ao programa, para posterior envio a CIB e ao Ministério da Saúde para ciência da região de adesão dos municípios. Da mesma forma que a análise das atas de reuniões da CIB, não há clareza quanto a uma negociação ou apenas formalização sobre esse tema. O ator de destaque nas reuniões da CIR sobre o PMAQ-AB foi a coordenadora na CIR da Metropolitana I (região a qual pertence o município do Rio de Janeiro), apresentou-se em duas das quatro reuniões no período.

Já na análise das reuniões do Conselho Municipal de Saúde há uma preocupação na explicação do programa e de todas as fases do programa, além de enfatizar a orientação do programa na qualificação das equipes e na escuta aos usuários. Nesta arena já foi possível uma pequena discussão com a participação de atores, um identificado como representante de Conselho Distrital de Saúde de uma área de planejamento e outro apenas identificado pelo nome, que estimularam o debate sobre a importância da opinião do usuário sobre as unidades de saúde. Também foram realizadas reuniões para dar ciência ao conselho municipal sobre as fases do PMAQ-AB.

Uma simples formalização de um processo de adesão mostra uma certa fragilidade nos espaços de discussão como as CIR, CIB, CMS, apesar destas serem consideradas espaços inter e intragovernamentais, políticos e técnicos para planejamento, negociação, e implementação de políticas de saúde pública. Outra questão é a pouca quantidade de reuniões ou discussões ocorridas nestes espaços, sobretudo no Conselho Municipal de Saúde, sobre um programa avaliativo e o momento da implantação deste programa para o município.

Uma das limitações dessa pesquisa é o fato das atas de reuniões não explicitarem as relações de conflitos entre os atores no momento da reunião, apresentando apenas uma síntese da pauta. Isso impossibilita uma análise mais profunda dos conflitos de interesse.

O posicionamento político da SMS com participação de atores políticos engajados na mudança do paradigma assistencial no município do Rio de Janeiro favoreceu a implantação do PMAQ-AB já que possibilitou a avaliação das equipes de saúde da família do município num momento de grande expansão da ESF municipal e de revisão dos resultados e redesenho

do plano de saúde a partir de 2012, no segundo mandato do governo do Prefeito Eduardo Paes.

O ator que se destacou no novo modelo de saúde do município do Rio de Janeiro foi o atual Secretário de Saúde, atuou como subsecretário da SUBPAV no período de 2009 a 2012, contribuiu para que fossem concretizadas mudanças na saúde municipal.

Na implantação do PMAQ-AB houve o envolvimento de outros atores, sendo possível identificar mais claramente a participação de atores da secretaria estadual de saúde ao informar, disponibilizar auxílio aos municípios e cobrar prazos dos mesmos; atores da secretaria de saúde municipal na realização de ações para sensibilização dos coordenadores de áreas de planejamento; apoiadores técnicos, gerentes de unidades de saúde e profissionais das unidades de saúde da família.

As ações operacionais da implantação do PMAQ-AB foram realizadas em forma descendente com a sensibilização de multiplicadores, apoio institucional dos atores do nível central para atores do nível intermediário e apoio institucional e matricial oferecido às equipes de saúde por meio das Coordenadorias de Atenção Primária. Interessante observar que houve uma abertura do nível central para que houvesse o retorno de questões a serem trabalhadas de forma ascendente, como observado nas falas dos entrevistados.

Outra observação é que o apoio matricial e o apoio institucional parecem não ser tão abrangentes para os entrevistados, limitando-se apenas à construção de uma matriz de intervenção e ao apoio das CAPs aos gerentes de unidades.

Segundo Oliveira e Campos (2015), o Apoio Matricial é metodologia para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes de saúde quanto em redes de atenção à saúde e em cogestão de forma compartilhada. Este promove o compartilhamento de saberes e a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde por meio de espaços de comunicação e de deliberação conjunta. Há o compromisso com a construção de instituições e de relações de trabalho democráticas, o que contribui para a distribuição do poder entre os diferentes atores envolvidos. Pressupõe ainda a cogestão e a construção compartilhada do cuidado, o que implicada em organizações que facilitem relações comunicativas e dialógicas entre os profissionais de saúde, com os usuários, para que participem ativamente da elaboração dos seus projetos terapêuticos.

Já o Apoio Institucional caracteriza-se por uma metodologia reformuladora dos mecanismos tradicionais de gestão mediante a realização de cogestão. Traz uma postura interativa, analítica e operacional, que complementaria e transformaria a forma de se desempenhar as funções gerenciais (coordenação, planejamento e direção), busca a reiteração

da separação entre o sujeito do conhecimento e do poder e o objeto a ser conhecido e manipulado. (CAMPOS *et al.*, 2014)

“As funções de Apoio Institucional e Matricial são diferentes e complementares e podem contribuir para a construção de novas relações de trabalho e para a consolidação do SUS” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p.236). É preciso uma maior apropriação destes instrumentos pelas equipes de saúde e principalmente pelo nível da gestão.

Como o PMAQ-AB estimula a participação das equipes de saúde, todos os envolvidos desde os profissionais das equipes de saúde locais até os profissionais da gestão em saúde nas Coordenadorias ou na Secretaria de saúde contribuem para a efetividade do programa.

Com relação ao Ministério da Saúde, houve críticas dos entrevistados no que diz respeito à devolução dos resultados da certificação das equipes para os municípios de forma agregada, isso dificultou o tratamento dos dados e a identificação dos critérios e dimensões deficientes ou não em cada equipe. Foi criticada também a alta demora na devolução destes dados, retardando o entendimento das certificações e dificultando o desenvolvimento dos novos processos de trabalhos. O sistema de implantação do programa, com repetidas mudanças de critérios e acessos no site também foram alvos de críticas.

### **7.3 O Jogo Social no Município do Rio de Janeiro e o PMAQ-AB**

Esta pesquisa não pretende explorar todos os fatores presentes no jogo social, nem tão pouco esgotar a discussão sobre estes. Traz apenas um breve recorte e discussão do jogo social na Secretaria da Saúde do município do Rio de Janeiro.

O prefeito Eduardo Paes a partir do primeiro mandato (2009-2012) montou uma equipe de especialistas com membros da FIOCRUZ, da qual faziam parte o atual secretário de saúde, Daniel Soranz, e o ministro da saúde José Gomes Temporão a fim de elaborar uma proposta de saúde para o município do Rio de Janeiro. No período dos dois mandatos do prefeito, houve uma expansão enorme da estratégia de saúde da família e segundo o secretário de saúde, de 48 equipes completas para próximo a 820 equipes completas no momento, com meta de chegar a mais de 1300 equipes no final de 2016.

A aproximação política do prefeito Eduardo Paes (2009-2016), PMDB, junto ao governador Sergio Cabral Filho (2007-2014), PMDB, possibilitou uma maior articulação entre as políticas municipal e estadual, com forte aproximação com o ministro da saúde José Gomes Temporão (2007-2010), sanitarista, filiado ao PMDB, pode ter possibilitado o cenário político para as mudanças de paradigma na saúde do município do Rio de Janeiro.

A formação de um grupo de especialistas da FIOCRUZ, uma instituição com renome e tradição na saúde pública/coletiva também pode ter influenciado a aproximação da política de saúde do município à Política Nacional de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família. Outro detalhe afirmado pelo secretário de saúde foi o conhecimento parte do prefeito Eduardo Paes sobre o modelo de saúde organizado a partir da APS em cidades olímpicas, como Barcelona, Londres, Toronto, Sidney, o que ressalta esse apoio político essencial.

O *projeto de governo* ou a proposta de meios e objetivos para mudar uma situação ou para qualificar a APS utilizado pela secretaria de saúde foi o modelo de gestão à saúde adotado, com a introdução das OSS, via administração indireta na saúde do município.

Para a rápida expansão da estratégia de saúde da família, a valorização da APS observada no primeiro e no segundo mandato do prefeito Eduardo Paes foi adotada a estratégia de um novo modelo de gestão em saúde, com uma mudança no paradigma assistencial, político-administrativo e organizacional da secretaria de saúde. A introdução das OSS na cogestão da saúde do município possibilitou maior agilidade nos contratos, na aquisição de materiais, nas reformas e construções de novas unidades de saúde e na contratação de profissionais de saúde, segundo os entrevistados.

Outra estratégia identificada foi o desenvolvimento da empresa pública Rio-Saúde, aprovada pela Câmara de Vereadores em 2013, Lei 5.586/2013, com o objetivo de contribuir na gestão de unidades de saúde do município e prestando serviços à SMS.

Constatou-se conselhos gestores nas áreas de planejamento, inclusive com espaço aberto para discussão sobre indicadores de saúde, processos de trabalhos locais, dificuldades, etc., dos gerentes de unidades de saúde, apoiadores das OSS, coordenação das áreas de planejamento.

Contudo, não foram identificadas reuniões de negociação, pactuação ou reconstrualização nas atas das reuniões da CIB, CIR e CMS, foram identificadas falas de atores-chave ou representantes do município ou mesmo da secretaria de saúde nas reuniões informando sobre o PMAQ-AB, explicando sobre as fases do programa e aprovação da adesão, mas sem quaisquer sinais de discussão. Nas atas das reuniões há a impressão de ênfase da adesão ao programa pela importância de recursos financeiros.

Corroborar ainda o fato alguns entrevistados afirmarem desconhecer como se deu esse processo de negociação, pactuação e reconstrualização. A fala do Secretário de Saúde de que esse processo para a implantação PMAQ-AB não existiu e houve ainda o reconhecimento da atual Subsecretária da SUBPAV de que a reconstrualização no município ainda é um processo muito imaturo.

Com relação aos planos de governo, foram realizadas diversas propostas estratégicas e definição de metas que provavelmente não serão alcançadas até final de 2016. Um exemplo é a redução do tempo de espera para marcação de consultas e exames e aumentar a resolutividade dos casos, entretanto isso depende de um nível de organização da rede de saúde, a qual ainda não se apresenta no município. A estratégia de saúde da família ainda está sendo implantada em muitas áreas do município, sendo improvável uma atuação efetiva na coordenação do cuidado, dificultando a interlocução com a rede de saúde.

Uma observação importante é que os Planos Municipais de Saúde foram minimamente discutidos com os conselhos distritais do município, com os representantes das dez áreas de planejamento em saúde. Isso proporcionou uma maior aproximação com a democracia e uma gestão mais participativa em aproximação com os princípios do SUS.

As propostas dos Planos Municipais são coerentes entre si, mas necessitam de uma articulação política, experiência, liderança e conhecimento técnico, além de recursos humanos e econômicos disponíveis para tal.

Com relação às despesas em saúde, observou-se um incremento de despesas em saúde (reais por habitantes) no período de 2009 a 2014. Isso mostra um maior investimento na saúde da população do município. Houve um aumento também da participação da receita própria aplicada em saúde conforme EC 29/2000 no município, mas a diminuição dos recursos transferidos da união para o SUS municipal no período de 2009 a 2014 foi questionada pelo secretário de saúde municipal. Isso mostra o quanto é importante o recurso financeiro federal (cerca de 54% em 2014), mesmo para um importante município como o Rio de Janeiro.

Para suprir parte da diminuição deste recurso, foi emprestado ao município uma enorme quantia para investimentos na expansão da Estratégia de Saúde da Família pela Câmara dos Vereadores. Isso representa um apoio político e financeiro inegável ao projeto de governo municipal. Mas também pode revelar outros interesses dentro do jogo social.

Outra discussão que se pode fazer com relação à implantação do PMAQ-AB no município é o esforço do governo federal na indução e na regulação de políticas no país. Como apontado anteriormente foram diversas tentativas do governo federal em institucionalizar a avaliação em saúde, o planejamento e a gestão no SUS. Esse programa ainda traz um importante incentivo financeiro para a adesão. Logo, fica claro um dos motivos para os municípios aderirem a esse programa e a tantos outros programas federais. No entanto, é discutível a continuidade dos programas induzidos pelo governo federal em meio a conflitos financeiros e às desigualdades econômicas, tecnológicas e sociais no país.

A estratégia de descentralização não pode resolver entraves políticos e institucionais relativos às prioridades de objetivos, estratégias e racionalidade incompatíveis. É importante a democratização do poder local, envolvendo aspectos econômicos e financeiros envolvidos no desenvolvimento local e aspectos políticos e institucionais que impliquem na criação de novas articulações entre o governo e a sociedade local (FLEURY, 2014).

Quanto à governabilidade ou à capacidade de enfretamento, aceitação das propostas frente às exigências e às demandas para realização do projeto há bastante tensão. Alguns acertos apontados foram o investimento político e financeiro na APS no município, a reestruturação da secretaria municipal, com descentralização para nível local, contudo as controvérsias voltam-se sobre a cogestão das OSS no município, no nível central há mais consenso sobre a importância das OSS na aceleração da gestão.

Como no jogo social há diferentes atores e interesses, é presumível que haja conflitos internos dentro da própria Secretaria de Saúde quanto à introdução das OSS na cogestão. A discussão das OSS e outras instituições na saúde é bastante conflituosa.

Nogueira (2010) afirma que as entidades de trabalhadores da saúde e grupos que atuam nos conselhos de saúde são os principais opositores às propostas de criação e implantação das novas modalidades institucionais do SUS, como as OSS. Contudo, os gestores mostram-se ainda bastante divididos, sobretudo com relação à proposta das OSS, que apresenta maior flexibilidade de gestão. O autor ressalta ainda que as OSS atuam sob contrato de gestão e este pode ser rescindido com a justificativa de não cumprimento. Alerta também sobre a questão da expertise gerencial das novas modalidades de gestão, sendo necessária capacitação específica, a formação destes gerentes deve ser realizada conforme plano estratégico de educação gerencial permanente, cabendo incluir isso em cláusula nos contratos de gestão. (NOGUEIRA, 2010)

Desafios apontados para a qualificação da APS foram a magnitude do município, a violência no município, a formação profissional voltada à APS, a sustentabilidade econômico-financeira, mudança na cultura da população para maior adesão da classe média ao SUS e quanto à saúde.

Quanto à implantação do PMAQ-AB os fatores positivos foram o apoio da SMS e da CAP, um maior entendimento dos objetivos do programa e uma maior atribuição deste no processo de trabalho. As dificuldades foram o retardo no retorno das avaliações pelo Ministério da Saúde e a dificuldade de trabalhar com a avaliação, seja o conceito desta como uma avaliação participativa e não fiscalizadora, ou devido à necessidade de ser realizada

constante e ciclicamente, até pela rotatividade de profissionais apontados pelos profissionais das CAPs.

Isso pode ocorrer em decorrência de uma mudança cultural e institucional ainda em desenvolvimento. Considerando que as CAPs compõem a secretaria de saúde, isso pode-se refletir também na secretaria de saúde.

Segundo Mintzberg (2006), as organizações de saúde são caracterizadas pela estabilidade, pela dependência dos profissionais responsáveis pela execução de atividades finalísticas. Devido à complexidade destas ações, elas são executadas e controladas por especialistas qualificados. O papel dos gerentes é basicamente coordenar o trabalho profissional. Assim, tornam-se necessárias estratégias gerenciais com base na cooperação, incluindo processos participativos de negociação e comunicação.

Soluções surgem do reconhecimento do próprio trabalho profissional. A mudança nesta organização não ocorre dos gerentes, ela se infiltra através de um lento processo de mudança dos profissionais (MINTZBERG, 2006).

Com relação a *capacidade de governo*, ou a capacidade de conduzir a proposta de governo, pode-se observar na esfera da configuração da secretaria de saúde a gestão de recursos humanos e financeiros provenientes do PMAQ-AB. A motivação e compromisso dos atores envolvidos na APS municipal apresentou uma convergência de opiniões na melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela APS. Há o reconhecimento de muitas ações em saúde ou metas ainda insatisfeitas, mas a expectativa de mais melhoria ao longo do tempo, apesar do sentimento de “enxugar gelo”, sobrecarga de trabalho e desgaste relatado por alguns atores.

Também não houve designação nas CAPs de profissionais ou equipes específicas para lidar com o PMAQ-AB, em geral os profissionais são envolvidos com linhas de cuidados ou programas, fazendo parcerias entre si. No máximo havia nas CAPs de dois a três profissionais mais envolvidos com o PMAQ-AB. No nível central, inicialmente dez, posteriormente três pessoas envolvidas na implantação do programa. Isso demonstra a carência de profissionais envolvidos como a gestão de saúde no município e o que contribui para o sentimento já citado anteriormente de desgaste e sobrecarga de trabalho, já que o mesmo profissional na gestão acumula responsabilidade por diferentes linhas de cuidado e/ou programas de saúde. É considerado positivo por alguns coordenadores ou representantes das CAPs a interação dos profissionais a diferentes linhas e programas de saúde, possibilitando o debate e a troca de experiências entre os mesmos. Entretanto, deve-se possibilitar a reflexão dos processos de trabalho e discussões nas CAPs.

A formação dos profissionais entrevistados nas CAPs está voltada especialmente para gestão da estratégia de saúde da família, o que possibilita uma maior aproximação teórica dos profissionais com a APS. São incentivados pela secretaria de saúde a capacitação dos profissionais, a participação em congressos, simpósios de saúde e afins, a realização de cursos de especialização em saúde.

Sobre os recursos financeiros provenientes do PMAQ-AB, em geral os coordenadores ou representantes das CAPs não souberam dizer como é utilizado o recurso do PMAQ-AB. Os entrevistados no nível central já apresentaram claramente que o recurso do PMAQ-AB é utilizado para subsidiar os contratos de gestão das OSS no município do Rio de Janeiro. Nestes contratos estariam contempladas questões relacionadas aos materiais, insumos, estruturas das unidades de saúde.

A grande preocupação dos coordenadores de forma geral foi com a gestão da assistência em saúde ou da prestação dos serviços de saúde, deixando um pouco a margem outras funções importantes, como planejamento, financiamento, regulação e outras. Isso pode representar uma dificuldade dos profissionais na gestão de saúde a reconhecer as macrofunções da gestão e limitar a atuação das CAPs ao monitoramento de indicadores assistenciais de saúde. O desconhecimento da maioria dos entrevistados sobre os recursos financeiros provenientes do PMAQ-AB, mostra uma segmentação e fragilidade da gestão local, inclusive para lidar com contratos de gestão.

Os instrumentos de planejamento, gestão e avaliação foram identificados pelos entrevistados como diversos, contudo houve o reconhecimento da maior utilização destes instrumentos ou maior aproximação destes a partir de 2009. Há uma clara preocupação da secretaria municipal de institucionalizar formas de planejamento, gestão e avaliação, contudo ainda muito voltadas a assistência em saúde, como forma de monitorar de mais perto as ações locais nas áreas e nas unidades de saúde.

A avaliação e o planejamento em saúde são reconhecidos como ferramentas importantes para a gestão local, mas ainda são realizados de forma pontual. Os coordenadores de áreas assumem estes como processos contínuos para melhoria da APS, mas ainda não há uma aceitação geral nas áreas de planejamento pelos profissionais que executam as ações em saúde.

O estudo seccional a partir do banco de dados do PMAQ-AB realizado por Cruz et al (2014) contribui com esse resultado ao apresentar que as equipes de saúde da família identificam os problemas, definem prioridades, realizam autoavaliação com apoio

institucional e acessam dados para análise da situação saúde, mas estas práticas são pouco integradas, precisando ainda ser aprimoradas. (CRUZ *et al.*, 2014)

Cruz et al (2014) afirmam que é necessário reconhecer ações avaliativas como intrínsecas ao planejamento e gestão, definindo formalmente responsabilidades para cada sujeito envolvido. Há a necessidade de reconhecer os conflitos existentes e a visão estratégica pelas equipes de saúde e pelos gestores. (CRUZ *et al.*, 2014)

Com relação ao planejamento e programação, não foram identificadas modificações ou alterações no planejamento das CAPs ou da SMS para a implantação do PMAQ-AB. Entretanto, todo processo de autoavaliação ou reflexão do processo de trabalho determina revisar as ações realizadas, as metas e resultados alcançados. Sendo, portanto, possível que o PMAQ-AB tenha possibilitado modificações no planejamento em saúde das CAPs e da secretaria, mas não sendo apropriado pelos atores.

Os processos de autoavaliação, por exemplo, nas CAPs houve a identificação do apoio para a autoavaliação das equipes, mas houve uma negação da autoavaliação na própria CAP por alguns entrevistados. Como se o processo de autoavaliação ou de reflexão dos processos de trabalho fossem realizados apenas pelas equipes de saúde da família e não pelos apoiadores/gestores intermediários. Alguns entrevistados das CAPs não se reconheciam também como parte da Secretaria, influenciando a autoavaliação da gestão municipal.

Como parte da coordenação da secretaria de saúde e das CAPs foram facilmente identificados os acompanhamentos, tanto o apoio institucional como o apoio matricial realizados. O apoio institucional foi bem explorado pelos entrevistados mostrando que isso ocorre não somente com o PMAQ-AB como para todos os outros programas ou ações realizadas nas CAPs, induzidas ou não pela SMS. O envolvimento das coordenações das CAPs, diretores de divisões, apoiadores dá-se pela integração dos temas, que ora envolve determinadas divisões como Divisão de ações e Programas de Saúde (DAPS), Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) e Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA), ora outras. O apoio matricial configurou-se no apoio às equipes de saúde e aos gestores de unidades desenvolver a matriz de intervenções, com identificação de problemas e de enfrentamento, do PMAQ-AB. Alguns apontaram a utilização dessa matriz para outras ações, inclusive na própria CAP.

Contudo, o apoio matricial e o apoio institucional são mais profundos do que os relatados pelos entrevistados. É necessária a maior apropriação destes instrumentos, já que promovem o compartilhamento de saberes, a construção compartilhada do cuidado, por meio

de relações comunicativas e dialógicas, favorecendo discussão sobre a política de saúde e a gestão participativa. Aproximando-se às bases do Planejamento Estratégico e da avaliação.

A articulação das CAPs para a implantação do PMAQ-AB restringiu-se ao envolvimento da secretaria de saúde, das próprias CAPs e das OSS. As CAPs têm autonomia de gerir os contratos de gestão, que podem ser alterados em comum acordo para melhorias dos serviços de saúde com vistas da SUBPAV. Possivelmente o PMAQ-AB com o processo de autoavaliação e avaliação externa, na qual deveriam ser comprovadas algumas ações, influenciou na reflexão de algumas metas do contrato de gestão conforme o contexto de uma dada área. Os profissionais das OSS envolvidos no processo de trabalho das equipes de saúde da família e das CAPs também atuavam no apoio técnico e de infraestrutura.

As CAPs têm autonomia para desenvolver parcerias ou articulações institucionais inclusive para manutenção/desenvolvimento da rede de saúde. Entretanto, a própria subsecretaria da SUBPAV admitiu que ainda é grave a falta de articulação da rede no município do Rio de Janeiro.

A análise do banco de dados irrestrito do PMAQ-AB mostrou quanto à subdimensão gestão (considerando a indisponibilidade de todas as variáveis desta subdimensão) uma pontuação acima de 60%, o que contribuiu com uma pontuação de aproximadamente 6% na subdimensão Gestão e com uma pontuação de cerca de 4% na certificação. Essas informações são apenas do 1º ciclo. Como não está disponível o resultado do 2º ciclo neste banco, não é possível fazer comparações, essa é outra limitação da pesquisa.

Contudo, com relação à análise do banco de dados cedido pela SMS já se pode fazer inferir. O número de equipes de saúde participantes no 2º ciclo quase dobrou, houve a inclusão das equipes de saúde bucal. Apesar da limitação do número de equipes que poderiam aderir no primeiro ciclo, isso pode demonstrar que mais equipes possuíam os critérios mínimos para a adesão ao programa, mostrando uma possível melhoria das estruturas das equipes de saúde e até aumento no número de equipes, considerando apenas dois anos para o novo ciclo. A inclusão das equipes de saúde bucal favorece a avaliação da APS, minimizando a segregação dos serviços. Entretanto a separação das equipes de saúde em duas: equipes da saúde da família e equipes de saúde bucal dificulta uma avaliação integrada.

Quanto ao desempenho das equipes no 1º e no 2º ciclo, houve maior frequência das equipes com classificações acima da média no 1º ciclo (54%) e equipes com classificações mediana ou pouco abaixo da média no 2º ciclo (45%). Isso não necessariamente mostra uma piora no desempenho, pode demonstrar um maior equilíbrio nos resultados e até aprimoramentos nos processos de trabalho, considerando que o primeiro ciclo é o ciclo base.

Com relação às classificações das equipes por áreas, considerando que nos primeiros dois anos de implantação do PMAQ-AB ainda estavam sendo implantadas unidades e equipes de saúde da família, devido à grande expansão que ocorreu no município a partir de 2009, aponta-se que os processos de trabalho não se dão de forma homogênea nas diferentes áreas e contextos do município. Considera-se também que por se tratar de um programa novo, avaliativo e de âmbito federal, pode-se ter tido uma discrepância nas informações relatadas e/ou observadas com relação a realidade local. Nos dois anos seguintes, pode-se imaginar que houve melhorias e maior engajamento na proposta do programa, tendo um resultado mais próximo da realidade.

Esses resultados, porém, mostram que a maioria das áreas apresentaram desempenhos aceitáveis com relação a certificação. As equipes e áreas com desempenhos insatisfatórios podem significar dificuldades na implantação das equipes de saúde da família, contudo seriam necessários estudos específicos para determinar quais dimensões ou componentes precisam de maior intervenção. As áreas com desempenho mais equilibrado podem ter experiências singulares e possíveis de serem aplicadas nas demais áreas para melhoria do desempenho.

Mesmo sem as especificações das dimensões ou dos componentes que precisam ser revistos para melhorias é possível utilizar essas informações mais gerais para redesenhar novos processos de trabalho tanto assistencial quanto gerencial.

Com relação ao desempenho das equipes segundo às ações da gestão para a organização do processo de trabalho da equipe (Gráfico 14) houve claramente uma melhoria das ações no segundo ciclo, possivelmente por correções de ações realizadas anteriormente e maior atuação na gestão. Com relação ao apoio institucional da gestão municipal para as equipes e apoio matricial (Gráficos 15 e 16) houve melhoria nas ações quando comparado o 1º ciclo e o 2º ciclo. Somente as áreas 1.0, 4.0 e 5.2 tiveram diminuição no desempenho quando comparados os ciclos. Isso mostra que as ações de apoio institucional e matricial devam ser realizadas continuamente.

Uma pesquisa transversal realizada com base no banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB estruturado pelo Ministério da Saúde, apontou que as atividades de apoio matricial no país são expressivas, mas apresentam desigualdades nos estados, estratos e regiões mais desenvolvidas. As atividades que mais contribuíram com a certificação do PMAQ-AB nas áreas de saúde da mulher, criança, mental, hipertensão e diabetes foram educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas e discussões de processo de trabalho e intervenções no território (FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014).

Por se tratar de um programa recente e da dimensão gestão não ser tão abordada nas pesquisas que vem sendo realizadas pelo PMAQ-AB, sugere-se a realização de pesquisas que busquem uma maior correlação das dimensões de gestão com a certificação das equipes.

A forma como determinado programa, projeto ou ação é conduzido ou implantado depende de como este é recebido pelos atores envolvidos. Se houver uma grande aceitação dos pressupostos dessa intervenção, a mesma poderá ter sucesso e caso não haja essa aceitação, a intervenção corre grande risco de falhar.

Entretanto, no sistema social há diversas variáveis atuando em consonância ou não a uma determinada jogada, que respondem a múltiplos fatores. Algumas ações entendidas como positivas pelos entrevistados da pesquisa sinalizam que estas ajudaram a alcançar resultados favoráveis. As ações como o posicionamento favorável da Secretaria municipal de saúde na implantação do PMAQ-AB, a aceitação desta organização influenciou claramente a adesão dos demais atores ao programa; o apoio oferecido às CAPs e destas às unidades de saúde fortaleceu a integração, a comunicação de que era importante a adesão ao programa para possibilitar melhorias na APS.

O Rio de Janeiro, como município de grande porte populacional, econômico, social, etc., não poderia ser homogêneo. A heterogeneidade das áreas, a violência e a dificuldade de fixação profissional são apontadas como entraves para a implantação do PMAQ-AB, mas pode ser estendido à capacidade de gestão da APS, bem como outras dificuldades: sistema de processamento e transmissão da informação de saúde (seja o manejo dos sistemas de informação de saúde, das informações dos prontuários eletrônicos, ou o sistema informatizado PMAQ-AB).

O PMAQ-AB é um importante instrumento avaliativo, ferramenta para planejamento e gestão, mas deve ser uma avaliação contínua, prevendo prazo para as melhorias dos processos e retorno para as equipes para melhoria das ações em saúde na APS, há um compromisso da Secretaria Municipal com a APS e com a qualificação da ESF, valorização da APS no município do Rio de Janeiro.

Contudo, o PMAQ-AB é um dos mecanismos que favorece à APS, em conjunto com outras ações já desenvolvidas no município potencializa ainda mais a APS e a gestão em saúde. Todo o movimento de implantação do PMAQ-AB, com um o processo de implantação participativo, democrático com possibilidade de adesão, com o entendimento claro da proposta, possibilita a utilização do programa com ferramentas de gestão e avaliação e contribui para um resultado positivo.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o papel da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro.

Foi possível identificar ações realizadas pela SMS para a implantação do programa e inclusive identificar ações da secretaria municipal para a valorização da APS no município. Anterior ao programa, foram realizadas ações da secretaria municipal para a expansão da estratégia de saúde da família no município a partir do primeiro mandato do prefeito Eduardo Paes, uma vez que tal estratégia era insuficiente no município.

Para essa expansão foi preciso uma série de reformas no âmbito da Secretaria municipal de saúde, nas esferas administrativa, organizacional e assistencial, esta última denominada como reforma da APS no município. Estas ações foram importantes para aumentar a cobertura populacional da estratégia no município em um curto período de tempo. A implantação no PMAQ-AB no município ocorreu de forma concomitante com essa grande expansão, sendo improvável o fortalecimento dos processos de trabalho nas equipes de saúde da família em algumas regiões do município, tanto quanto à qualificação dos serviços de saúde.

As principais ações identificadas para a implantação do PMAQ-AB foram a valorização da atenção primária com a expansão da estratégia de saúde da família, o apoio da Secretaria municipal e a clara decisão política nesse processo, a descentralização administrativo-financeira às coordenadorias de atenção primária. Estas são ações consideradas essenciais para possibilitar um contexto favorável à implantação do programa. Outras ações que favoreceram a implantação no município foram a sensibilização aos profissionais envolvidos com o PMAQ-AB realizada pela SMS, também através das CAPs e o apoio institucional e matricial proporcionado às equipes de saúde.

Dificuldades encontradas na implantação do PMAQ-AB foram principalmente com relação à devolução do resultado das certificações pelo Ministério da Saúde, que ocorreu de forma lenta e pouco explícita. Percebe-se ainda a dificuldade de se trabalhar um programa avaliativo com sujeitos, gestores ou profissionais das equipes de saúde, que ainda não compreendem a avaliação participativa. Os mecanismos de planejamento e gestão apesar de serem identificados apresentam pouca clareza no seu uso e são limitados. Acrescenta-se a rotatividade profissional na APS, a insuficiente formação profissional voltada à APS e as vulnerabilidades sociais, culturais, econômicas no município. Há ainda dificuldades com

relação à rápida expansão da estratégia no município, com equipes recentemente formadas e sem um processo de trabalho maduro e definido. Também há uma dificuldade na gestão com relação às mudanças recentes, principalmente no aumento da responsabilização das coordenações de área sem uma estrutura fortificada para tal. A inclusão das OSS ainda é controversa entre os profissionais da gestão da SMS.

Esta pesquisa propôs ainda uma discussão sobre a atuação da SMS na implantação do PMAQ-AB e as consequências dessa atuação, para isso recorreu-se ao recorte do Jogo social da Secretaria municipal com base na teoria do jogo social de Matus. Propõe-se uma matriz de análise da SMS. Pode-se analisar a secretaria conforme categorias.

Nesta análise pode-se perceber que a intensa expansão da estratégia de saúde da família no município a partir de 2010 e que se apresenta em curso promove continuamente o processo de amadurecimento da APS. Todas as mudanças necessárias na secretaria municipal para a execução do plano de governo ainda estão sendo realizadas e estão em constante alteração.

No jogo social da secretaria municipal de saúde há diversos atores com diferentes interesses. Os conflitos, as surpresas fazem parte do jogo social e a habilidade de alternar ou lidar com os problemas também são componentes do governo.

Entretanto um posicionamento claro e determinado da SMS no jogo influencia aceitação dos demais jogadores. O projeto de governo da Secretaria ainda está sendo realizado, portanto constituindo-se a governabilidade, em que algumas ações são aceitas outras não, tencionando a capacidade de governo, que pode ficar prejudicada.

Esse projeto de governo traz estratégias políticas administrativas para sua consolidação, como a introdução das OSS e a criação de uma empresa pública para permitir flexibilidades na gestão. Há uma preocupação com a construção do Plano Municipal de Saúde de maneira participativa, mas em contrapartida há uma fragilidade na atuação das comissões intergovernamentais e no conselho de saúde. Houve a busca pelo desenvolvimento de planejamento estratégico e gestão participativa de certa forma durante o período do estudo.

Há uma articulação e apoio político à reforma político-administrativa, necessária para assegurar a execução do projeto de governo, mas há um claro tensionamento, inclusive internamente à secretaria municipal sobre esse assunto. Os desdobramentos dessa reforma deverão ser analisados. Foi identificado o apoio ideológico e político à reforma assistencial no projeto de governo.

Pode-se apontar alguns sinais de amadurecimento na saúde municipal e possível continuidade como política de saúde municipal, como a aceitação da população à expansão da

ESF reconhecida pelo Secretário de Saúde; a reforma organizacional da SMS, criando uma subsecretaria de atenção primária à saúde hierarquicamente igual à subsecretaria de atenção hospitalar, com definição clara de recursos.

No que diz respeito ao PMAQ-AB ainda há um processo de amadurecimento dos atores para um programa avaliativo e que produza uma reflexão das equipes locais e ao nível da gestão. A secretaria de saúde influencia no processo de implantação do programa quando demonstra uma posição de apoio aos objetivos do programa e apoio aos atores na implantação do mesmo.

Enfatiza-se que é preciso entender a avaliação como um processo participativo como subsídio para a tomada de decisão, entender a importância da contribuição da avaliação em permitir a um conjunto de atores debater com base em uma informação válida, explícita, ou seja, em permitir o desenvolvimento da cultura democrática. Dessa forma, aproximando-se dos preceitos do planejamento estratégico ao também possibilitar a construção em conjunto de diferentes atores, superação dos conflitos através do diálogo.

Houve um maior incentivo aos instrumentos de planejamento e gestão a partir de 2009, com a introdução de documentos, prontuário eletrônico, protocolos assistenciais, mecanismos de monitoramento, de acompanhamento assistenciais, seminários por exemplo, mas estes ainda não são claramente explorados.

Foi desenvolvido um planejamento estratégico nos governos do prefeito Eduardo Paes, inclusive de modo participativo com a construção dos Planos Municipais de Saúde. Entendendo o planejamento como um processo social em que participam sujeitos, individuais ou coletivos. É um compromisso com a ação, uma alternativa à improvisação. Sendo necessária o contínuo incentivo do uso de mecanismos de planejamento, gestão e avaliação para uma institucionalização destes.

Conclui-se que o município desempenhou papel fundamental na implantação do PMAQ-AB. Realizou ações de apoio aproximando-se das equipes da gestão nas CAPs e das equipes locais por meio de processos participativos. Utilizando instrumentos de planejamento, gestão e avaliação. Contudo, as ações geraram respostas diferentes em determinadas áreas, a motivação profissional e o entendimento do programa não são unânimes. Precisa-se desenvolver ações específicas nestas áreas de planejamento, permitindo uma maior reflexão e participação ativa para alcançar mudanças efetivas.

Mesmo não sendo o objetivo central da pesquisa foi importante a identificação e a discussão, mesmo que brevemente, de algumas intervenções no município, a existências de conflitos já conhecidos no SUS e que ainda geram longas discussões, como o mix público-

privado na saúde municipal, questões relacionadas à qualificação profissional tanto voltada à APS quanto ao Planejamento e Gestão, espaços deliberativos de controle social fragilizados, planejamento e avaliação sendo realizados para atender demandas pontuais, questões relacionadas a descentralização municipal e a centralização federal, novas modalidades de gestão da saúde no município, financiamento do SUS.

Esta pesquisa apresenta limitações como: a impossibilidade de análise estatística dos bancos de dados do PMAQ-AB disponíveis, a análise de documentos oficiais sintetizados, como atas de reuniões que impossibilitam uma interpretação ampliada, o fato do PMAQ-AB ser um programa recente impossibilitando análises mais contundentes. Entretanto, o PMAQ-AB possibilita novas perspectivas de análises sobre monitoramento e avaliação em saúde, a própria institucionalização da avaliação, planejamento e gestão em saúde.

Sugere-se a realização de mais pesquisas para uma correlação estatística das dimensões de gestão e as certificações das equipes de saúde. Pesquisas mais profundas também com relação aos mecanismos de planejamento e gestão utilizados nas secretarias municipais e estaduais de saúde para confrontação dos resultados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty F.; GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad Saude Publica** v. 24, n. 8, p. 1727–42, 2008. Acesso em: 16 set. 2014.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: < [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/rio-de-janeiro\\_rj](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/rio-de-janeiro_rj)>. Acesso em 26/04/2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS, 2007. 262 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. .8589545024 9788589545020.

BRASIL; Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001/2002**. Brasília, DF: Editora MS, 2004. .9788533407701 853340770X.

BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília, DF: Editora MS, 2013. 92 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ Brasília: Ministério da Saúde, 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 134 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional da Segunda Etapa da Fase 2 do PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** v. 3, n. 2, p. 221–224, 2003. Acesso em: 24 set. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010. .ISBN 978-85-240-4161-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. .8533402716 9788533402713.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE. **Relatórios**. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 17/06/2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v. 18, p. 983–995, dez. 2014. Acesso em: 25 fev. 2016.

CHAMPAGNE, François *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41–60. 978-85-7541-218-3.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 263–272. 978-85-7541-218-3.

DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 17/06/2015.

DÉLCIO DA FONSECA SOBRINHO *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Avaliação da Atenção Básica à saúde no Brasil** v. 38, n. número especial, p. 83–93 , outubro de 2014.

DUBOIS, Carl-Ardy; CHAMPAGNE, François; BILODEAU, Henriette. História da Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 14–40. 978-85-7541-218-3.

ERNO HARZHEIM *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública** v. 22, n. 8, p. 1649–1659, 2006. Acesso em: 8 jan. 2015.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: go golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2008. p. 385–434. 9788575411575.

FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; GIOVANELLA, Ligia. Experiências de Avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues; FONSECA, Helena Maria Seidl (Orgs.). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013.

FEKETE, Maria Christina. Bases Conceituais e Metodológicas do Planejamento em Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão municipal de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 201–217. 9788533404083 8533404085 9788533404090 8533404093.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 11, n. 3, p. 553–563, 2006. Acesso em: 27 set. 2014.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano De; NAVARRO, Leila Monterio. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, Isabella *et al.* (Orgs.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1–14. 978-85-99977-46-0.

FLEURY, Sonia. Democracia, Poder Local e Inovação. In: FLEURY, Sonia. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Cebes/Editora Fiocruz Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 25–80.

FLEURY, Sonia *et al.* Modernização da Gestão Local do SUS: a dimensão gerencial. In: FLEURY, Sonia. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/Editora Fiocruz, 2014. p. 480. 9788588422179.

FRAIZ, Ipojuca Calixto. Saúde e sociedade. In: ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano Da (Orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Editora IBPEX, 2007. p. 49–74. 9788599583050.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Consulta de Pagamentos**. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>. Acesso em: 20/06/2015

FURTADO, Juarez Pereira; LAPERRIÈRE, Hélène. A Avaliação da Avaliação. In: CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira (Orgs.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. Coleção Saúde, cultura e sociedade. Campinas, SP, Brasil: Editora UNICAMP, 2011. p. 19–39. 9788526809246.

GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; BRANDAO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 18, n. 1, p. 103–114, 2013. Acesso em: 8 jan. 2015.

GUBA, Egon G; LINCOLN, Yovonna S. **Avaliação da Quarta Geração**. Campinas, SP, Brasil: Editora da Unicamp, 2011. 318 p. (Coleção Saúde, cultura e sociedade).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População E Indicadores Sociais. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos**

**resultados do universo do censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011. .9788524042157 852404215X 9788524042164 8524042168.

IBGE CIDADES@. Rio de Janeiro. Disponível em:<  
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330455>>. Acesso em:  
 02/05/2015.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Disponível em:<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&c=2093>>. Acesso em: 06/06/2015.

LEOPARDI, M.T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001. 344 p.

LINHARES, Paulo Henrique Arruda; LIRA, Geison Vasconelos; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Tenção Básica no estado do Ceará. **Avaliação da Atenção Básica à saúde no Brasil** v. 38, n. número espacial, p. 195–208, 2014.

MACINKO, James A *et al.* **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. .9275126984 9789275126981.

MARLY MARQUES DA CRUZ *et al.* Usos de planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Avaliação da Atenção Básica à saúde no Brasil** v. 38, n. número especial, p. 124–139, 2014.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** São Paulo: Atlas, 2009. .9788522455683 8522455686.

MATUS, Carlos. **Teoria do jogo social.** São Paulo: FUNDAP, 2005. .8572850961 9788572850964.

MINTZBERG, Henry. Seção III - Contextos: A Organização Profissional. **O Processo da Estratégia Conceitos, Contextos e Casos Selecionados.** Porto Alegre: Bookman, 2006. p. 312–320.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, Nelson Rodrigues Dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010. p. 24–47.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública** v. 34, n. 5, p. 547–559, out 2000.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 20, n. 1, p. 229–238, jan. 2015. Acesso em: 25 fev. 2016.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. .8587943146 9788587943149.

PAIM, Jairnilson Silva. Avaliação em Saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira Da (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz, 2005. p. 9–10. 8523203524.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Saúde em debate. São Paulo: Rio de Janeiro: Editora Hucitec ; Editora Fiocruz, 2009. p. 767–782. 9788527107044.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. **Contribuições para a construção de uma linha de base para os cadastros das microáreas da estratégia de saúde da família do município do Rio de Janeiro - Área de Planejamento 2.2**: volume 4. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) / Rede OTICS-Rio, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Gestão de Alto Desempenho Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro**. [S.l: s.n.], 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto Pereira Passos. Armazém de Dados. Rio em Síntese. Disponível em: < <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 02/05/2015.

RIO DE JANEIRO. **Decreto, nº. 39.745 de 03 de fevereiro de 2015**. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Disponível em: < [http://doweb.rio.rj.gov.br/ler\\_pdf.php?edi\\_id=2668&page=5](http://doweb.rio.rj.gov.br/ler_pdf.php?edi_id=2668&page=5)>. Acesso em: 20/06/2015.

RIVERA URIBE, Francisco Javier. Planejamento de Saúde na América Latina: Revisão Crítica. In: RIVERA URIBE, Francisco Javier; TESTA, Mario; MATUS, Carlos. **Planejamento e Programação em Saúde um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 11–55.

RIVERA URIBE, Francisco Javier; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 162 p. (Coleção Temas em Saúde).

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Da Cendes-Opas ao PlanejaSUS: teoria e pratica do planejamento em saúde no Brasil. In: IBÁÑEZ, Nelson *et al.* (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. p. 261–284. 9788579700873.

SANTOS, Isabela Soares; SANTOS, Maria Angélica Borges Dos; BORGES, Danielle da Costa Leite. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro realidade e futuro do SUS. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de

Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 73–131.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017**. [S.l: s.n.], 2013

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde 2011**. [S.l.]: SMSDC, 2011. 128 p. .978-85-86074-19-6.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. **Indicadores**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6092-indicadores>>. Acesso em: 20/06/2015

STARFIELD, Marcelo. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p. .8587853724.

VASCONCELOS, Cipriano Maia De; PASCHE, Dario Frederico. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Saúde em debate. São Paulo: Rio de Janeiro: Editora Hucitec ; Editora Fiocruz, 2009. p. 531–562. 9788527107044.

YIN, Robert K; GRASSI, Daniel, Trad. **Estudo de caso**. Porto Alegre: Bookman, 2005. .8536304626 9788536304625.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>>. Acesso em: 26/09/2014

## APÊNDICE 1

### Roteiro para a Entrevista com Atores-chave do nível intermediário da SMS

<b>Identificação</b>
1. Nome ou Código Identificador:
2. Lotação na Secretaria Municipal de Saúde:
3. Vínculo Empregatício:
4. Se CLT, é empregado de alguma Organização Social de Saúde? Qual?
5. Profissão:
6. Escolaridade:
7. Formação em Saúde Pública/Saúde Coletiva:
8. Qual:
9. Cargo ou Função:
10. Tempo de serviço na Equipe de Gestão/Coordenação:
<b>Planejamento, Gestão e Avaliação</b>
11. Qual a dimensão ou importância dada pela gestão à APS a partir de 2009?
12. O que você destaca nos Planos de Saúde Municipal a partir de 2009?
13. O que você destaca da Programação Anual de Saúde a partir de 2009?
14. O que você destaca do Relatório Anual de Gestão a partir de 2009?
15. Houve algum processo de avaliação da gestão a partir de 2009?
16. Quais outros instrumentos de planejamento, gestão e avaliação você destaca?
17. O que você destaca nesses instrumentos?
18. Como você considera a atuação da gestão municipal em saúde a partir de 2009?
19. Quais fatores contribuíram ou contribuem para isso?
<b>Atuação na Implantação do PMAQ-AB</b>
20. Qual função desempenhou com a implantação do PMAQ-AB?
21. Como se deu a implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro?
22. Quem foram os principais atores envolvidos?
23. As Organizações Sociais de Saúde foram envolvidas? De que forma?
24. Quais fatores contribuíram para a implantação?
25. Quais fatores dificultaram a implantação?
26. Na sua opinião, o contexto interno na Secretaria Municipal de Saúde era favorável ou não à implantação do PMAQ-AB? Explique
27. Na sua opinião, o contexto externo à Secretaria Municipal de Saúde era favorável ou não à implantação do PMAQ-AB? Explique
28. Como se deu o planejamento e programação em saúde para a implantação do PMAQ-AB?

29. Como se deu a autoavaliação da gestão municipal? Explique.
30. Como se deu a negociação para implantação do PMAQ-AB no município?
31. Como se deu o processo de coordenação da implantação do PMAQ-AB?
32. Como se deu o processo de acompanhamento (apoio institucional e matricial) das equipes?
33. Como se deu a articulação institucional para a implantação do programa?
34. Na sua opinião, o resultado da certificação das equipes no município do Rio tem relação com a forma de implantação do PMAQ-AB? Explique
35. Como está se dando ou se deu o processo de recontractualização?
36. Deseja fazer algum comentário sobre a temática? (Planejamento e Gestão Municipal, APS, Avaliação em saúde, PMAQ-AB).

Roteiro para a Entrevista com Atores-chave do nível central da SMS – Coordenador do PMAQ-AB

<b>Identificação</b>
1. Nome ou Código Identificador:
2. Profissão:
3. Formação em Saúde Pública/Saúde Coletiva:
4. Qual:
5. Cargo ou Função:
6. Tempo de serviço na Equipe de Gestão/Coordenação:
7. Possui vínculo empregatício estatutário? Qual Orgão?
<b>Planejamento, Gestão e Avaliação</b>
8. Houve uma reestruturação na gestão da SMS a partir de 2009?
9. Como ela ocorreu?
10. Qual a importância desta reestruturação institucional?
11. As CAPs também foram reestruturadas e ficaram responsáveis principalmente com a APS? Como se dá a relação com a rede de saúde? Os outros níveis de saúde (Alta e média complexidade)?
12. Qual a importância dada pela gestão à APS a partir de 2009?
13. Quais fatores contribuíram para isso?
14. Quais instrumentos de planejamento, gestão e avaliação utilizados você identifica como importantes?
15. Houve um momento inicial de pactuação de indicadores e compromissos do município com o PMAQ. Explique como ocorreu.
16. O processo de recontractualização prevê a indicação de novos padrões/indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB. Explique como se deu esse processo no município?
17. Como foram utilizados os recursos provenientes do PMAQ? Devem ser utilizados para incentivar a qualificação. Explique.
18. Qual envolvimento/atuação das OSS no novo modelo de gestão de saúde do Rio de Janeiro? Quais consequências de uma corresponsabilização da gestão?
<b>Atuação na Implantação do PMAQ-AB</b>
19. Qual função desempenhou com a implantação do PMAQ-AB?
20. Qual envolvimento do secretário de saúde ou subsecretario SUBPAV na implantação do PMAQ?
21. Quem foram os principais atores envolvidos?
22. As Organizações Sociais de Saúde foram envolvidas? De que forma?

23. Houve alguma modificação no contrato de gestão das OSS para atender as demandas do PMAQ?
24. Houve um momento inicial de pactuação de indicadores e compromissos do município com o PMAQ. Explique como ocorreu.
25. Com relação ao PMS ou a programação em saúde, houve alguma alteração para a implantação do PMAQAB?
26. Quais os desafios apontados pelo município para a qualificação da APS?
27. Quais fatores contribuíram para a implantação?
28. Quais fatores dificultaram a implantação?
29. Como o PMAQ foi recebido pela SMS? (contexto interno) Explique
30. Como o PMAQ foi recebido a nível estadual? (contexto externo) Explique
31. Como o PMAQ foi incentivado a nível federal?
32. Como se deu a autoavaliação da gestão municipal? Explique.
33. Havia uma equipe específica destinada ao PMAQ? Quantos eram? Quem fazia parte?
34. Como se deu a contratualização do PMAQ-AB no município?
35. O processo de recontratualização prevê a indicação de novos padrões/indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB. Explique como se deu esse processo no município?
36. Como se deu o processo de acompanhamento (apoio institucional e matricial) das CAPs/equipes?
37. Como foram utilizados os recursos provenientes do PMAQ? Devem ser utilizados para incentivar a qualificação. Explique.
38. Na sua opinião, o resultado da certificação das equipes no município tem relação com a forma de implantação do PMAQ-AB? Explique
39. Deseja fazer algum comentário sobre a temática? (Planejamento e Gestão Municipal, APS, Avaliação em saúde, PMAQ-AB).

Roteiro para a Entrevista com Atores-chave do nível central da SMS – Secretário de Saúde e Subsecretária da SUBPAV

<b>Identificação</b>
1. Nome ou Código Identificador:
2. Profissão:
3. Formação em Saúde Pública/Saúde Coletiva:
4. Qual:
5. Cargo ou Função:
6. Tempo de serviço na Equipe de Gestão/Coordenação:
7. Possui vínculo empregatício estatutário? Qual Órgão?
<b>Planejamento, Gestão e Avaliação</b>
8. Houve uma reestruturação na gestão da SMS a partir de 2009?
9. Como ela ocorreu?
10. Qual a importância desta reestruturação institucional?
11. As CAPs também foram reestruturadas e ficaram responsáveis principalmente com a APS? Como se dá a relação com a rede de saúde? Os outros níveis de saúde (Alta e média complexidade)?
12. Qual a importância dada pela gestão à APS a partir de 2009?
13. Quais fatores contribuíram para isso?
14. Quais instrumentos de planejamento, gestão e avaliação utilizados você identifica como importantes?
15. Houve um momento inicial de pactuação de indicadores e compromissos do município com o PMAQ. Explique como ocorreu.
16. O processo de recontratação prevê a indicação de novos padrões/indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB. Explique como se deu esse processo no município?
17. Como foram utilizados os recursos provenientes do PMAQ? Devem ser utilizados para incentivar a qualificação. Explique.
18. Qual envolvimento/atuação das OSS no novo modelo de gestão de saúde do Rio de Janeiro? Quais consequências de uma corresponsabilização da gestão?

## APÊNDICE 2



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**Secretaria Municipal  
de Saúde e Defesa  
Civil**  
**Comitê de Ética em**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Análise do papel da Gestão Municipal do Rio de Janeiro na Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, desenvolvida por Aline de Carvalho Amand Pilar, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade e Dra. Maria Helena Magalhães Mendonça.

O objetivo central do estudo é: Analisar o papel da gestão municipal na implantação do PMAQ-AB no município do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve à sua atuação na gestão em saúde municipal. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Todo participante terá um código para que se possa processar a identificação do mesmo quando necessário. Essa pesquisa não identificará o participante, apenas o fará caso o participante deseje.

A sua participação consistirá em responder perguntas abertas de um roteiro de entrevista semiestruturada à pesquisadora do projeto. A entrevista será gravada mediante autorização do entrevistado(a).

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e do CEP/SMS-RJ.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na análise do contexto (político, administrativo, organizacional) no nível local para a implantação de um programa incentivado pelo governo federal por meio de subsídio financeiro associado ao desempenho das equipes de saúde, que aderirem ao programa. Permitirá, ainda, identificar as relações intergovernamentais e interinstitucionais para desenvolvimento desse programa. Favorece a discussão do planejamento e da avaliação na atenção primária à saúde, possibilitando uma reflexão para os profissionais e para os gestores em saúde.

Possíveis riscos relacionados à pesquisa são: risco de constrangimento durante a entrevista, risco de errar ou de trocar o código de identificação do entrevistado e risco de identificação não intencional do entrevistado, uma vez que serão entrevistados atores-chave da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro.

Os resultados serão divulgados na dissertação. Pretende-se publicar artigo científico em revista especializada em Saúde Pública. A pesquisadora coloca-se à disposição da Secretaria Municipal de Saúde para divulgar os resultados também ao público participante, após conclusão da dissertação.

Este Termo será redigido em duas vias, sendo uma das vias fornecida para o entrevistado e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os

princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21 - 2215-1485

E-Mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Endereço: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro – RJ

---

Aline de Carvalho Amand Pilar – (pesquisador do campo)

Mestranda em Saúde Pública

Mestrado em Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde - ENSP/FIOCRUZ

**Tel: (21) 9 9658-9992**

**e-mail: [line.amand@posgrad.ensp.fiocruz.br](mailto:line.amand@posgrad.ensp.fiocruz.br) ou [line.amand@gmail.com](mailto:line.amand@gmail.com)**

**Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: \_\_\_\_\_

- ( ) Autorizo a gravação da entrevista para a pesquisa
- ( ) Não autorizo a gravação da entrevista para a pesquisa
- ( ) Permito a identificação do meu nome na pesquisa.