

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A política e a organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013”

por

Norhan Sumar Silva

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Cristiani Vieira Machado
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Márcia Cristina Rodrigues Fausto*

Rio de Janeiro, março de 2015.

Esta dissertação, intitulada

“A política e a organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013”

apresentada por

Norhan Sumar Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586p Silva, Norhan Sumar
A política e a organização da Atenção Básica no município do
Rio de Janeiro de 2009 a 2013. / Norhan Sumar Silva. -- 2015.
168 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Cristiani Vieira Machado
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Atenção Primária à Saúde - organização & administração.
2. Saúde da Família. 3. Política de Saúde. 4. Recursos Humanos
em Saúde - organização & administração. 5. Estratégia Saúde
da Família. 6. Sistemas de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

Dedico este trabalho, como parte de um processo, ao homem que sempre sonhou ver o filho “com o Dr. à frente do nome”. Ao meu Querido pai (in memoriam).

Agradecimentos

Numa jornada repleta de encontros e desencontros, cujo início é caloroso e coletivo, entre amizades e disciplinas, o mestrado teve um meio do caminho arrebatador, cercado de dúvidas sobre mim mesmo, minhas forças e visão de mundo. O fim, por sua vez, nada além de solitário e cansativo. É comum e justificável o descuido de não registrar alguém nas palavras que seguem. Porém, não restam dúvidas de que todos aqueles que estiveram comigo nesse processo marcaram presença na minha vida e estarão eternamente na minha memória. E isso não depende de palavras.

Agradeço às mulheres mais aguerridas e valentes que conheço. Dona Emília e dona Juliana, minhas mãe e irmã, que sempre surpreendem no enfrentamento das intempéries da vida e que acreditam como ninguém que o caminho da educação é possível mesmo diante de tantas outras necessidades.

Àquela que sabe como fazer meus piores dias valerem a pena. Que é uma companheira implacável e maravilhosa, que me faz um homem melhor todo dia. À Mariana Isaac, mulher da minha história, porque somente a vida é curta pro nosso amor.

À minha família, pelas raízes de luta e persistência, além da proximidade que supera a distância e o tempo.

À família generosa da minha companheira, a chamada família Isaac, que em um dos momentos mais difíceis de nossas vidas, reuniram forças inexplicáveis para nos ajudar a trilhar um recomeço.

Aos tantos amigos, àqueles que já compunham a minha história e àqueles que tive o imenso prazer de encontrar na caminhada que o mestrado proporciona. A força e a troca que encontramos na amizade é um combustível para a vida e, em razão disso, para a pesquisa.

À minha orientadora, Cristiani Vieira Machado, pela paciência com o meu tempo, senhor de tantas remarcações e prorrogações de prazo. Pela habilidade, sabedoria e conhecimento, elementos que se dependessem somente dela dariam o tom deste trabalho.

À minha co-orientadora Márcia Fausto. Orientadora incomparável de outrora, fez a gentileza – para a nossa sorte – de somar todo o seu saber à esse meu novo projeto.

Aos professores do curso de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, pela importância dos debates e encontros em sala de aula na minha formação em todos os aspectos.

Aos queridos membros examinadores dessa banca de mestrado, por aceitarem o convite e por se disporem a ler este trabalho no sentido de contribuir para sua melhoria.

Epígrafe

As pessoas comerão três vezes ao dia
E passearão de mãos dadas ao entardecer
A vida será livre e não a concorrência
Quando os trabalhadores perderem a paciência

(Mauro Iasi)

Resumo

Trata-se de um estudo de caso da política de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro a partir das mudanças iniciadas em 2009. Propõe-se analisar a política de Atenção Básica entre 2009 e 2013, com destaque para a organização dos serviços e modelo de gestão adotados no período. A análise consistiu em identificar as diretrizes e estratégias da política que configuram o discurso oficial; a organização e funcionamento dos serviços no primeiro nível de atenção; e as principais características referentes ao modelo de gestão por meio da contratação de Organizações Sociais. As estratégias metodológicas utilizadas para a condução do estudo foram: análise documental a partir de publicações oficiais do município, como o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, apresentações oficiais dos gestores com dados sobre a implementação dos serviços, contratos de gestão, entre outros; entrevistas semi-estruturadas com 4 atores envolvidos diretamente com a política, seja na sua formulação e implementação, seja na avaliação dos contratos celebrados; análise de dados secundários do CNES e DATASUS, assim como da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica realizada em 179 unidades básicas de saúde do município, com 323 profissionais e 1313 usuários respondentes. O estudo permitiu evidenciar um avanço no acesso aos serviços de Atenção Básica por meio de unidades novas chamadas Clínicas da Família e adaptação das unidades já existentes para Centros Municipais de Saúde que em geral passaram a contar com equipes de Saúde da Família. A cobertura populacional estimada da Estratégia Saúde da Família saltou de 7% ao final de 2008 para 39% em dezembro de 2013. Além disso, mudanças importantes na oferta de serviços foram incorporadas a partir da implementação de uma 'carteira de serviços', de protocolos clínicos e da proposta de regulação do acesso aos demais níveis assistenciais a ser realizada pela unidade básica de saúde. A expansão dos serviços realizada por meio da contratação de Organizações Sociais para gestão e prestação dos serviços, entretanto, implicou na transferência expressiva de recursos para estas entidades, cujo arranjo é heterogêneo, sem que se tenha avançado em capacidade de regulação pelo poder público. Por fim, discutem-se alguns desafios para a política de Atenção Básica do município e aponta-se a necessidade de outros estudos para investigar as repercussões das mudanças recentes no que concerne ao acesso, efetividade e coordenação entre os serviços, aspectos fundamentais para o fortalecimento da Atenção Básica e a melhoria da qualidade do cuidado à saúde das pessoas na cidade. .

Abstract

This paper is a case study about the Primary Health Care policy in Rio de Janeiro since the changes started in 2009. It is proposed to analyze the Primary Health Care policy between 2009 and 2013, with focus to aspects related to the organization of services and the management model adopted. The analysis was to identify the guidelines and strategies of the policy contained the official discourse; the organization and functioning of services in primary care; and the main features for the management model by hiring of Social Organizations. The methodological strategies used to conduct the study were: document analysis from official publications, such as the PMS 2010-2013, official presentations of managers about the implementation of services, management contracts, among others; semi-structured interviews with four actors directly involved with politics, whether in its formulation and implementation, either in the evaluation of contracts; analysis of secondary data extracted from sources such as CNES and DATASUS, as well as the third phase of PMAQ-AB performed in 179 basic units of municipal health, with 323 professionals and 1313 users respondents. The study has highlighted an improvement in access to basic health care services through new units called Clínica da Família and adaptation of all existing for Municipal Health Centers (Centros Municipais de Saúde). The estimated population coverage increased from 7% in the end of 2008 to 39% in December 2013. In addition, important changes in the supply of services were incorporated from the implementation of the Services Portfolio, clinical protocols and regulation of access to other levels of care performed by primary care unit, although future study can point the level of integration of services since these changes start. The expansion of services performed by hiring social organizations for management and delivery of services, however, implies a significant transfer of resources to these entities, whose arrangement is heterogeneous, without having advanced in regulating capacity of the government. Finally, this analysis allows the reflection on the prospects for the Primary Care policy, as well as encourage new questions and new research about Primary Health Care intended to define the services for the benefit of users.

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIS – Ações Integradas em Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção primária em Saúde

ARENA - Aliança Renovadora Nacional

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAP – Coordenação de Áreas Programática

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Clínica da Família

CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CMS – Centros Municipais em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COMUSA – Conferência Municipal de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde

COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade

DAB – Departamento de Atenção Básica

DMP - Departamento de Medicina Preventiva

DOMRJ – Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro

EACS – Estratégia Agentes Comunitários de Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipes de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MRJ – Município do Rio de Janeiro

MES – Ministério da Educação e Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OS – Organizações Sociais

OSS – Organizações Sociais da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAIM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAM – Posto Médico de Atendimento

PCCS – Planos de Cargos, Carreiras e Salários

PDRAE – Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado

PIASS - Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste

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

PMC – Projeto Montes Claros

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNI – Programa Nacional de Imunização

PT – Partido dos Trabalhadores

PPS - Partido Popular Socialista

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPT – Saúde Para Todos

SUBAS – Subsecretaria de Atenção à Saúde

SUBPAV – Superintendência de Atenção Primária

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UACPS – Unidade Ambulatorial de Cuidados Primários em Saúde

UIS – Unidades Integradas de Saúde

UMAMP - Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário

Relação de Figuras, Quadros, Gráficos e Tabelas

Lista de Figuras

Figura 1 Proposta de Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	81
Figura 2 Protótipo de Clínica da Família, do Programa Saúde Presente	83
Figura 3 Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro.....	100
Figura 4 Índice de Desenvolvimento Social por bairro - Município do Rio de Janeiro – 2000	101

Lista de Quadros

Quadro 1 Características do Programa Saúde da Família	46
Quadro 2 Dimensões, componentes e estratégias metodológicas propostas para realização do estudo	59
Quadro 3 Perfil das unidades de saúde do MRJ a partir de 2009.....	81
Quadro 4 Eixos estratégicos e principais ações enunciadas pelo discurso oficial referente à AB entre 2009 e 2013.....	92

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Proporção de mortes segundo causa no município do Rio de Janeiro em 2012 .	103
Gráfico 2 Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil, Região Sudeste, estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro de 2000 à 2012	104
Gráfico 3 Taxa de Mortalidade Materna no Brasil, Região Sudeste, estado do Rio de Janeiro e MRJ de 2000 à 2012	105
Gráfico 4 Cobertura populacional estimada da estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro	110
Gráfico 5 Cobertura Populacional Estimada da Estratégia Saúde da Família nas capitais da Região Sudeste entre 2002 e 2013.....	111
Gráfico 6 Cobertura populacional estimada no município do Rio de Janeiro e no Brasil entre 2002 e 2013.....	112
Gráfico 7 Orçamento da saúde e da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro entre 2009 e 2013.....	139

Lista de Tabelas

Tabela 1 Concepções e diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde presentes em documentos do Ministério da Saúde, 1995 a 2011.....	51
Tabela 2 Número de internações hospitalares no município do Rio de Janeiro segundo lista de morbidades do Cadastro Internacional de Doenças (CID - 10) entre janeiro e dezembro de 2013	102

Tabela 3 Estabelecimentos de saúde localizados no município do Rio de Janeiro segundo tipo e esfera administrativa em julho de 2014	106
Tabela 4 Número e distribuição de leitos de internação nas capitais da região Sudeste e Brasil -julho de 2014	107
Tabela 5 Número de unidades básicas e unidades de apoio em julho 2014	109
Tabela 6 Número de equipes de saúde da família, saúde bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados de 2000 a 2013 no MRJ.....	112
Tabela 7 Cobertura populacional estimada da Atenção Básica no MRJ segundo Área Programática em julho de 2014	114
Tabela 8 Unidades visitadas segundo tipo de estabelecimento	116
Tabela 9 Número de unidades visitadas segundo Área Programática (n 179).....	116
Tabela 10 Estrutura física e ambiência das unidades básicas de saúde visitadas no MRJ (n 179).....	118
Tabela 11 Número de eSF com Saúde Bucal por unidade visitada (n 179).....	119
Tabela 12 Número de eSF com Saúde Bucal por unidade visitada (n 179).....	120
Tabela 13 Unidades básicas de saúde (n 179) segundo disponibilidade de profissionais de nível superior.....	120
Tabela 14 Características de funcionamento das unidades básicas de saúde e avaliação dos usuários no MRJ.....	122
Tabela 15 Atendimento aos casos de urgência e emergência e acolhimento da demanda espontânea nas unidades básicas do MRJ.....	123
Tabela 16 Medidas relativas à continuidade e coordenação do cuidado na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro.....	125
Tabela 17 Apoio da gestão e ações de educação permanente ofertadas às equipes de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro (n 324)	126
Tabela 18 Atividades de planejamento realizadas pelas equipes da AB do MRJ (324).....	128
Tabela 19 Oferta de serviços e ações realizadas pelas equipes de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro	129
Tabela 20 Oferta de apoio por parte de outros profissionais às equipes de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro (n 324)	130
Tabela 21 Perfil dos profissionais de AB entrevistados no município do Rio de Janeiro, segundo profissão, tempo de atuação e formação complementar.....	132
Tabela 22 Vínculo profissional e plano de carreira dos profissionais da AB no MRJ (n 324)	134
Tabela 23 Organizações Sociais contratadas no município do Rio de Janeiro segundo ano de fundação, qualificação, contratação e demais áreas de atuação	136
Tabela 24 As Organizações Sociais segundo número de unidades, número de equipes de Saúde da Família e área de atuação no município do Rio de Janeiro	138

Sumário

Apresentação	17
Introdução	20
1. Atenção Primária à Saúde: trajetórias e concepções	27
1.1 <i>Dos cuidados primários à Atenção Primária à saúde: breve trajetória</i>	27
1.2 <i>Atenção Primária à Saúde: concepções e perspectivas</i>	31
1.3 <i>Atenção Primária à Saúde no Brasil</i>	36
Breve histórico.....	37
As experiências alternativas na ditadura militar: a extensão focalizada da cobertura e a construção de um ideário contra-hegemônico.....	40
O modelo “Saúde da Família” como reorganizador da Atenção Primária brasileira...	45
A Política Nacional de Atenção Básica: mudanças tímidas entre 2006 e 2011.....	48
2. Metodologia	55
3. A Política de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro: contexto, diretrizes e estratégias	62
3.1 <i>Antecedentes históricos, política de saúde e atenção básica no município do Rio de Janeiro</i>	63
O Rio de Janeiro e o modelo de Saúde da Família (1995-2008).....	68
O contexto político de transição 2008-2009: características particulares.....	74
3.2 <i>O diagnóstico oficial da situação do sistema de saúde municipal em 2009</i>	75
3.3 <i>A Política de Atenção Básica de 2009 a 2013: diretrizes e propostas</i>	78
A proposta de organização da AB.....	80
Modelo de gestão.....	93
4. A organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro	98
4.1 <i>O município do Rio de Janeiro: características demográficas e epidemiológicas</i>	98
4.2 <i>Sistema de saúde municipal: características gerais</i>	105
4.3 <i>A Atenção Básica no município do Rio de Janeiro: panorama da oferta e distribuição dos serviços</i>	109
4.4 <i>A Atenção Básica no MRJ: estrutura, gestão de recursos humanos, processo de trabalho e avaliação dos usuários</i>	114
Estrutura das unidades básicas de saúde.....	115
Funcionamento e processo de trabalho.....	122
Gestão do trabalho e perfil do profissional de AB no MRJ.....	131
As Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro: perfil e distribuição no território.....	135
5. Considerações Finais	143
Referências	154
Apêndices	161

Apresentação

O município do Rio de Janeiro aumentou expressivamente a cobertura populacional estimada da Atenção Básica (AB) nesses últimos quatro anos, por meio de uma política do governo municipal que incorpora influências da política nacional, embora com especificidades. Para tanto, foram adotados um modelo de organização dos serviços distinto dos demais municípios brasileiros e também daquele conhecido como tradicional no Rio de Janeiro; além de um modelo de gestão com ênfase na contratação de Organizações Sociais, que assumiram funções de gerência e manutenção dos serviços, aquisição de insumos, seleção e gestão de recursos humanos e prestação dos serviços.

Estudos recentes discutem o histórico de movimentos cautelosos de expansão dos serviços de AB do município realizadas em diferentes momentos políticos a partir da metade da década de 1990 (CAZELLI, 2009; MOURA, 2011). No entanto, a centralidade assumida pela política AB na agenda política municipal, suas estratégias e diretrizes, particularidades e características a partir de 2009 justificam um exame detalhado e, portanto, conformam o objeto de análise deste estudo.

Outra motivação premente para realização deste estudo, bem como a de outros já investidos acerca do tema em minha trajetória acadêmica e profissional, é o contato e o apreço que tenho com a Atenção Básica desde a adolescência.

Minha vivência em unidades de saúde da família é antiga e precede as visitas e estágios realizados durante a graduação em enfermagem. Com uma mãe Agente Comunitária de Saúde (ACS) combativa e envolvida, foram inúmeras as minhas idas às unidades e frequente o meu contato com os sujeitos envolvidos naquele contexto (trabalhadores da saúde e usuários).

Na academia, decerto esse interesse ganhou contornos científicos, a curiosidade se tornou epistemológica¹ e se aprofundou. Continuo, a partir de outras matrizes, buscando compreender este ambiente de relações complexas e virtuosas

¹ Ver Freire (1996).

da atenção básica, além de incursões necessárias à compreensão dos conceitos, políticas e estratégias pertinentes.

A reflexão acerca do conceito de Atenção Primária a Saúde (APS) – nesse texto tratado como sinônimo de Atenção Básica (AB), embora se considere o debate acerca do significado dos termos - no qual os autores brasileiros ancoram-se ao abordar a política vigente do país, se tornou uma questão de estudo durante a especialização em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Como resultado, buscamos através de uma pesquisa bibliográfica iniciar a discussão acerca dessa questão e parte do que foi produzido neste estudo, incluindo algumas modificações, figura como primeiro capítulo desta dissertação.

Ainda durante o curso de especialização, em 2012, a maneira como a política de AB estava sendo conduzida, tanto por meio de um novo modelo de organização quanto por opções “particulares” referentes ao modelo de gestão, despertaram o interesse em conhecer esse processo e compreender as diretrizes e estratégias para efetivação da política nos moldes pretendidos.

O recorte temporal do estudo entre 2009 e 2013 foi escolhido, pois incorpora o primeiro mandato e os primeiros meses do segundo mandato do Prefeito Eduardo Paes, cujo governo adotou um conjunto de mudanças designadas como “reforma da atenção primária” na cidade do Rio de Janeiro. Foi possível, com isso, entender as estratégias para o início da referida reforma, suas características, particularidades e parte de seus resultados.

Pensar a complexidade presente na efetivação desta política em um grande centro urbano, com uma história repleta de contradições como o Rio de Janeiro, no seio de um país cuja desigualdade é uma das expressões da “questão social”, se coloca como um desafio para o pesquisador. Neste mesmo sentido, refletir sobre o modelo de organização dos serviços e o modelo de gestão adotados para as mudanças recentes no sistema de saúde municipal se faz ainda mais complexo e desafiador para os limites desse estudo.

Nesse sentido, não é pretensão esgotar o debate acerca do tema, tampouco se espera que a opção feita para analisar a política de AB do MRJ no período definido seja a única possível. A pesquisa visa contribuir para o debate sobre as mudanças recentes no sistema de saúde municipal, de modo a qualificá-lo e aprimorá-lo, com implicações positivas para a vida daqueles que dependem deste.

Após esta breve Apresentação, o item Introdução aborda a relevância do tema da AB e justifica o estudo com foco na cidade no Rio de Janeiro. O capítulo 1 aborda brevemente elementos históricos e conceituais pertinentes à APS no plano internacional e, com maior destaque, no caso brasileiro. O Capítulo 2 apresenta a metodologia do estudo de caso sobre a atenção básica realizado no município do Rio de Janeiro. O Capítulo 3 traz os resultados da pesquisa relativos à política de atenção básica conduzida no município do Rio de 2009 a 2013, com ênfase nas diretrizes e estratégias governamentais relativas à organização dos serviços e ao modelo de gestão da atenção básica. Tal análise baseou-se principalmente no discurso oficial apreendido por meio de documentos, exposições e entrevistas com dirigentes da saúde. Já o capítulo 4 expõe a organização atual da atenção básica no município, a partir principalmente de documentos e dados secundários relativos à oferta de serviços, modo de funcionamento de unidades e, ainda, informações relativas às OS atuantes na cidade. Por fim, no item Considerações Finais são destacados os principais resultados do estudo, seus limites e os desafios identificados para o fortalecimento da atenção básica no município do Rio de Janeiro (MRJ).

Introdução

Muitos autores brasileiros se referem à AB sob uma perspectiva abrangente. Em contrapartida, um cenário contraditório e repleto de limites em muitos aspectos, suscita questionamentos acerca das possibilidades e constrangimentos que estão entre aparência da política de AB brasileira e a essência daquilo que se revela ao olharmos de forma criteriosa para a realidade.

Rua (1998), ao descrever as etapas e estratégias possíveis utilizadas pelos atores envolvidos no processo decisório acerca de uma política, indica que o movimento entre a formulação e a sua implementação não se dá de forma linear. Ou seja, a formulação de uma determinada política e as decisões sobre suas questões principais, não implicam necessariamente em sua implementação *vis-à-vis* a proposta original.

As particularidades de cada cenário se constituem como desafios distintos para consolidação da AB em saúde capaz de reorientar práticas e reorganizar o modelo assistencial. Giovanella et al. (2009 p. 784), referem a diversidade de experiências no Brasil e salientam que “nem sempre a ampliação de cobertura correspondeu à mudança do modelo assistencial preconizada”.

Neste sentido, é necessário entender quais as barreiras impostas entre a aparência da AB no Brasil e a essência inerente a sua implementação nos mais diversos cenários. Essa questão, portanto, se coloca como motivação precípua para a realização desse estudo, um elemento provocador das demais questões que norteiam essa proposta e serão explicitadas a seguir.

O Brasil tem aprimorado as diretrizes e concepções de AB que figuram os documentos oficiais, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1990. No entanto a efetivação da AB como uma política abrangente não está dada. Nos casos específicos das grandes cidades, os desafios para a implementação da política de AB são inúmeros e precisam ser analisados. Nesse sentido, propõe-se com este estudo, analisar a política de Atenção Básica (AB) do MRJ após seu processo recente de ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família por meio de contratação de Organizações Sociais (OS) e adoção de mudanças quanto ao modelo de gestão.

Certos de que cada cidade tenha suas particularidades e desafios próprios a enfrentar diante da implementação de uma política descentralizadora e capilarizada como a AB no Brasil, entendemos, porém, que alguns destes são comuns aos grandes centros urbanos. Assim como consta em publicação do Ministério da Saúde (2002) que aborda indicadores de acompanhamento da implantação da ESF em grandes centros urbanos, os diferentes desempenhos da AB em municípios com mais de 100 mil habitantes devem ser analisados com base em dois fatores principais:

- Variação nas características estruturais: localização, porte populacional, infraestrutura de serviços e nível socioeconômico;
- Variações nas características dos sistemas de saúde implantados.

O município do Rio de Janeiro, neste sentido, apresenta particularidades relevantes a serem consideradas: a sua localização na região sudeste, que apresenta o maior PIB do país e com expressão contundente de desigualdade entre classes; o porte populacional que a destaca como segunda maior cidade do Brasil; e uma infraestrutura de serviços públicos, hospitalares e ambulatoriais, herdados da era da capital federal.

No que diz respeito às variações nas características dos sistemas de saúde implantados, destacamos três dos seis² elementos abordados no referido documento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), porém sem desconsiderar a importância de todos eles: os modelos de organização da atenção básica; a integração entre os diferentes níveis de complexidade da assistência existentes no município e garantia das referências intermunicipais; os graus de maturidade e integração do PSF com a rede de serviços de saúde existente.

O modelo de organização dos serviços de AB do município do Rio de Janeiro apresenta características particulares, sobretudo a partir de 2009. Há de se considerar o arranjo e a distribuição das unidades conhecidas como tradicionais, parte dessas em funcionamento desde o início do século passado, que geralmente se encarregavam de prestar assistência chamada de saúde pública relativa aos

² As variações nas características dos sistemas de saúde já implantados, dependem ainda, segundo o documento: da capacidade de financiamento e gasto municipal; do aprendizado institucional prévio e do poder gestor municipal; da capacidade de oferta de ações e serviços existente no município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 p. 7).

programas verticais do governo federal para doenças específicas (ações programáticas) (MOURA, 2009).

Ademais, é reiterada por Moura (2009) a defasagem da cobertura em AB, além de sua implementação priorizada para áreas consideradas “vazios assistenciais”, com população residente predominantemente pobre. Observa-se, portanto, uma pulverização de unidades de atenção básica pela Zona Oeste em contraste com a concentração de hospitais e algumas unidades de atenção básica na Zona Norte, Sul e Centro. A dicotomia entre a atenção ambulatorial e hospitalar permanece e, neste sentido, reforça a limitada articulação entre os diferentes níveis assistenciais.

No mais recente processo de expansão de serviços de AB, iniciado a partir de 2009, adotou-se um modelo particular de unidades para abrigar as equipes de Saúde da Família (eSF) como proposta de substituição paulatina ao modelo tradicional de Centros de Saúde instalados no município. As Clínicas da Família (CF), em geral concentram mais de uma equipe multidisciplinar de Saúde da Família – chegando ao número de treze equipes em uma delas – e ofertam serviços diferenciados, tais como exames diagnósticos por imagem (raio-x e ultrassonografia), laboratoriais (sangue, urina e fezes) e eletrocardiógrafos.

Tais características conferem mudanças importantes no modelo de organização dos serviços de AB, tanto pela incorporação de novas unidades orientadas por uma assistência aparentemente diferenciada ao sistema de saúde, quanto pela pretendida substituição de unidades tradicionais pelas novas Clínicas da Família.

Teixeira (2003), ao abordar a concepção “ampliada” de modelo de atenção, refere-se a três dimensões componentes: gerencial, organizativa e técnico-assistencial. Neste primeiro momento, consideremos a relevância das mudanças relativas à dimensão organizativa, que consiste no “estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado” (TEIXEIRA, 2003 p. 261).

O município, em novembro de 2013, contava com 71 CF e cerca de 800 equipes de Saúde da Família (eSF), com abrangência populacional estimada da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 41%, frente aos 7% referentes a dezembro de 2008. O

aumento da população cadastrada e assistida implica o aumento do número de referências aos níveis secundário e terciário, o que exige do sistema a capacidade de integração entre os níveis assistenciais para garantia da integralidade do cuidado.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004 p. 332), a integração em saúde “consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações.”

Além disso, os autores afirmam que a integração dos serviços de saúde está associada diretamente ao conceito de integralidade da assistência, mediante ações de coordenação e cooperação entre os provedores dos serviços assistenciais para a conformação de um sistema de saúde orientado para os interesses dos indivíduos e da comunidade.

Starfield (2002) argumenta que a integralidade da atenção – entendida pela autora como atributo indispensável a uma APS abrangente – consiste na garantia do acesso do paciente aos demais níveis de atenção caso necessário seja para seu tratamento. Diante da capacidade dos profissionais de AB para identificação dos problemas dos indivíduos e da comunidade, arranjos devem ser dispostos a solucionar tais problemas, considerando as diferenças de cada caso e cada território.

Neste sentido, vale destacar a necessidade de analisar as recentes mudanças no modelo de organização da atenção à saúde no município do Rio de Janeiro, considerando suas implicações em termos de acesso da população e do escopo dos serviços ofertados, fundamental para a integralidade da atenção.

Outro aspecto relevante da chamada “reforma” recente foi a adoção de um novo modelo de gestão caracterizado pela contratação de Organizações Sociais (OS), com transferência de atribuições de gerência e prestação dos serviços de AB, recursos humanos e infraestrutura para instituições de natureza privada e enunciadas como sem fins lucrativos.

Retomando as palavras de Teixeira (2003 p. 261), a dimensão gerencial, “relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços”, também merece destaque nesse estudo no que tange às características e justificativas para a adoção de novos mecanismos de gestão, bem como a forma como

se dá a relação entre o governo municipal e as Organizações Sociais na política de AB.

O debate acerca da transferência de funções de gestão de bens e serviços “não exclusivos” do Estado para determinadas organizações da sociedade civil ganhou espaço de destaque na agenda política brasileira durante a execução do Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), iniciado em 1995 no governo de Fernando Henrique Cardoso e liderado pelo então ministro da Administração e Reforma do Estado Bresser-Pereira.

A partir de 1998, portanto, é instituído o Programa Nacional de Publicização³, com autorização ao Poder Executivo para qualificar entidades privadas como Organizações Sociais e transferir para estas a gestão de bens e serviços públicos cujas atividades sejam de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

Nos anos subsequentes, alguns estados e municípios implementaram adaptações do modelo de OS em seus sistemas de saúde. No entanto, apenas a partir de meados dos anos 2000 essa modalidade é retomada com destaque no cenário nacional, com proliferação de OS e expansão da adoção desse modelo de gestão em várias unidades da federação.

No caso do Rio de Janeiro, por sua vez, a aprovação de lei⁴ análoga em 2009, onze anos depois da aprovação da lei federal - que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS) pelo poder Executivo e dá outras providências – subsidia o início da expansão da ESF no final do mesmo ano, principalmente por meio das Clínicas de Família (CF) e sob gestão das Organizações Sociais.

Atualmente, cinco OS diferentes são responsáveis pela gerência de unidades de saúde da família (USF) e Centros Municipais de Saúde em todas as Áreas Programáticas (A.P) do município, com funções relativas à prestação de serviços em saúde, manutenção da infraestrutura e gestão de recursos humanos. A assistência, no entanto, é orientada por metas estabelecidas por contrato de gestão celebrado entre essas organizações e o município.

³ Vide Lei 9.637 de 1998.

⁴ Lei 5.026 de 19 de maio de 2009.

A política de AB, segundo Viana e Fausto (2009), pode ser entendida como política social de interesse coletivo, ou seja, um bem público, de caráter não-mercantil. Ademais, ao considerarmos sua concepção abrangente, posicionamos a AB como princípio que deve orientar todo o sistema de saúde, possibilitando a conformação de sistemas equitativos, centrados na família e permeáveis às necessidades de saúde da comunidade.

Os argumentos levantados por Viana e Fausto (2008) para referir o caráter não-mercantil da AB são: o reconhecimento da saúde como bem público; a conquista do direito a saúde e o dever do Estado de provê-la; e a contribuição direta da saúde (assim como educação e demais elementos da proteção social) para a qualidade de vida das pessoas. A expansão de formas de prestação privada de serviços no âmbito da atenção básica – ainda que por meio de entidades sem fins lucrativos – impõe novos desafios à garantia de uma lógica não-mercantil de acesso às ações de saúde.

A modernização das formas de contratação no serviço público, bem como a autonomia financeira e administrativa, estão entre os argumentos que fundamentaram a proposta de Lei que autoriza a transferência dos serviços de AB do município para OS (Mensagem nº5 de fevereiro de 2009, do Prefeito aos Vereadores da cidade). Neste sentido, compreender este processo, assim como a relação entre o poder público e estas entidades, contribuirá para a análise da preservação ou não do caráter não-mercantil da AB e suas implicações para o acesso e integração dos serviços.

A partir da compreensão deste cenário, o objetivo geral deste estudo é analisar a política de Atenção Básica em Saúde do município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013, com ênfase no modelo de organização e no modelo de gestão. Os objetivos específicos, para tanto, são descrever as diretrizes e as estratégias da política de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro; caracterizar o modelo de organização da Atenção Básica, após a expansão da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família; e caracterizar o modelo de gestão adotado no âmbito da Atenção Básica, com destaque para a contratação das Organizações Sociais.

Com vistas à reflexão sobre a complexidade inerente a este processo de expansão, cujos modelos de organização e de gestão apresentam particularidades relevantes, nos perguntamos e atribuímos a estes questionamentos o mote deste estudo: quais as características da expansão da AB no Rio de Janeiro a partir de 2009? Quais são as diretrizes da política e suas estratégias para implementação?

Quais as mudanças inferidas ao modelo de organização dos serviços e ao modelo de gestão resultantes da expansão iniciada em 2009? Quais as justificativas para adoção de um modelo de gestão por meio de Organizações Sociais de Saúde (OS)?

Concordamos que estes não são questionamentos simples de serem respondidos. Nesse sentido, o presente estudo buscará problematizá-los, porém sem pretensão de esgotar suas possibilidades de resposta.

1. Atenção Primária à Saúde: trajetórias e concepções

1.1 *Dos cuidados primários à Atenção Primária à saúde: breve trajetória*

É reconhecida a importância assumida pela Atenção Primária à Saúde nos últimos anos e o protagonismo atribuído a esta para reformas de diversos sistemas de serviços de saúde ao redor do mundo. O destaque da APS nas agendas de reforma pode se relacionar tanto com esforços de contenção de gastos, quanto com a tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico⁵ e predominantemente técnico-assistencialista.

Ainda que atualmente haja certo consenso para alguns pesquisadores acerca do sucesso dos sistemas de serviços de saúde com uma forte atenção primária (STARFIELD, 2002), e que estudos empíricos apontem para condições de saúde potencialmente melhores em países/regiões com maior número de pessoas assistidas por uma atenção primária consistente (SHI, 1994), o paradigma biomédico e seu chamado “imperativo tecnológico” influenciaram a conformação dos serviços de saúde em vários países durante boa parte do século XX. Prevaleceu, sobretudo após a segunda metade do século, o modelo assistencialista, centrado na especialidade médica e no hospital, com franca incorporação tecnológica e assistência voltada aos interesses do mercado em detrimento das necessidades da população, com gastos cada vez mais elevados.

Cabe lembrarmos que datam de meados de 1920 as primeiras referências sugerindo uma proposta de organização para os sistemas de saúde através de serviços organizados segundo uma lógica de hierarquização e de bases territoriais. O Relatório Dawson, elaborado sob liderança do então Ministro da Saúde inglês, Lord Dawson of Penn, propunha um sistema dividido em três níveis de atenção, que deveriam se comunicar entre si. O relatório destacava os “centros de saúde primários” como a porta de entrada dos usuários, com ações preventivas e curativas promovidas por clínicos gerais, enfermeiras, parteiras, dentistas, entre outros profissionais.

⁵ Modelo de saúde centrado na assistência hospitalar e nas especialidades médicas, cujo eixo central é a enfermidade, não os sujeitos.

Alguns aspectos fundamentais da APS, por sua vez, são enunciados a partir da década de 1940, com os movimentos de Medicina Preventiva e Integral e posteriormente com a Medicina Comunitária na década de 1960 nos EUA (VIANA e FAUSTO, 2009). Estes movimentos nascem a partir de propostas de mudanças na formação médica, incluindo a noção de abordagem integral ao indivíduo e sua família, levando em conta as dimensões sociais e culturais no âmbito do cuidado e aproximação da assistência médica das realidades e cotidianos destes indivíduos e famílias.

Ainda segundo as autoras, é durante a década de 1960 que o ideário da APS é difundido a partir de práticas influenciadas sobretudo pela Medicina Comunitária, definindo-a como fase inicial do cuidado, capaz de ordenar os demais cuidados necessários em outros níveis da atenção.

Somente durante a década de 1970, no entanto, alguns avanços importantes no que tange à concepção ampliada de APS, alicerçaram em maior ou menor grau as futuras reformas setoriais que se seguiriam em diversos países. É importante destacar que o contexto vivenciado neste período era de crise econômica e reforma do papel do Estado frente às políticas sociais, disseminada sob uma perspectiva neoliberal; além de um concomitante aumento dos gastos com os serviços de saúde, potencializados pelo modelo médico hegemônico, que em contrapartida não garantia melhores condições de saúde das populações (GIL, 2006). No bojo deste cenário, diferentes argumentos e interesses distintos de atores envolvidos no debate da saúde traziam a atenção primária e a promoção da saúde como soluções para a crise vivenciada pelo setor.

O curso deste processo, por sua vez, culminou em um marco para o debate da APS, durante a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde (1977), através da constituição de um consenso destacando como papel dos governantes e do Estado garantir um nível de saúde que permitisse a todos os cidadãos manter suas atividades diárias e capacidade de trabalho.

A “Saúde para Todos no Ano 2000” - nome dado à declaração resultante da Assembleia -, confere à APS importância e visibilidade novas até esse momento da história. Importância esta, corroborada no ano seguinte na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, cujo objetivo precípua foi discutir a promoção da saúde para todos os povos do mundo por meio dos cuidados

primários como modelo de reforma nos sistemas de serviços de saúde. Discutiram-se inclusive seus conceitos, princípios e abrangência. Nesta ocasião, os cuidados primários (no nosso entendimento, já com contornos do que chamamos hoje de APS) têm reafirmado seu destaque e são definidos como “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” (OMS, 1978 p. 1).

Neste sentido, além de afirmar os cuidados primários como “parte integral do sistema nacional de saúde”, conclui-se que esta seja o “primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”, que inclui cura, prevenção, promoção e reabilitação (OMS, 1978 p. 1), associando-a a uma concepção ampliada de saúde, que abarca oito elementos mínimos para condições adequadas de vida como educação, água potável e saneamento básico, alimentação de qualidade, assistência materno-infantil, prevenção e combate a doenças endêmicas, provimento de medicamentos essenciais e atendimento básico aos problemas de saúde.

Conill (2008), ao analisar o conteúdo proposto pela Declaração, sugere que este se articulava em torno de dois “polos”: expressava “respostas a necessidades de ordem econômica, política e social” (2008, p.2), cuja lógica permeava a racionalização das práticas e redução dos custos, porém também atendia às demandas de movimentos sociais e setoriais desse contexto, que visavam a democratização do acesso aos serviços, mudança da divisão do saber, ampliação da equipe e do acesso e controle social.

Fato que explicita estas diferentes leituras e a tendência a generalizações que se seguiu após Alma Ata é a organização por parte das grandes agências internacionais, de uma reunião em Bellagio (Itália), ainda em 1979. A conferência discutiu “projetos objetivos e bem delineados que garantissem um mínimo de segurança para investimentos externos” (MELLO et. al 2009, p.208). Ainda segundo Mello et al. (2009), o evento, que foi patrocinado pela Fundação Rockefeller, contou com a participação do Banco Mundial, UNICEF, Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA, a Fundação Ford e o Centro de Pesquisas e Desenvolvimento Internacional do Canadá, sob argumentos de preocupação com a abrangência e o custo das propostas da APS de Alma Ata. É nesta ocasião que nasce como proposta

e como conceito a Atenção Primária à Saúde seletiva, discutida em maior detalhe adiante.

A proposta de APS seletiva recebeu diversas críticas no que diz respeito ao caráter vertical dos programas de saúde, desarticulados da ideia de determinação social do processo saúde-doença, seletividade através de práticas que contemplavam uma cesta básica de serviços⁶ e focalização com oferta de serviços simples e de baixo custo direcionadas aos pobres.

Assim como referem Fausto e Matta (2007), em cenário de exacerbação da crise econômica global e incentivo por parte do Banco Mundial a programas seletivos de atenção à saúde, sobretudo para os países periféricos, houve adesão dos organismos de cooperação internacional no sentido de incentivar a implementação de políticas e de medidas convergentes com tal projeto nas reformas que se seguiram, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Como efeito deste debate, surgiram diferentes configurações de APS, mediadas por propostas ideológicas e políticas e saúde como direito essencial dos sujeitos e outras que pensavam a saúde pública como pacote de serviços básicos e via de redução da pobreza. Apontam-se duas concepções principais: uma delas a posiciona como porta de entrada do serviço de saúde, com atendimentos ambulatoriais, incluindo grande espectro de serviços clínicos, ações de saúde pública e promoção da saúde direcionadas à comunidade e a resolução de boa parte das demandas de saúde, além do potencial de ação sobre determinantes sociais - em consonância com a concepção abrangente de APS.

Outra concepção, designada por alguns autores como APS seletiva, traz a atenção primária como política focalizada, orientada apenas às classes de baixa renda, com cesta restrita de serviços e sem integração aos demais níveis de atenção, baixa densidade tecnológica, correspondendo à “uma tradução restrita dos objetivos preconizados em Alma Ata” (GIOVANELLA, 2008 p. S22; CONILL, 2008; MACINKO et al., 2003).

⁶ O Banco Mundial foi o principal disseminador da ideia de focalização da APS, ao defender uma cesta básica de serviços aos que não tivessem capacidade de pagamento, restrita no que tange a cobertura e a integração com a alguma rede assistencial. Difundia tais propostas sob argumentos de inviabilidade dos países manterem uma proposta de cunho ideológico e pretensiosa como a abrangente (BANCO MUNDIAL, 1993).

Conill e Fausto (2009) referem a dificuldade dos países da América Latina em conformarem serviços de APS integrados à rede assistencial, com garantia de fluxo dos usuários entre os demais níveis de assistência. As autoras apontam a tradição latino-americana de formação de sistemas de saúde fragmentados, com adoção de políticas seletivas e focalizadas nos pobres que reforçam a segmentação. Já os países da União Europeia, apesar de apresentarem cobertura praticamente universal e sistemas cuja organização e princípios em geral favorecem a formação de uma APS abrangente, apontam para uma dificuldade inerente de integração também nessas realidades. Cabe a reflexão acerca da tensão entre APS abrangente e seletiva e as limitações para a convivência desses dois modelos historicamente instituídos.

Visto que as medidas de corte neoliberal de incentivo a políticas sociais focalizadas e seletivas não têm dado conta de democratizar o acesso aos bens e serviços de saúde, cabe discutirmos novamente o ideário de Alta Ata, já que nos anos 2000 houve no plano internacional uma retomada do debate sobre a APS capitaneada, sobretudo, pela OMS e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Neste sentido, reforçamos as palavras de Fausto e Matta (2007 p. 52) ao citarem a posição da OMS em relação a APS, que propõe “revisitar a Conferência de Alta Ata, sugerindo um reavivamento dos princípios da APS formulados naquele momento.”

No entanto, a divisão entre as concepções de APS que se dará no decorrer do trabalho será somente para fins didáticos. Reconhecemos a coexistência de orientações abrangentes e seletivas no bojo de uma mesma realidade.

1.2 Atenção Primária à Saúde: concepções e perspectivas

A Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) é considerada hegemonicamente como marco do debate sobre APS abrangente, visto que esta considera aspectos relevantes do processo saúde-doença, como contexto sociocultural e econômico na distribuição dos agravos. Neste sentido, com base nos escritos da referida Declaração, é possível encontrar uma identificação com uma concepção ampliada de saúde que considera, em certa medida, a determinação social do processo de adoecimento.

Como já contextualizado anteriormente, há certo consenso sobre a influência de fatores sociais, culturais e econômicos no processo saúde-doença que refuta uma possível relação simplista de causa-efeito (GOLDBERG, 1990). Esta influência está expressa no texto da Declaração, ao reconhecer tanto a saúde como direito essencial a vida de qualquer cidadão, quanto a necessidade de intervenção de outros setores no processo saúde doença.

A saúde é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OPAS/OMS, 1978 p. 1).

A concepção de APS subjacente ao documento - ainda tratada como cuidados primários de saúde – é entendida como abrangendo “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal...” (OPAS/OMS, 1978 p. 1). Define, ainda, elementos advogados com frequência atualmente como o fato da APS representar o primeiro contato com o serviço de saúde, além da continuidade da assistência, ao referir que os cuidados primários são:

o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximadamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978 p. 1 e 2).

No entanto, esse processo não se dá de forma linear. As leituras e aplicações da APS variam ao longo da história, a julgar também os distintos contextos e particularidades.

Vuori (1986), a partir de um estudo de revisão de literatura anos após a Conferência de Alma Ata, destacou quatro facetas distintas e possíveis da atenção primária a saúde:

- A APS como pacote de serviços – definida por um conjunto de ações, como os oito elementos mínimos contidos na declaração de Alma Ata: educação para prevenção e promoção da saúde, distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, água potável e saneamento básico, atenção a saúde materno-

infantil, imunização para doenças prevalentes, prevenção de doenças endêmicas, tratamento adequado aos agravos comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

- A APS como nível de cuidado – entendida como o primeiro contato das pessoas quando recorrem aos serviços de saúde.
- A APS como estratégia – neste caso, valoriza-se a APS como estratégia para reorientação do modelo assistencial. Prioriza-se a acessibilidade, relevância para os problemas da população, participação da comunidade, custo-efetividade.
- A APS como filosofia que permeia o sistema – o autor refere esse sentido como a “essência” do movimento de atenção primária, o que implica em um sistema pautado pela igualdade, equidade, solidariedade e ancorado em um conceito ampliado de saúde.

Ainda no referido texto, afirma-se que um determinado país até poderia considerar ter uma APS se oferecesse ao menos o pacote de serviços que inclui os oito elementos mínimos para a saúde contidos na Declaração de Alma Ata, embora as únicas vantagens dessa interpretação fossem a concretude e simplicidade. O autor aponta ainda a desvantagem dessa interpretação simplificada, no sentido de tornar a APS irrelevante em relação ao sistema de saúde.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012 p. 579), “a concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades”. As autoras ressaltam ainda a importância da participação de outros setores para a consecução de tais propostas.

Consoantes com este pensamento, Matta e Morosini (2009 p. 25-26) afirmam que:

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano [...]

Para Viana e Fausto (2009) é somente a partir deste momento que se busca uma definição de APS, produzida através das várias experiências praticadas ao redor do mundo. As autoras afirmam ainda que sua definição, além de abrangente, agrega dois aspectos implícitos: “a APS como estratégia e como nível de atenção” (2009 p. 150-156).

Para contrapor à ideia de APS seletiva, com serviços desarticulados dos outros níveis de atenção, propõe-se a integração à rede assistencial, de modo a funcionar como porta de entrada do sistema de saúde. Ademais, a abordagem de outros setores que não somente a saúde, busca não limitar o escopo da APS ao primeiro nível, mas fortalecer a capacidade de intervenção na determinação social do processo saúde-doença.

Autores internacionais e nacionais têm ressaltado a importância da integração da APS aos demais níveis de cuidado, entre os atributos de uma atenção primária abrangente. Além dessa integração, é relevante a capacidade de coordenação da equipe de saúde no acompanhamento dos pacientes no itinerário dentro do sistema de saúde, exercendo função de filtro e referenciando os sujeitos aos serviços adequados a dar conta de demandas de saúde que extrapolam o escopo da APS (BOERMA, 2006).

Barbara Starfield (2002) elenca quatro atributos que deveriam orientar as práticas da APS e integrarem o processo de cuidado neste nível da assistência, sendo estes:

- Primeiro contato – ou “porta de entrada”, implica no atendimento cada vez que um novo problema de saúde demanda cuidados.
- Longitudinalidade – atenção prestada de forma contínua, ao longo do tempo, por uma equipe ou por um profissional a um determinado grupo de pessoas que “identifica uma fonte de atenção como sua.”
- Integralidade – demanda da atenção primária o reconhecimento de que o usuário deve receber atenção segundo as suas necessidades. Nesse sentido, quando o aparato tecnológico e profissional da atenção primária

não é o suficiente para tal, faz-se necessário o encaminhamento a outros níveis de atenção para resolução do problema⁷.

- Coordenação – entendida pela autora como fundamental para obtenção dos outros aspectos, pois viabiliza a longitudinalidade do cuidado. Problemas com esse atributo podem dificultar a integralidade e limitar a função de porta de entrada a questões administrativas. Significa, portanto, acompanhar a assistência do paciente vinculado à atenção primária, ainda que esteja recebendo os cuidados em outros níveis de atenção.

Mata e Ruiz (1993) incluem no escopo da APS a intersectorialidade, ao considerarem a saúde o resultado de múltiplos fatores, não limitados apenas às questões biológicas. Desta forma, faz-se necessário a ação de diversos setores da sociedade no enfrentamento das questões relacionadas ao processo saúde-doença que não abarcam somente profissionais de saúde e Estado.

Acreditar que a APS consiste em simplesmente oferecer um pacote de serviços a um determinado grupo da população é contrariar a essência de seus conceitos. Estes, por sua vez, trazem consigo um ideário transformador, cujo campo de ação transcende o setor saúde e perpassa pela intervenção em demais áreas e determinantes que provocam desigualdades injustas e evitáveis. Por isso, concordamos com Vuori (1986, p. 3) ao afirmar que “a country can claim to practise primary health care only if its entire health care system is characterized by: social justice and equality; international solidarity; self-responsibility; and an acceptance of a broad concept of health.”

Em consonância com tais afirmações, Atun (2004), salienta as vantagens evidenciadas em estudos recentes para os sistemas de saúde orientados para atenção primária em comparação aos serviços orientados para a atenção especializada, no sentido de garantir maior acesso, equidade, longitudinalidade e diminuição dos custos da assistência.

⁷ No Brasil, a noção de integralidade vem sendo discutida em uma perspectiva ainda mais abrangente para designar os seus diferentes sentidos: a construção da política, a organização dos serviços e a dimensão das práticas (MATTOS, 2004; PINHEIRO et al., 2009). Ademais, Pinheiro et al. (2007) reconhecem que um dos maiores desafios da integralidade está na garantia do acesso aos demais níveis assistenciais do sistema de saúde. .

A expectativa de que a APS funcione como primeiro contato com o serviço de saúde e, em função disso, dê conta de parte das demandas no âmbito local, sem utilização desnecessária e exacerbada de tecnologias duras⁸, pode, no entanto, favorecer uma leitura limitada de seus princípios e atribuições precípuas. O discurso da redução dos gastos com saúde, a racionalização na utilização dos recursos, estímulo ao uso de tecnologias leves e relacionais, pode ser apropriado facilmente pelo ideário neoliberal, com vistas à redução dos gastos com políticas sociais, sobretudo de saúde. Quando o formulador de políticas conduz a sua interpretação nesta perspectiva reducionista, a APS tende a assumir características restritas e perder, em maior ou menor grau, seu potencial efetivo na garantia do direito a saúde.

Diante de tais argumentos, cabe questionar acerca de qual atenção primária é sugerida como solução para o setor saúde. Além disso, que países buscam de fato uma APS abrangente?

Não existe um modelo perfeito de APS, visto que diversos fatores influenciam e interferem tanto na elaboração das políticas quanto em sua implementação e avaliação. Ademais, os sistemas de saúde em diferentes países são permeáveis a características relacionadas à dimensão cultural, social, histórica e política. Sendo assim, não há um sistema de saúde que seja igual a outro, tampouco serviços de atenção primária semelhantes em países diferentes, tal como refere Starfield (2002).

Em um país continental como o Brasil, os contextos históricos, políticos e sociais de cada região se configuram como importantes desafios para implementação da atenção primária ancorada em princípios do SUS, como acesso universal, integralidade e equidade. A imensa desigualdade social e diferenças importantes inter-regionais no que diz respeito à distribuição de renda e oferta de bens e serviços de saúde reforçam estes desafios e colocam novas questões, à medida que se amplia a cobertura dos serviços de saúde (PAIM, 2006).

1.3. Atenção Primária à Saúde no Brasil

⁸ Sobre a discussão acerca de tecnologias duras, leves e leve-duras, ver Merhy e Franco (2003).

Breve histórico

A análise da trajetória da AB no Brasil implica considerar, entre outros elementos, “a época, os atores sociais envolvidos, a cultura e as finalidades do sistema de saúde com base no qual procuramos definir a APS” (FAUSTO E MATTA, 2005 p. 47).

Neste sentido, busca-se nesse item aproximar os conceitos anteriormente abordados de APS das experiências vivenciadas no contexto brasileiro. Para tanto, cabe referir o cenário extremamente diverso, no que diz respeito principalmente à arena política do país ao longo do século passado.

O convênio por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), firmado em 1942 no curso da Segunda Guerra Mundial, representa uma das bases da APS no Brasil (FAUSTO, 2005). As ações influenciadas pelos Estados Unidos incorporavam seus moldes clássicos de medicina preventiva e comunitária. Características como hierarquização, regionalização, assistência ambulatorial e domiciliar, referência para internação hospitalar e serviços de urgência são algumas destas características que explicitam aproximações desta experiência ao que pensamos hoje como atributos da APS.

Fausto e Matta (2007, p. 53) salientam que

[...] as ações desenvolvidas pelo Sesp tinham como base um programa integrado, compreensivo, que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos [...] Entretanto, a atuação do Sesp limitava-se às áreas estratégicas e configurava-se como ações centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde.

Entretanto, os interesses envolvidos nessa cooperação entre o governo brasileiro e o estadunidense perpassavam por “proporcionar apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que naquela época eram relevantes para o Brasil em suas relações internacionais” (FAUSTO E MATTA, 2007 p. 54). No contexto da segunda guerra mundial, o país era importante exportador de borracha amazônica e minérios de Goiás e do Vale do Rio Doce, o que justifica o interesse da

Fundação Rockefeller e dos Estados Unidos na produção de saúde nas áreas onde se davam a extração de tais matérias primas.

Ao longo das duas décadas que se seguiram, a política de saúde brasileira não sofreu mudanças no sentido de inferir novos contornos ao modelo de atenção do país. A assistência médica continuou sendo atribuição da previdência e o sanitarismo campanhista, tratado neste trabalho, persistiu como orientação precípua das ações do Ministério da Educação e Saúde Pública e, posteriormente, do Ministério da Saúde criado em 1953 (FAUSTO, 2005).

Todavia, no âmbito dos conflitos, segundo Escorel e Moreira (2012, p. 307), já a partir da redemocratização pós-varguista em 1946, figura uma polêmica acerca do melhor modelo de atenção, sobretudo a partir da emergência de críticas ao próprio Sesp⁹, além do debate acerca da criação de um ministério da saúde independente. Estes afirmam ainda que “por trás da disputa verbal de qual seria a melhor organização institucional, existiam projetos políticos e de saúde diferenciados.”

Na primeira metade da década de 1960, as críticas ao modelo de atenção vigente e às contradições oriundas da dualidade entre assistência médica e prevenção ganham contornos favoráveis, impulsionados pelo movimento dos sanitaristas desenvolvimentistas, e explicitam a incapacidade dos serviços de saúde de lidar com os problemas que surgem como demandas da sociedade.

O ideário trazido pelo sanitarismo desenvolvimentista era de que a saúde de uma população dependia, “em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região.” (SCOREL e MOREIRA, 2012, p. 310) e, portanto as ações campanhistas e verticais cunhadas pelo modelo vigente no referido período, na maior parte das vezes, de nada adiantariam se não considerassem tal dimensão. As propostas que abarcavam a extensão da cobertura dos serviços de saúde, orientados para as necessidades do país e conduzidos por um modelo nacional de saúde – a considerar o contexto em que estas surgem – revelam uma abrangência auspiciosa e contra hegemônica, inclusive com proximidades com termos da Declaração de Alta-Ata que só seria elaborada quinze anos mais tarde.

⁹ As críticas ao modelo Sesp “estavam centradas no fato de que o modelo era de alto custo, de estrutura sofisticada e elevada qualificação de pessoal e com reduzido impacto de ação em locais de baixa densidade populacional e de pequena importância econômico-social.” (SCOREL e MOREIRA, 2012, p. 310).

Encontram-se na literatura, portanto, proximidades com a APS tanto no modelo cunhado pelo Sesp a partir de 1942, quanto nas críticas que se fizeram a este mesmo modelo pelos sanitaristas desenvolvimentistas. Isso sugere a complexidade dos serviços de saúde brasileiros e do próprio nascimento das práticas de atenção primária que precederam o nosso modelo atual de reorientação.

Ainda no curso da década de 1960, no que diz respeito às referidas propostas contra hegemônicas, podemos citar o XV Congresso de Higiene, que inaugurou no cenário nacional um conceito ampliado de saúde apresentado pelo então ministro Souto Maior. Na ocasião, além da proposta de uma nova política sanitária, a saúde da população foi associada às condições globais de trabalho. Ademais, admitiu-se a relação entre pobreza e doença, e a necessidade de reformas estruturais da sociedade com fins a obter melhorias na distribuição das riquezas.

Em 1963, o novo ministro da saúde Wilson Fadul encaminha ao presidente João Goulart o pedido de convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com os encaminhamentos do XV Congresso de Higiene lhe servindo de justificativa para tal. O objetivo desta reunião administrativa que perpassava pela aprovação de programas de saúde e os temas¹⁰ nela debatidos sugeriam a conformação, no nível dos municípios, de sistemas de saúde orientados para atenção primária e integrados a uma rede de assistência que buscasse garantir, inclusive, serviços médico-hospitalares (SCOREL e MOREIRA, 2012).

O protagonismo de propostas progressistas como estas, que abarcavam, entre outros fatores, a distribuição equitativa de riquezas, reformas estruturais da sociedade, cobertura de serviços básicos de saúde à toda a população e a admissão de um conceito de saúde que englobava elementos fundamentais do contexto social não agradavam os setores conservadores brasileiros. No bojo destes e de outros conflitos políticos, a “ameaça comunista” justificou o golpe militar de 1º de abril de

¹⁰ O objetivo da 3ª CNS foi examinar a situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorressem para o desenvolvimento econômico do país (Brasil, 1991, p. 7 apud Scorel e Moreira, 2012). Já seus temas debatidos foram: situação sanitária da população brasileira; Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, Municipalização dos serviços de saúde e Fixação de um plano nacional de saúde.

Para melhor análise deste processo, ver “A atenção primária no período anterior ao Sistema Único de Saúde”, capítulo da tese de doutorado de Márcia Fausto, 2005.

1964 e o início de um governo autoritário que se estenderia até a metade da década de 80.

Não obstante a orientação do Estado brasileiro tenha assumido neste período um modelo de desenvolvimento que privilegiasse a acumulação capitalista, é possível notar, em maior ou menor grau – a depender do contexto – a retomada do debate acerca dos eixos discutidos na 3ª CNS (Fausto, 2005) e o surgimento de experiências locais que contemplavam alguns dos aspectos fundantes da APS.

As experiências alternativas na ditadura militar: a extensão focalizada da cobertura e a construção de um ideário contra-hegemônico

Em um cenário de acirramento da ditadura militar, passados quatro anos do golpe, a reforma universitária propôs a criação de Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) em todas as faculdades de medicina do país. Neste contexto, a partir de 1968 cenários de reformulação teórica das práticas médicas foram criados nestes departamentos a partir do referencial da medicina integral e de família. Ademais, como campo de formação médica, alguns programas de residência deram início a uma gama de experiências alternativas locais de medicina comunitária, que contrapunham a lógica assistencial vigente e a própria prática médica (SCOREL e MOREIRA, 2012).

Essas experiências pontuais, geralmente delimitadas a determinados locais, são desde então estimuladas e legitimadas pelo discurso internacional dos organismos multilaterais. A proposta destes, por sua vez, era de programas “pobres para os pobres”, racionalizadores, com a oferta de serviços básicos de saúde e a utilização de atores locais sem formação específica para a solução de problemas da própria comunidade e envolvimento com as ações sanitárias, ancorados na medicina preventiva e comunitária.

Em contrapartida, foi também no seio de determinados DMP brasileiros com os programas de integração docente assistencial, que ganhou projeção a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde. Esta perspectiva, ancorada no materialismo histórico e dialético marxista considerava a determinação social e

econômica na distribuição das doenças e agravos entre as classes sociais e apontava o modelo preventivista americano como insuficiente para responder à complexidade das questões permeadas pelo processo saúde-doença (ESCOREL et al. 2005).

O movimento sanitário brasileiro, que levou a constituição do SUS, pensado como movimento ideológico, tem seu pilar universitário nestas experiências, que além de vislumbrar a democratização da saúde sob a égide do pensamento médico-social¹¹, possibilitou a construção de práticas contra hegemônicas por meio de programas de extensão da cobertura que serviram como base para as experiências institucionais encampadas nos anos seguintes.

Segundo Fausto (2005, p. 31) “não havia consenso em torno das propostas advindas desses programas.” Ao passo que determinadas experiências seguiam exatamente o que se propunha por agências internacionais como Fundação Kellogg’s, Rockefeller, Ford e outras, algumas delas formavam profissionais que produziam sérias críticas ao modelo vigente em questão.

Nesse contexto, com tais programas docente-assistenciais em curso, a atenção primária assume papel importante na oferta de serviços de saúde e evidencia a necessidade de estar articulada com outros níveis de atenção e recursos em saúde. Ademais, evidenciava a precária distribuição dos serviços públicos em saúde para determinado segmento da população e possibilitava uma prática em saúde contra hegemônica diante da orientação política do Estado à época.

Entre as propostas institucionalizadas que pautavam a atenção primária com protagonismo, o Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saneamento e Saúde (Piass) foram as que implementadas, obtiveram mais sucesso no sentido de possibilitar alguma forma alternativa de organização dos serviços em detrimento da hegemônica historicamente.

O Projeto Montes Claros (1975-1977), viabilizado pelo Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde é considerado a experiência prática de que a Reforma Sanitária seria possível (Escorel, 2005). Nele, princípios como hierarquização, universalização, integralidade, administração democrática e eficiente

¹¹ Pensamento usado pela Saúde Coletiva brasileira, ancorado na determinação social das doenças enunciado por autores europeus como Rudolf Virchow, Solomon Neumann e Rudolf Leubuscher (Fausto, 2005).

e regionalização eram permeados pela valorização da abordagem médico-social e da saúde como prática política.

O Piass (1975-1981), por sua vez, foi a proposta de maior abrangência e se estendeu por dez estados, exatamente por aspirar a legitimidade do governo autoritário através da expansão da cobertura de serviços de saúde para o interior. Concentrou sua abrangência no nordeste brasileiro, sobretudo em áreas de pouco interesse das empresas da saúde, o que evitava o conflito com o setor privatizante da prática médica. Ao expandir ações básicas de saúde e saneamento e deparar-se com a dificuldade financeira e operacional de sustentar o projeto sem integração a uma rede assistencial de saúde que garantisse acesso a outros níveis de assistência, incorporou o PMC e adotou suas práticas como exemplo, favorecendo a expansão de um modelo contra hegemônico de organização da saúde (ESCOREL, 2005).

Segundo Escorel (2005, p. 71) “o Piass uniu uma abordagem médico-social ao pensamento sanitaria desenvolvimentista”, além de favorecer o avanço do movimento sanitário. No interior de práticas disseminadas e apoiadas por organismos internacionais, que pretendiam entre outros elementos, a focalização e seletividade, nascem experiências centradas na APS de concepção abrangente que, além de pensar sob uma nova forma a organização dos serviços de saúde, afloram o debate e as críticas ao modelo biomédico e limitado da medicina preventiva.

O fim do Piass se dá concomitante a sua incorporação pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que propunha uma reforma no sistema nacional de saúde através da universalização dos cuidados primários em saúde. Além disso, preconizava para tal, a integração dos serviços de saúde e descentralização.

O PREV-SAÚDE tinha influências do contexto nacional, após a realização da 7ª CNS em 1980, que teve como tema central a “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” e também do contexto internacional devido à meta “Saúde Para Todos no ano 2000” cunhada em Alma-Ata dois anos antes. Não obstante permeada por uma proposta ambiciosa de articulação entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social na oferta de serviços básicos de saúde para todos, o ideário do PREV-SAÚDE conflitava diretamente com interesses privatistas e por isso, mesmo após diversas revisões, jamais deixou de ser projeto para ser incorporado oficialmente.

A crise previdenciária, por sua vez, permanecia. O esgotamento das possibilidades de manutenção do sistema previdenciário induziu a criação do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP), instância normativa responsável por definir medidas que viabilizassem a contenção dos gastos, principalmente aqueles relacionados a assistência médica.

Entre estas medidas surge como proposta as Ações Integradas de Saúde (AIS), que induziram uma expansão da rede pública ambulatorial com descentralização da prestação de serviços. Segundo Fausto (2005, p. 38) “as AIS assumiram a perspectiva da universalização da atenção básica acompanhada de integração, regionalização e hierarquização das ações de saúde”, além de tornar o debate acerca da atenção primária como central na arena política, pois demandavam articulação com outros níveis de atenção.

Nos anos que se seguiram, o contexto político brasileiro dá espaço aos debates pela redemocratização e fim do regime autoritário. No âmbito da saúde, as questões mais amplas, centrais na realização da 8ª CNS em 1986, desenhavam o que seriam os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e a atenção primária perde centralidade no debate político, ficando a cargo somente dos programas verticais da saúde da criança, da mulher, de imunizações (PAISC, PAISM, PNI)¹², entre outros, chamados integrais do Ministério da Saúde¹³. Neste sentido, a atenção primária só retomaria protagonismo no cenário político brasileiro novamente na década de 1990.

Para situarmo-nos no cenário, vale lembrar algumas questões que, ainda que não sejam o objetivo da nossa discussão, estão imbricadas ao modelo de atenção primária atual.

A promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde dois anos depois foram imprescindíveis para a condução do sistema de saúde. Nestes textos estão presentes os princípios do SUS e suas diretrizes organizativas. Embora a APS não tenha tido destaque entre essas diretrizes, a integralidade, universalização e equidade estão amplamente conectadas com elementos da APS abrangente que influenciaram, em certa medida, a política atual de organização da atenção básica.

¹² Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Programa Nacional de Imunizações, respectivamente.

¹³ Para melhor compreensão deste processo, ver Fausto (2005).

Acerca destes antecedentes e conjuntura na qual as políticas de reforma se deram após a redemocratização, Viana e Dal Poz (1998) abordam o contexto político, econômico, demográfico e epidemiológico dos anos 1990. A instabilidade econômica e os ajustes de corte neoliberal, as transições demográfica e epidemiológica e as mudanças políticas após a promulgação da lei 8.080/90 e das Normas Operacionais Básicas (NOB) são alguns elementos que, segundo os autores, marcaram a implementação das políticas que se seguiram.

O retorno da atenção primária ao cenário político brasileiro tem início, ainda que incipiente, já em 1991 com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), construído sob influência das experiências alternativas, sobretudo no Ceará, com objetivo principal de reduzir a mortalidade infantil e materna. O diferencial do programa é a abordagem da família como elemento central do cuidado e o funcionamento sob a lógica de área de cobertura, com agentes locais coordenados por enfermeiros que realizam visitas domiciliares mensais e identificam possíveis necessidades de saúde.

Ainda de acordo com Viana e Dal Poz (1998) este programa pode ser considerado precursor do Programa de Saúde da Família (PSF), pois introduz elementos importantes na oferta dos serviços, que alicerçaram também a formulação posterior do PSF, como cuidado centrado na família e comunidade, além da organização da demanda por busca ativa e não mais por demanda espontânea.

O PSF, instituído três anos depois, em 1994, deu início a outros debates fundamentais para a atenção primária brasileira que versavam acerca da equipe de saúde mínima para execução de serviços na atenção básica, além dos riscos para a focalização da política em consonância com os modelos propostos pelos organismos internacionais e Banco Mundial. O debate nesse contexto abre precedentes importantes para a crítica ao modelo proposto para reorientação dos serviços de saúde.

Em termos institucionais e normativos, é a partir da NOB 01/1996 que a atenção primária ganha destaque, sobretudo devido ao Piso da Atenção Básica (PAB), que determinava a transferência de recursos *per capita* para os municípios executarem ações básicas de saúde, além da dimensão “variável” do PAB, com valores adicionais transferidos aos municípios que desenvolvessem ações específicas incluídas no escopo da atenção básica (VIANA e DAL POZ, 1998).

Na segunda metade da década de 1990 o PSF assumiu centralidade na política do MS de reorientação da atenção básica e também do modelo assistencial vigente, referido pelo próprio ministério como sendo centrado na doença e incapaz de resolver os problemas de saúde.

O PSF, desde seu nascedouro como política social/de saúde, enfrenta críticas e está interpretado sob diversas leituras. Entre estas, há aquelas que salientam para seu potencial focalizador, em consonância com o discurso disseminado pelos organismos internacionais e Banco Mundial e ainda as que questionam sua capacidade de reorientação do modelo assistencial. Este debate é elucidado por Fausto (2005), que além destas, enuncia alguns autores que apontam elementos fortalecedores desta política, os avanços obtidos a duras penas ao longo dos últimos anos e proposições alternativas para melhor enfrentamento dos problemas de saúde no âmbito do PSF.

O modelo “Saúde da Família” como reorganizador da Atenção Primária brasileira

Entre o final da década de 1990 e início dos anos 2000, muitos documentos oficiais passam a tratar da atenção básica brasileira como política de orientação do modelo assistencial vigente e abordam ainda questões referentes a seu funcionamento e organização, o que permite caracterizar a proposta de atenção básica que se disseminava e os conceitos a ela subjacentes.

Entre estes documentos, pode-se elencar a NOB 01/96, o Manual da Atenção Básica (Brasil, 1999) e a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002. Destaca-se ainda a Política Nacional de Atenção Básica nas versões de 2006 e 2011.

O Manual da AB expressa tanto a centralidade da atenção básica para reorientação do modelo assistencial vigente, quanto um conceito de saúde amplo, ao incorporar à AB os princípios do SUS. O documento se refere a AB como um “conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos

sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999 p. 9).

Para entendermos que modelo de AB o manual preconizava – centrado no Programa de Saúde da Família --, cabe a análise do Quadro 1 elaborado por Fausto (2005), a partir das informações contidas no documento acerca das características do programa.

Quadro 1 Características do Programa Saúde da Família

Características do Programa Saúde da Família – PSF
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação social. ▪ Concepção de integração com a comunidade: atenção centrada na família entendida e percebida em seu ambiente físico e social; família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo. ▪ Prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família; ▪ Processo de trabalho centrado na vigilância à saúde: organização da demanda baseada na visão ativa de intervenção em saúde – agir de maneira preventiva; ▪ Nível primário de atenção: Unidade de Saúde da Família (USF) composta por equipe multiprofissional (mínima) formada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Outros profissionais poderão compor a equipe; ▪ Territorialização e adscrição de clientela: recomenda-se uma equipe para no máximo quatro mil e quinhentas (4.500) pessoas; ▪ Prevê educação continuada das equipes envolvidas com o programa.

Fonte: extraído de FAUSTO, (2005, p. 187)

No que diz respeito aos atributos da APS, sob uma concepção abrangente, é possível arriscar que o PSF, neste contexto, se propõe com audácia ao cumprimento de pelo menos dois destes, além de enunciar o compromisso com os princípios do SUS.

- Cuidado centrado na família e orientado para a comunidade – mencionada no item número dois.
- Longitudinalidade do cuidado – ao propor territorialização e adscrição de clientela e aspirar integração com a comunidade na qual a unidade está inserida.

No que diz respeito à “Integração com a rede assistencial” e demais níveis de complexidade, a referência é feita posteriormente na NOAS 01/2001, ao reforçar a atenção básica como central na política nacional de saúde. A norma traz como objetivo central “promover a equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” e propõe a formação de sistemas regionalizados e integrados como medida de enfrentamento da estrutura segmentada característica do sistema de saúde brasileiro.

Segundo Fausto (2005, p.188) a AB assumida como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente “deve estar integrada com os demais recursos existentes nos demais níveis de complexidade do sistema de saúde”. Além disso, não basta integrar a AB aos outros níveis de complexidade se estes não estiverem munidos de estrutura e profissionais para absorver a demanda referenciada.

Neste sentido, pensar a integração da AB a rede assistencial, com sistema de referência e contra-referência mediando o contato entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais é aspirar outro elemento considerado fundante da dimensão abrangente da AB, a coordenação do cuidado.

Em estudo realizado por Escorel et al. (2007), os constrangimentos acerca da integração dos níveis assistenciais mediada pela comunicação através da referência e contra-referência são evidenciados não só pelos usuários, mas também pelos profissionais e gestores.

Ao questionarem as famílias quanto ao sucesso na marcação e realização dos exames solicitados pela USF, esse dado é ainda mais intrigante. Em cinco dos oito municípios estudados, menos da metade das famílias informam sucesso na realização

desses procedimentos. Isso, indubitavelmente, impõe limites até mesmo quanto à consolidação da USF como porta de entrada preferencial dos usuários.

Pensar em uma APS abrangente no bojo de um sistema de saúde em essência contraditório como o caso brasileiro é ainda mais audacioso. As limitações impostas pela convivência de interesses do mercado da saúde disputam cenário com as contradições inerentes ao setor, que permeiam a luta pela garantia do direito frente a iniquidade na distribuição de recursos e serviços entre as regiões do país, subfinanciamento público, medicalização da saúde, incorporação tecnológica, entre inúmeros outros.

Muitos desafios se colocam diante da tentativa de implementação de uma política que busca, entre outras coisas, reorientar – a partir da atenção básica – o modelo assistencial vigente, historicamente construído e consolidado no Brasil. Muitos outros desafios permanecem diante das propostas de condução da estratégia de organização dos serviços de atenção básica, que se aproximou, ainda que timidamente, de uma concepção abrangente de APS entre as décadas de 1990 e o início do ano 2000, até adoção formal de um conceito abrangente no documento da Política Nacional de Atenção Básica em 2006.

A Política Nacional de Atenção Básica: mudanças tímidas entre 2006 e 2011

Entre 2000 e 2005 o MS divulgou 31 publicações relevantes acerca do funcionamento da AB, entre leis, decretos, portarias e resoluções (Fausto, 2005). As mudanças e continuidades promovidas por estas iniciativas, Segundo Fausto (2005), não significavam alterações no modelo de AB que se pretendia para o país, onde o PSF representava o “carro chefe”.

Em 2006, no entanto, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB brasileira foi definida com moldes explicitamente abrangentes e o reforço desse modelo como prioritário para conduzir a reorientação do modelo assistencial.

Na PNAB (BRASIL, 2006) a AB é definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. A proposta compreende elementos de inovação ao se afirmar que a APS é desenvolvida:

por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006 p. 10).

Ademais, o documento enfatiza a AB como contato preferencial dos usuários com a rede assistencial de saúde e aponta como seus princípios a universalidade, a acessibilidade, integralidade, equidade, participação e controle social, humanização, vínculo, coordenação e continuidade.

Ao ressaltar a singularidade de cada ser humano e valorizar seu contato com o meio sociocultural, reitera-se a Saúde da Família (SF) como “estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.10-11).

Entretanto, uma das questões levantadas ao longo de todo o período de implementação do PSF permaneceu em voga após a aprovação da PNAB 2006 e merece figurar a nossa discussão por envolver, inclusive, a dimensão da integralidade entre os argumentos. A conformação de um modelo mínimo de equipe de SF limitava o escopo de ações da AB.

A pressão por parte de outras categorias pela incorporação à equipe de SF e a diversidade de um país continental como o Brasil eram desafios importantes para o modelo induzido pelo governo e permeava boa parte das críticas ao PSF como estratégia preferencial para organização da AB¹⁴.

Com acirramento das críticas e a limitação evidenciada de intervenção do PSF de maneira intersetorial e interdisciplinar, a partir de 2008, instituem-se os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) em resposta a debates representando diferentes

¹⁴ Na atualização da PNAB em 2011, a atribuição das secretarias municipais de aderir ao modelo de Saúde da Família muda de “preferencial” para “prioritária”.

visões, que já aconteciam nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e CNS desde 2003 (Castro e Machado, 2012).

Segundo Castro e Machado (2012 p. 492), as propostas relativas à composição de equipes de SF, debatidas previamente entre 2003 e 2005 foram:

“equipes em transição para a estratégia de saúde da Família” e “equipes Matriciais”. As primeiras tinham como objetivo induzir a transição para a esf a partir da rede existente, que contava com profissionais de diferentes especialidades. Já a segunda visava à resolutividade, no âmbito da atenção básica, de questões referentes à saúde mental, reabilitação, atividades físicas e práticas complementares (CASTRO E MACHADO, 2012 p. 492).

Elementos relevantes às duas propostas foram retomados posteriormente na PNAB 2011, como discutiremos a seguir. No entanto as “equipes matriciais”, instituídas a partir da aprovação do NASF deram respostas parciais a antigas questões inferidas ao modelo do PSF. A primeira delas foi “ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de saúde da Família na rede de serviços” (BRASIL, 2008 p. 1).

Outra questão foi institucionalizar a participação de outras categorias profissionais no âmbito da AB, em certa medida preocupadas com a integralidade da assistência, porém eventualmente apoiadas em demandas corporativistas de inserção profissional (Castro e Machado, 2012).

Neste contexto, a partir de 2006 o governo reafirma seu modelo preferencial como sendo o “Saúde da Família” e desta forma reforça a expansão dos serviços sob a égide de um conceito ampliado, pautado em elementos discutidos por autores internacionais e nacionais que caracterizam uma APS abrangente.

Mudanças incrementais importantes na organização da AB aconteceram entre 2006 e 2011 (ano de publicação da revisão da Política Nacional de Atenção Básica). Entre elas, pode-se comentar a instituição do NASF como relevante medida de apoio às equipes de Saúde da Família no enfrentamento às demandas locais.

Já a PNAB 2011, por sua vez, traz poucas alterações no que diz respeito ao conceito de AB contido no documento anterior. Apesar de mergulho mais profundo na explicação de cada um dos cinco fundamentos da AB (Territorialização, universalidade, adscrição de clientela e vínculo, coordenação na assistência integral,

e estímulo a participação e controle social), a perspectiva de APS permanece abrangente e audaciosa.

A Tabela 1 resume os principais aspectos conceituais e concepções contidas em alguns dos documentos oficiais sobre APS desde 2008.

Tabela 1 Concepções e diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde presentes em documentos do Ministério da Saúde, 1995 a 2011

Documento	Ano de publicação	Conteúdo relativo a APS
NOB-96	1998	Cita <i>Saúde da Família</i> . Aponta para a reordenação do modelo de atenção centrada não apenas no financiamento, mas também nos resultados esperados, destaca a importância de vínculo entre serviços e usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunidade; ressalta a integralidade das ações e necessidade de incorporar no modelo clínico, o modelo epidemiológico. Explicita financiamento ao PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Utiliza os termos serviços básicos e ações básicas, mas não fala explicitamente em Atenção Básica. Não faz referência à Atenção Primária à Saúde e nível primário de atenção.
Saúde da Família no Brasil: Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002	1999	No documento, trata a <i>Atenção Básica</i> na perspectiva da organização dos serviços de saúde do âmbito municipal.
Manual da Atenção Básica	1999	Propõe ações para orientar a organização da <i>Atenção Básica</i> nos municípios.

O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde	2000	Resgata e contextualiza historicamente a Conferência de Alma Ata e os conceitos de <i>Atenção Primária e cuidados primários de saúde</i> ; a Carta de Otawa e a Promoção da Saúde, apresentando sucintamente as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde; a 8a CNS, a criação do SUS, a descentralização e participação e, ao falar da <i>Atenção Básica à Saúde</i> , os termos atenção primária, assistência primária, ações do primeiro nível de assistência e atenção básica são tratados como sinônimos. Ao discorrer sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PSF predomina a fala sobre a Atenção Básica.
Guia Prático de Implantação do Programa Saúde de saúde da Família (PSF)	2001	Faz referência aos <i>serviços básicos de saúde</i> e à <i>rede básica</i> como integrante da rede de saúde. Em todo o documento, trata <i>da Família (PSF)</i> a Atenção Básica na perspectiva da organização dos serviços de saúde no município.
Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/01	2002	O documento utiliza o conceito de <i>Atenção Básica</i> na perspectiva de organização dos serviços, trata especificamente da proposta de estruturação da rede de serviços. Em todo o documento, não faz uma referência sequer ao PSF.
Política Nacional de Atenção Básica	2006	O documento utiliza o conceito de Atenção Básica ancorados nos fundamentos: acesso universal, integralidade em seus vários aspectos, vínculo e longitudinalidade do cuidado, formação e capacitação dos profissionais de saúde, avaliação e acompanhamento dos resultados, participação popular e controle social.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família Portaria nº 154	2009	Documento aborda as diretrizes do NASF como apoio matricial ao PSF e utiliza o conceito de Atenção Primária à Saúde sistematizado por Bárbara Starfield e se refere ao PSF como modelo brasileiro de APS.
Política Nacional de Atenção Básica	2011	O documento trata como sinônimos a Atenção Básica e a Atenção Primária à Saúde e atualiza os fundamentos da APS: território adstrito, acesso universal e contínuo, vínculo e adscrição de clientela, coordenação da integralidade, estímulo a participação dos usuários. Ademais refere que a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Fonte: Adaptado de Gil (2006); BRASIL (2009); BRASIL (2006); BRASIL (2012).

As inovações significativas entre as PNAB 2006 e 2011 estão no financiamento, sobretudo na inclusão de recursos para implantação de programas específicos como: NASF (1 e 2); Equipes do Consultório de Rua (ECR) para atendimento da população em situação de rua e na criação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais (eSFR e eSFF) para atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense; além de recursos condicionados a resultados da avaliação do acesso e da qualidade através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ademais, houve alterações na carga horária do profissional médico, atribuindo maior flexibilização, com possibilidade de vinculação com vinte, trinta e quarenta horas semanais¹⁵.

¹⁵ A Portaria nº 2027 de 25 de Agosto de 2011 (dois meses da publicação PNAB 2011), já dispõe, entre outros aspectos, sobre a flexibilização da carga horário do profissional médico da Estratégia de Saúde da Família.

Indubitavelmente, cabe discussão acerca destas alterações, tanto no sentido de reconhecer as inovações positivas, quanto as negativas, o que requer estudos de implementação específicos.

Destaca-se que a realidade de implementação da política no cenário dos diversos municípios brasileiros nem sempre traduz os preceitos contidos nos documentos oficiais. Os constrangimentos (limitações, tolhimentos, cerceamentos) impostos para efetivação de elementos como integralidade da assistência, coordenação do cuidado e estabelecimento da AB como porta de entrada preferencial ainda não foram superados de maneira a garantir afirmação de que a mesma seja de fato abrangente.

2. Metodologia

Realizou-se um estudo de caráter predominantemente qualitativo, que investigou a política de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro, com atenção para o modelo de gestão e o modelo de organização dos serviços, entre 2009 e 2013. Trata-se, portanto, de um estudo de caso voltado para a conjuntura recente, que buscou compreender o contexto específico do município, considerando algumas especificidades históricas e a importância política, econômica, social e cultural da Cidade do Rio de Janeiro no cenário nacional.

Assim como afirmam Baptista e Mattos (2011 p. 67 - 68), “recorrer à história não significa esgotá-la”. Nesse sentido, os elementos históricos que foram apontados neste estudo são aqueles que interferem na conformação do sistema de saúde e na formulação e condução da política recente de AB do município.

A política de saúde, em linhas gerais, está permeada pela influência da dimensão histórica, além de ser condicionada por variáveis e forças políticas que envolvem sujeitos e disputas diversas. No caso específico deste estudo, não se objetivou analisar a história do município, bem como do setor saúde e da AB, mas considerar fatos e passagens que possam ter contribuído para os moldes atuais da política de AB do MRJ.

O recorte temporal que constitui o objeto deste estudo, que se inicia em 2009, coincide com o início da chamada “reforma” da AB municipal através da estruturação de um aparato normativo e legal para a posterior expansão dos serviços ofertados no primeiro nível de atenção. Terminamos a análise em 2013, tanto por conta do espaço temporal para realização do mestrado, quanto por considerarmos um intervalo satisfatório, com informações suficientes para compreendermos os enunciados da política, bem como as justificativas que fundamentaram sua implementação.

O discurso oficial da política (ou sua aparência), aqui entendido como o conjunto de diretrizes e estratégias expressos na fala dos sujeitos envolvidos no debate, os documentos oficiais referentes à política, dados oficiais publicados a partir de sua implementação, foram fontes imprescindíveis para esta análise. Buscou-se compreender parte de sua essência enquanto política, ou seja, identificar elementos que a caracterizam e que não configuram o discurso oficial.

Foram utilizadas as seguintes dimensões de análise para a pesquisa:

- Enunciado e estratégias da política de AB do município a partir de 2009 - concepções de AB presente nos documentos e discursos oficiais; objetivos e justificativas para formulação da política de AB a partir de 2009; mudanças engendradas no enunciado da política entre de 2009 e 2013.
- Organização da AB – forma de organização dos serviços de AB a partir de 2009; estrutura dos serviços; tipos de serviços de atenção básica; escopo das ações ofertadas; articulação entre os serviços e inserção da AB no sistema de saúde; distribuição e oferta de serviços, funcionamento das unidades, formação profissional dos membros da equipe e processo de trabalho, gestão do trabalho e perspectiva dos usuários.
- Modelo de gestão adotado para AB – características principais do modelo de gestão adotado; relação do poder público com as Organizações Sociais; formas de pactuação e acompanhamento dos contratos de gestão.

Foi imprescindível a compreensão e análise do “enunciado e estratégias da política de AB do município entre 2009 e 2013” e, desta forma, a sua definição como categoria de análise, no sentido de detalhar características da política, considerando as inúmeras transformações inferidas ao sistema de saúde após sua implementação.

A dimensão “organização da AB” foi utilizada, de modo a explicitar as características organizativas da AB no caso do MRJ após as recentes mudanças. Neste cenário, pretendeu-se evidenciar elementos como a estrutura dos serviços, o tipo de unidades adotadas, sua organização entre as equipes e os serviços prestados, a forma como estão distribuídas no território municipal e localizadas no sistema de saúde e estratégias para integração com outras unidades e outros níveis da rede.

Quanto ao “modelo de gestão adotado para AB”, consideramos fundamental a descrição deste processo, bem como o papel das organizações envolvidas. Buscou-se enunciar as opções políticas que convergiram para tal decisão e suas respectivas justificativas. Ademais, analisou-se como se dá, atualmente, a distribuição destas organizações, a comunicação da autoridade sanitária municipal com estas e as estratégias utilizadas para a unicidade do cuidado no território municipal.

Foram utilizadas diversas estratégias metodológicas para a realização do estudo, tal como descritas abaixo detalhadamente:

Revisão bibliográfica: foi realizada, inicialmente, uma revisão acerca da construção do conceito – e suas respectivas concepções – de APS no mundo, considerando a perspectiva histórica, suas contradições e seus reflexos para a estruturação e institucionalização da Atenção Básica brasileira¹⁶. Além disso, buscou-se considerar os antecedentes históricos da saúde do MRJ e suas influências para a conformação da AB.

Na análise documental, buscamos identificar o conteúdo e as concepções da política de AB municipal a partir de 2009, que incluem suas justificativas e estratégias. Para tanto, foram analisadas as publicações oficiais referentes à política como o Plano Municipal de Saúde, as Leis e decretos sobre o modelo de gestão, relatórios de gestão, dados publicados pelo município após 2009, Proposta Orçamentária Municipal, entre outros.

Análise de dados secundários: extraídos a partir de fontes oficiais como DATASUS, CNES, SAGE, portal eletrônico da prefeitura municipal, entre outros.

Além disso, foram utilizados dados da terceira fase do PMAQ-AB, primeiro ciclo realizado em 2012, que consistiu na avaliação externa e averiguação das condições de acesso e qualidade das equipes de AB de todo o Brasil. O banco de dados do PMAQ-AB utilizado no estudo foi disponibilizado às instituições de ensino que participaram da fase de avaliação externa do Programa, entre elas, a ENSP.

Esta fase do Programa está dividida em três módulos e contempla fatores relacionados “à estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas UBS; à qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; o apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica”. Além de fatores relacionados à perspectiva dos usuários, como “acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão; e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 p. 11). Ainda segundo o documento, os objetivos de cada módulo foram:

- Módulo I – Observação da Unidade Básica de Saúde. Nesse módulo foram avaliadas as condições de infraestrutura, materiais, insumos e

¹⁶ Neste caso, utilizou-se parte do Trabalho de Conclusão de Curso produzido pelo próprio autor deste trabalho como requisito para conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Foram visitadas 179 Unidades Básicas de Saúde do MRJ para a coleta de dados deste módulo.

- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, cujo objetivo foi obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário. Para a coleta de dados deste módulo, foram entrevistados 324 profissionais de nível superior atuantes nas UBS do município.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, buscou verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Neste módulo, 1313 usuários foram entrevistados para a coleta de dados.

É importante destacar que, no primeiro ciclo do programa, apenas parte das eSF do município aderiram, em especial aquelas consideradas com os melhores resultados. Este aspecto pode sugerir uma positividade maior das respostas dadas, visto que as equipes participantes foram selecionadas e o resultado da avaliação condiciona um repasse financeiro por parte do Ministério da Saúde para cada equipe. Além disso, no que diz respeito ao módulo III, apenas quatro usuários foram entrevistados para cada equipe sem a definição de um critério sistemático para seleção.

Entrevistas semiestruturadas: foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas com sujeitos envolvidos diretamente com o processo de formulação da política ou com participação no debate acerca das decisões tomadas. Os sujeitos entrevistados incluíram:

- Dois membros da gestão da política de AB, no cargo durante todo o período que compreende o objeto deste estudo;
- Membro do Executivo Federal entre 2007 e 2011, com participação na formulação e implementação da atual política de AB do município;
- Membro do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, com participação na investigação de contratos celebrados entre o município e as Organizações Sociais.

Os critérios para seleção desses sujeitos foram o cargo ocupado, tempo à frente do cargo, representação em instituições referentes ao debate e participação ativa nos ambientes institucionais e não institucionais de discussões sobre a política de AB do município.

Os roteiros semiestruturados de entrevista envolviam questões sobre a trajetória da AB no município do Rio, as estratégias políticas a partir de 2009, as características do modelo de organização da AB na cidade, o modelo de gestão adotado, com destaque para a contratação de Organizações Sociais, os elementos de continuidade e as mudanças, os avanços e dificuldades na política. Foram feitas adaptações pontuais no roteiro, a depender do entrevistado.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e analisadas conforme as dimensões de análise do estudo.

O Quadro 1 sintetiza as dimensões de estudo e as relaciona com seus componentes e estratégias metodológicas respectivas.

Quadro 2 Dimensões, componentes e estratégias metodológicas propostas para realização do estudo

Dimensões	Componentes	Estratégias e fontes
Enunciado e estratégias da política de AB do município a partir de 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Concepções de AB presente nos documentos e discursos oficiais; • Objetivos e justificativas para formulação da política de AB; • Mudanças engendradas no enunciado da política a partir de 2009 até 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise documental de publicações oficiais sobre a política de AB do município • Entrevistas semi-estruturadas com sujeitos envolvidos no debate sobre a política
Organização dos serviços de AB	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias relativas à organização da AB; 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise documental com base em dados e publicações oficiais

	<ul style="list-style-type: none"> • Organização dos serviços de AB após a recente expansão; • Transformações no âmbito das unidades e na assistência advindas desse novo arranjo; • Distribuição e oferta de serviços • Funcionamento das unidades • Formação, processo de trabalho e gestão do trabalho • Perspectiva dos usuários. 	<p>sobre a política de AB do município;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas com gestores da política e dirigentes de unidades básicas de saúde implementadas depois de 2009. • Dados extraídos a partir da terceira fase do PMAQ-AB
<p>Modelo de gestão adotado para AB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características principais do modelo de gestão por meio de contratação de Organizações Sociais no MRJ; • Formas de pactuação, avaliação e acompanhamento do contrato de gestão; • Características da convivência da gestão por meio de Organizações Sociais e Administração Direta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise documental com base leis, decretos, relatórios de gestão de órgãos públicos, contratos de gestão, entre outros; • Entrevistas semi-estruturadas com sujeitos envolvidos diretamente no debate acerca da política de AB e dirigentes de unidades gerenciadas pelos dois modelos de

		gestão do município.
--	--	-------------------------

3. A Política de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro: contexto, diretrizes e estratégias

Nesse capítulo buscaremos analisar a política de AB do MRJ entre os anos de 2009 e 2013, considerando principalmente os aspectos que justificaram a sua entrada na agenda da nova gestão, sua formulação, as diretrizes que fundamentam a política e as estratégias para sua implementação.

Para fins de contextualização, serão apresentados de forma breve antecedentes históricos e culturais do município, bem como suas implicações para a situação da saúde municipal e a participação tímida da AB na agenda política até 2008.

Ainda no que diz respeito às particularidades do município, alguns delineamentos foram necessários no sentido de contextualizar a transição entre o governo anterior e aquele que conduziu a política de AB entre os anos de 2009 e 2013, quando se empreendeu uma “reforma” caracterizada pelo maior destaque da AB na agenda governamental.

Os elementos considerados adiante, no entanto, não esgotam as diversas possibilidades de análise do contexto político no processo de transição entre um governo e outro, que inclui, nesse caso, um processo eleitoral complexo, disputado em dois turnos e com mudanças substanciais de cenário no seu decorrer.

A presente incursão foi realizada, sobretudo, a partir de dados publicados pela SMSDC e do discurso oficial expresso em documentos e nas entrevistas com atores selecionados, com vistas a identificar elementos da política já citados anteriormente. Nesse sentido, há de se considerar que a descrição que se segue lança mão de uma apresentação com recorte temporal entre 2009 e 2013, para facilitar a compreensão dos fatos, ainda que determinados aspectos e visões antagônicas ao processo não sejam abordadas.

Além disso, outros elementos do contexto com influência direta para formulação de políticas públicas, como o cenário econômico, social e epidemiológico, embora citados em momentos oportunos, não serão discutidos em profundidade, haja vista complexidade e as particularidades de cada um deles.

3.1 Antecedentes históricos, política de saúde e atenção básica no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro apresenta características culturais, geográficas, históricas e políticas que incidem direta ou indiretamente no cenário atual. No entanto, há de se atentar, no caso no Rio de Janeiro e, especialmente, deste trabalho, para peculiaridades da cultura política, oferta de serviços e a conformação da rede assistencial, sobretudo quando comparamos a outros municípios brasileiros.

Sua história é marcada por momentos de protagonismo no cenário político nacional, o que lhe conferiu uma herança considerável de serviços de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, cuja consideração é relevante para a compreensão do objeto deste trabalho: a recente expansão de cobertura da AB, por meio da Estratégia de Saúde da Família, entre 2009 e 2013.

Lessa (2005) destaca três momentos distintos que merecem atenção na história do Rio de Janeiro: de 1889 a 1960 o município foi capital federal; de 1960 a 1975 a capital foi transferida para Brasília e o município se tornou um estado da federação, o Estado da Guanabara; em 1975 é proposta pelo então presidente Geisel a fusão do Estado da Guanabara ao estado do Rio de Janeiro, sendo que o primeiro se torna município capital do estado do RJ.

O primeiro período referido, sobretudo a partir das reformas do tecido urbano realizadas no início do século XX pelo então prefeito Pereira Passos¹⁷, promoveu o município a um território de desejo de muitos brasileiros (SOUZA, 2010). Naturalmente, a demanda por serviços de todo o tipo aumentou e o êxodo rural, principalmente de Minas Gerais e da região Nordeste, ofereceu uma oferta barata de mão de obra. Os novos migrantes, por sua vez, se instalaram em regiões da cidade pouco valorizadas e distantes ou nos morros e encostas dos bairros próximos ao centro¹⁸.

¹⁷ Período também conhecido pelas demolições dos cortiços do centro da cidade, bem como uma série de desocupações executadas pelo então prefeito Pereira Passos em nome da “transformação urbana” da capital. Ressalta-se que, concomitante às desocupações e expropriações, não houve política de habitação compatível, já que com 14 mil desabrigados em 1905, apenas 120 casas haviam sido construídas. Disponível no vídeo “O Bota Abaixo de Pereira Passos”, de Milton Teixeira. <<http://cafehistoria.ning.com/video/o-bota-abaixo-de-pereira>>.

¹⁸ O processo de favelização no MRJ tem seu marco inicial ainda no século XIX, sobretudo com a abolição da escravidão. Sem a garantia de políticas básicas de sobrevivência, os negros, imigrantes

A favelização não foi objeto de debate neste momento, tampouco uma política habitacional que considerasse locais adequados, com infraestrutura necessária à sobrevivência e à vida com qualidade. Assim, com um avanço rápido do número de famílias residentes na cidade, foi inevitável o aumento também acelerado do número de favelas.

A saúde figurava a agenda política desse período como uma das pautas mais importantes para a transformação da cidade. As condições de saúde da capital federal eram lastimáveis e epidemias como varíola, febre amarela, peste, tuberculose e malária assolavam o cotidiano dos moradores à época.

Podem-se associar, entre outros fatores, os problemas de saúde desse período às péssimas condições de vida em geral e a ausência de serviços e saúde pública eficientes no combate às doenças transmissíveis. Isto, em certa medida, explica as investidas no campo da saúde pública, sobretudo no centro e região portuária, concomitantes às reformas estruturais e arquitetônicas da cidade.

Segundo Campos (1999), foi o início do século XX o apogeu da saúde pública brasileira, tanto devido aos sucessos obtidos com o saneamento da cidade e dos portos por Oswaldo Cruz - em função, sobretudo, da demanda do Estado pelo crescimento da agro-exportação -, quanto pelos esforços de se atribuir ao processo de adoecimento do povo, causas como condições de pobreza e pouca educação. No entanto, ainda segundo o autor, mesmo que houvesse nos anos que se seguem, interesse em colocar na agenda política federal o controle de doenças infecciosas e parasitárias, a saúde pública se tornou cada vez mais complementar e subordinada à saúde previdenciária¹⁹.

Não se pode ignorar que muitos fatos concernentes à história do Brasil, assim como o protagonismo da medicina previdenciária e outros aspectos já discutidos no primeiro capítulo deste trabalho, guardam relação direta com a história da saúde do

estrangeiros e migrantes brasileiros deram início à formação das favelas, potencializada, *à posteriori*, pela demolição (já referida na nota anterior) dos cortiços da cidade e desocupações nos primeiros anos do século XX.

¹⁹ O município do Rio de Janeiro, enquanto capital federal neste período, concentrava boa parte da renda nacional e quantitativo expressivo de trabalhadores formais assegurados, primeiramente pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e, posteriormente, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP).

MRJ, sobretudo devido ao fato da cidade ter sediado a capital federal entre 1989 e 1960 (LIMA, 2014).

No entanto, para o cenário municipal especificamente, alguns elementos nos chamam atenção, por terem influenciado as estratégias escolhidas para o enfrentamento dos problemas de saúde e por influenciarem, de certa forma, o arranjo do sistema de saúde até os dias atuais.

O contexto de transformações advindas do projeto de urbanização e industrialização, referido anteriormente, inferiu ao MRJ a necessidade de definir políticas de saúde capazes de dar conta dos problemas de saúde que surgiam e porventura se difundiam entre moradores da cidade.

No que concerne à saúde pública, um marco importante é a criação do primeiro Centro de Saúde em Inhaúma, em janeiro de 1927. Trata-se de um marco, pois incorpora em seu objetivo “superar as atividades das repartições sanitárias, especializadas em uma doença endêmica, e ser uma unidade acessível à população, na lógica da distritalização.” (LIMA, 2014 p. 57) Além dessa perspectiva de territorialização - algo interessante a ser pensado para a época - pretendia-se também uma prática educativa capaz de conscientizar a população sob novas bases sanitárias.

Os Centros de Saúde eram alocados prioritariamente em regiões distantes e, a partir do início da década de 1930, os Centros de Saúde passam a constituir uma rede sanitária, tanto em resposta a demanda de movimentos sociais (sobretudo da categoria médica) da época, quanto como uma ação do governo no sentido de tentar o “mínimo de ações de transformações sociais” no bojo do processo de industrialização brasileiro (CAMPOS, 1999 p. 83).

Houve uma expansão dessas unidades pelo MRJ e pelo Brasil a partir da década de 1940, influenciada pelo incentivo dado por parte do governo federal a esta política como melhor alternativa para responder às demandas por saúde.

Se por um lado avançava a saúde pública nas décadas que se seguiram, na perspectiva da territorialização e prevenção adotada pelos Centros de Saúde, avançava também a medicina previdenciária com a oferta de serviços médicos aos profissionais segurados nos IAPs. A dicotomia entre assistência e prevenção formava suas bases no município, com consequências para os anos seguintes.

Lima (2014 p. 59) comenta essa passagem afirmando que:

Esse período deixa como legado para o Rio de Janeiro um conjunto de serviços de saúde composto pelos grandes hospitais, provindos dos IAP, com a lógica da assistência previdenciária; os Centros de Saúde, com um trabalho voltado para determinadas populações através dos programas de saúde pública e ainda ações pontuais do que poderia ser chamado de serviços básicos. Tais serviços caminhavam desarticulados, sendo essa uma característica do setor saúde desse período.

É factível afirmar, assim como já o fizemos, que a estrutura dos serviços de saúde pública do MRJ já era diferenciada, mesmo neste período. No entanto, CAMPOS (2009) avalia o protagonismo da medicina previdenciária frente aos Centros de Saúde da cidade:

Esta formulação não pode ser comparada ao crescimento hegemônico da medicina previdenciária que dotou, especialmente o Rio de Janeiro, de inúmeras unidades ambulatoriais públicas e conveniadas de assistência médica. A partir desta mesma época este complexo previdenciário deu início a um modelo que se tornou largamente preponderante. Coube ao governo federal o papel de principal estimulador deste modelo assistencial, relegando à saúde pública e às suas organizações um papel secundário. As iniciativas de reformas e aprimoramentos da organização dos Centros de Saúde eram muito mais uma iniciativa dos próprios governos locais (CAMPOS, 1999 p. 124).

Neste contexto de expansão dicotômica dos serviços de saúde, em 1975 o presidente Geisel encaminhou projeto de lei que determina a fusão do Estado da Guanabara ao estado do Rio de Janeiro. Com objetivo de fazer do município um novo pólo industrial para ancorar a proposta de Brasil Potência, Geisel não unia apenas duas unidades federativas, mas “promovia a junção de duas culturas políticas formadas a partir de matrizes diferentes e que sempre relutaram em pensar num processo de integração” (SOUZA, 2010 p. 33).

O Estado da Guanabara se tornou a cidade do Rio de Janeiro, capital do novo estado do Rio de Janeiro. Com isso, houve a criação da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sob controle dos Departamentos de Assistência Hospitalar e Departamento de Saúde Pública 12 hospitais, 2 maternidades, 23 centros de saúde, 11 unidades satélites e 3 institutos.

Como resultado desta efervescência no cenário político e cultural, percebemos uma vasta e complexa rede de serviços instalada no município. Entre os serviços citados acima estão hospitais gerais de grande porte do antigo Distrito Federal, unidades do Ministério da Saúde, centros municipais de saúde em funcionamento desde a década de 1920, hospitais universitários e militares, hospitais dos servidores estaduais e federais, além de unidades dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e dos Centros de Saúde (PARADA, 2001).

A capacidade de intervenção através desta rede é, portanto, muito ampla frente aos outros municípios brasileiros, bem como as necessidades impostas à gestão proporcionalmente mais complexas.

Tratava-se, portanto, de um sistema de saúde com ênfase na assistência médica especializada e hospitalar, com unidades básicas em quantidade insuficiente. Ainda que no curso da década de 1980 tenha havido novas experiências de expansão da cobertura da atenção primária - incluindo medidas influenciadas pela Conferência de Alma Ata e modelos pretensamente centrados nos cuidados primários - esta se deu predominantemente por meio de ações programáticas orientadas por lógica verticalizada e manteve a fragmentação e desarticulação entre AB e atenção hospitalar (MOURA, 2009).

Em relação às referidas iniciativas de expansão no curso da década de 1980, após inúmeras mudanças da estrutura organizacional da AB e movimentos de ampliação da cobertura, conviviam quatro tipos diferentes de unidades no município do Rio: Centros Municipais de Saúde, Postos de Saúde, Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário e Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde. Estas, no entanto, adotaram o modelo de assistência baseado na consulta médica, centrada na doença e pouca ênfase nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Acrescenta-se a este contexto, a carência por serviços de saúde em determinadas áreas do município - geralmente aquelas cujas classes mais pobres moravam - corroborando um vazio sanitário histórico, com pulverização de unidades básicas em quantidade deficitária em relação à demanda.

Na maior parte da década de 1990, a política de saúde na cidade do Rio de Janeiro foi marcada pelas exigências relativas à descentralização, com esforços de preparação da secretaria municipal de saúde para assumir novas responsabilidades

de gestão (Souza, 2010). Ademais, houve pressões para a municipalização de um expressivo número de unidades federais – Postos de Assistência Médica (PAM), maternidades e hospitais – que ocuparam muito a agenda dos dirigentes e técnicos municipais.

Nesse contexto, a Atenção Básica não teve destaque na agenda da saúde e as experiências com a Saúde da Família foram pontuais, como será tratado no próximo tópico.

O Rio de Janeiro e o modelo de Saúde da Família (1995-2008)

O MRJ implementou experiências pontuais do Programa Saúde da Família na década de 1990 e teve uma expansão modesta dessa estratégia entre 2001 e 2008.

Entretanto, o fato de o MRJ contar com uma cobertura populacional incipiente do PSF, à época, não quer dizer que este modelo não estivesse presente no debate como uma das alternativas. São vários os momentos em que a expansão dos serviços de AB aparece como proposta, com disputas políticas e ideológicas marcando um cenário de priorização da rede hospitalar.

Houve, inicialmente, uma experiência com o PSF na segunda metade da década de 1990, com os trabalhos de planejamento iniciados após projeto piloto na Ilha de Paquetá em 1995 – embora com características distintas do modelo previsto pelo Ministério da Saúde – além da experiência com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na Maré e em Vigário Geral.

Sobre o projeto da Ilha de Paquetá, Lima (2014) aponta que a opção por parte da gestão se deu, pois o território delimitado da Ilha facilitaria a experimentação desse novo modelo, que contou com inserção das equipes na já existente Unidade Integrada de Saúde Arthur Vilaboim. As equipes de Saúde da Família eram compostas por apenas um médico e um agente de saúde, sendo responsáveis por uma população de 1.350 moradores ou 400 famílias. Posteriormente, profissionais de Serviço Social e Nutrição foram incluídos às equipes, o que confere um diferencial importante para essa experiência.

Segundo Cazelli (2003), não houve reprodução desse modelo para outros territórios da cidade, já que na concepção dos gestores, o modelo ficou caro e por isso restrito à Ilha.

Já no caso da Maré e de Vigário Geral, entre 1996 e 1997, respectivamente, houve a implementação de equipes de ACS. Segundo Cazelli (2003), embora essas experiências tivessem potencial para funcionar como porta de entrada e promover acesso a outros serviços do SUS, ambas não foram sequer incluídas no organograma e fluxograma da SMS naquele momento.

Em 1999, a partir da criação do Núcleo de Saúde da Comunidade (NSC), vinculado a Superintendência de Saúde Coletiva (SSC) e com objetivo de expandir os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no município, houve um novo planejamento para implementação de equipes nos moldes dos programas nacionais (CAZELLI, 2003).

Cabe ressaltar que, o objetivo do Núcleo referia uma “atenção primária acessível de qualidade diferenciada” e previa integrar o conceito de saúde à dimensão do exercício da cidadania, aspirando impactos positivos nas condições de vida da população (CAZELLI, 2003 p. 66 apud MUNICÍPIO, 1999).

Ou seja, nas palavras de Cazelli (2003 p. 67):

[...] esses Programas abrangeriam a população adscrita, representando a principal porta de entrada do SUS de forma hierarquizada, integrada às unidades de maior complexidade, com atendimento de boa qualidade, enfatizando atividades comunitárias de educação e promoção da saúde. Esses Programas também estreitariam as relações entre a comunidade e os serviços de saúde existentes, humanizando assim o atendimento.

Não há dúvidas, diante da análise do trabalho realizado por Cazelli (2003), que houve esforços por parte de um grupo da SMS para expansão da AB municipal nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde na segunda metade da década de 1990. Entretanto, no cenário político, muitos elementos limitaram essa expansão a poucas equipes em locais pontuais, com recursos parcos e estruturas físicas já existentes previamente.

A priorização da questão hospitalar na agenda dos gestores e a “lateralidade” da atenção básica neste contexto contribuíram, nas palavras da autora, não apenas para “esvaziar o esforço de expansão da AB”, mas também para:

[...] a expansão proposta para 1999 ter um desenho tímido. Formas alternativas de gestão de recursos humanos para a composição das equipes foram adotadas. Convênios com ONGs e Associações de Moradores foram celebrados para algumas equipes. Cooperativização de profissionais para outras (MOURA, 2009 p. 68).

Ainda que a partir de 1999 tenha existido interesse dos dirigentes municipais em priorizar a AB, a agenda de transferência para a gestão municipal dos Hospitais da Colônia Juliano Moreira e mais sete hospitais federais concentrou os esforços da secretaria de saúde e esvaziou a possibilidade de formulação de uma política específica para a AB.

Outra causa que postergou a adesão do MRJ ao programa ministerial foi a estrutura de financiamento da política e falta de participação do estado para a expansão. Isso justifica, em certa medida, o aumento na alocação de equipes após 1998, com a entrada em vigor da NOB/96 e o PAB²⁰. Ademais, ressalta-se a falta de interesse de determinados atores que poderiam deslocar o foco da agenda política para a AB, mas priorizavam a atenção hospitalar devido à visibilidade política (MOURA, 2009).

Não obstante a lateralidade da AB no debate político tenha sido reforçada nesse período, principalmente pelo destaque conferido à municipalização das unidades hospitalares federais, a ascensão de Sérgio Arouca ao cargo de Secretário Municipal de Saúde em 2001, reaviva a discussão através da proposta de expansão massiva da ESF, visando reorientar as práticas em saúde e o modelo de atenção.

Para Lima (2014 p. 104), a nomeação de Arouca como Secretário Municipal de Saúde foi marcada por inúmeras disputas políticas e a principal proposta dessa nova gestão abarcava a “necessidade de transformar o modelo de atenção em saúde

²⁰ Cabe ressaltar que a expansão mais expressiva de equipes a partir de 1998, com a entrada em vigor do PAB, não é especificidade do Rio de Janeiro, mas um movimento observado no país inteiro. O fato é que, no caso específico do Rio de Janeiro, essa expansão é lenta até pelo menos 2006, enquanto outros municípios avançaram com expansões expressivas por meio do Proesf a partir do início dos anos 2000.

que estava posto, tanto do ponto de vista dos investimentos alocados quanto do ponto de vista da produção de saúde”.

A nova proposta de reorientação do modelo de atenção perpassava pela implementação expressiva de 610 eSF em todo o território municipal, com destaque e prioridade para regiões desassistidas como a Zona Oeste e Zona Norte. Além disso, previa, entre outros elementos, um cuidado integral, melhoria no acesso aos serviços de saúde, intersetorialidade para o enfrentamento da violência e desigualdade social, além da contratação de pessoal via concurso público, visto que as experiências anteriores com Associações de Moradores e ONGs apresentaram diversos problemas.

O projeto, embora represente um marco para a história da AB no município, não foi executado e Sérgio Arouca permaneceu no cargo por apenas poucos meses. As causas para tal residem, sobretudo, nos conflitos ideológicos e políticos entre seu grupo e o então prefeito.

O período posterior à saída de Arouca, de 2001 a 2006, ainda sob o governo Cesar Maia, marcado pela gestão de Ronaldo Cesar Coelho, foi um período de ‘expansão focalizada’ da Saúde da Família. Segundo Lima, (2014, p.101), a saúde não ocupou destaque na agenda governamental e a organização da atenção básica não foi priorizada.

Nesse cenário de limitados investimentos na atenção básica, uma crise político-institucional e assistencial foi vivenciada no setor saúde, sobretudo no setor hospitalar municipal, culminando em uma “intervenção federal” para administração de bens, serviços e recursos humanos em março de 2005.

Mediante decreto presidencial²¹ que determinava estado de calamidade pública no SUS do Rio de Janeiro, os Hospitais Gerais da Lagoa, Andaraí, Ipanema e Jacarepaguá, além dos Hospitais Municipais Miguel Couto e Souza Aguiar²², passaram a ser administrados pelo Ministério da Saúde em 2005, dadas as condições precárias em que vinham funcionando.

²¹ Decreto Presidencial 5.392.

²² Cabe ressaltar que, apenas quarenta e dois dias após a publicação do decreto, o Supremo Tribunal Federal (STF) declarou inconstitucional a intervenção nos dois hospitais municipais, visto que esses sempre pertenceram à esfera administrativa do município. Já os quatro hospitais com passado de vinculação federal retornaram à gestão do Ministério da Saúde.

Entre os fatores que caracterizaram a situação de calamidade pública e justificaram tal medida por parte do governo federal²³, estava “a escassez de recursos humanos e medicamentos nas farmácias das unidades, a falta ou péssimas condições de uso dos equipamentos para o atendimento hospitalar”, além da demanda demasiada de pacientes nas unidades de emergência devido à falta de estrutura dos serviços de AB (JUSTO, 2008 p. 6). Na ocasião, dirigentes federais apontavam os baixos investimentos na atenção básica e a modesta cobertura da Estratégia Saúde da Família como alguns dos motivos para a desorganização do sistema de saúde municipal.

Nos dois anos após tal crise política e institucional, houve uma expansão modesta da Estratégia Saúde da Família, persistindo os problemas no âmbito da atenção básica.

Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE/MS), entre 2003 e 2008 houve um aumento da cobertura estimada da ESF no MRJ, que saiu de 1,35% no primeiro ano, para 7,15%. Embora seja um salto considerável, os dados explicitam que a proposta audaciosa de expansão desenhada anteriormente, no entanto, não foi conduzida após a saída de Arouca da SMS. Lima (2014 p. 112) reitera que na ocasião, “suas ideias não dialogavam com a linha política traçada pela Prefeitura do Rio de Janeiro” naquele momento e complementa apontando outros fatores que contribuíram para o lugar de pouco destaque ocupado pela AB entre 2000 e 2008²⁴:

[...] linha política defendida pelo Prefeito e pelo Secretário Municipal de Saúde, investimentos focados no cuidado hospitalar e na lógica programática, problemas orçamentários advindos do processo de municipalização das unidades federais que inviabilizavam financeiramente a adoção e os investimentos nas equipes de saúde da família e/ou na atenção básica, a pouca visibilidade política da atenção básica, as complexidades inerentes aos grandes centros urbanos, problemas relacionados à escassez e remuneração dos recursos humanos e, por último, os problemas com as terceirizações por meio de ONG e associações de moradores (LIMA, 2014 p. 119).

²³ Elementos concernentes ao cenário político podem ter contribuído para a decisão. O então prefeito César Maia era citado como pré-candidato à presidência da república pela oposição e pressionava o governo federal por mais recursos para a atenção hospitalar, atribuindo-lhe responsabilidades referentes à situação vivenciada na saúde municipal.

Há de se considerar ainda, que a AB ao final de 2008 não contava apenas com as unidades de Saúde da Família. Em linhas gerais, tratava-se de um nível de atenção com diferentes tipos de unidades atuando de formas distintas: Posto de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Unidade Ambulatorial de Cuidados Primários em Saúde, Programa de Saúde da Família, Posto de Atendimento Médico, Posto de Urgência e Centros de Saúde. A capacidade instalada aquém da demanda e uma cobertura estimada da ESF de cerca de 8,15%, segundo dados da SAGE (2014).

Ademais, considera-se um agravante a epidemia de dengue entre os anos 2007 e 2008, com um pico de mais 40.000 casos notificados, que a caracterizou como a segunda maior da história da cidade e fragilizou ainda mais a situação do sistema de saúde municipal. Na ocasião, a negação oficial da epidemia mobilizou declarações de omissão do poder público²⁵ (nas três esferas, contudo com destaque para a esfera municipal, cuja responsabilidade é mais imediata) e evidenciou a dificuldade do SUS, ainda em estado de calamidade e colapsado, em enfrentar a epidemia (STOTZ, 2008).

De maneira geral, este cenário explicita de forma breve, parte da situação vivenciada pelo sistema de saúde municipal no governo César Maia e, por conseguinte, o panorama complexo que deveria ser enfrentado.

Além destas e de outras características complexas, oriundas da história e política do município, suas características de metrópole também apresentam particularidades resultantes do modo de produção e desenvolvimento que historicamente exclui uma parcela expressiva da população, potencializa a favelização e reforça as desigualdades.

Estes eram alguns dos principais desafios postos para se estruturar a AB municipal. A investida do governo municipal na reestruturação dos serviços da AB certamente viria a exigir mudanças nesses aspectos, com limites e virtudes associados às opções políticas, planejamento, estratégias de implementação e o contexto a ser enfrentado.

²⁵ Declaração feita pelo então presidente do sindicato dos médicos do Estado do Rio de Janeiro, Jorge Darze e citada por Stotz (2008).

O contexto político de transição 2008-2009: características particulares

Entre o final de 2008 e o início de 2009, mudanças significativas ocorreram no cenário municipal, com consequentes implicações para as políticas públicas nos anos seguintes. Entre os principais elementos dessas mudanças, está o contexto político acalorado, que por sua vez guarda relação direta com a definição de prioridades, conformação da agenda, formulação e implementação das políticas.

Em outubro de 2008, Eduardo Paes (do Partido do Movimento Democrático Brasileiro- PMDB) foi eleito no segundo turno como prefeito da cidade, em um pleito muito acirrado entre ele e seu adversário, Fernando Gabeira (do Partido Verde- PV). A diferença entre os dois candidatos, na eleição tida como a mais disputada da história do município, foi de apenas 55.225 votos, o que representa aproximadamente apenas 1 ponto percentual em favor de Eduardo Paes. Ademais, outro diferencial que merece destaque foi a ampla votação do primeiro candidato em bairros com piores indicadores sociais e econômicos e o protagonismo de seu adversário nos bairros ditos de maior renda (como aqueles da Zona Sul e os mais prósperos da Zona Oeste)²⁶.

No referido pleito, Eduardo Paes foi apoiado pelo governador à época, Sérgio Cabral, do qual foi Secretário Estadual de Esportes e Turismo entre 2006 e 2008. Já em nível federal, o PT, na figura do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que não havia declarado apoio oficial a nenhum dos candidatos no primeiro turno, apoiou o candidato do PMDB no segundo turno das eleições, sobretudo devido às alianças do PV com partidos opositores do governo federal (Democratas-DEM e Partido da Social Democracia Brasileira-PSDB)²⁷.

Eduardo Paes assumiu a prefeitura da cidade em janeiro de 2009, com uma situação particular em relação ao seu antecessor e, além disso, nova para a história do município: uma aliança política entre as três esferas de governo (municipal,

²⁶ Veja os detalhes do resultado das eleições de 2008 em matéria intitulada “Mapa eleitoral do Rio mostra cidade dividida entre ricos e pobres”, publicada por André Zahar, na Folha de São Paulo. <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2008/10/460846-mapa-eleitoral-do-rio-mostra-cidade-dividida-entre-ricos-e-pobres.shtml>.

²⁷ Fato também abordado em matéria de Raphael Gomide, no site da Folha de São Paulo. “PT declara apoio a Paes para ‘combater oposição a Lula’”: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0910200815.htm>

Cabe ressaltar que, candidatos de partidos aliados ao governo federal, como PC do B (Jandira Feghali), PRB (Marcelo Crivella) e do próprio PT (Alessandro Molon) disputaram sem sucesso o apoio do então presidente no primeiro turno.

estadual e federal), já que recebera apoio do governador do estado e do presidente da república ao longo de sua candidatura.

Além disso, o município, que sediou os Jogos Panamericanos de 2007, tinha duas candidaturas tramitando, concluídas no primeiro ano do governo Eduardo Paes: sediar a copa do mundo de futebol do Brasil em 2014 e sediar os jogos olímpicos de 2016. A eleição do MRJ para sediar eventos desse porte confere não somente uma visibilidade no cenário nacional e internacional, como um aumento da receita e dos chamados investimentos em infraestrutura, que no caso das olimpíadas chegaram aos R\$ 25 bilhões entre as três esferas do governo.

Com o setor saúde movimentado na gestão que antecede a assunção de Eduardo Paes, alvo de intensas disputas políticas entre a prefeitura e o Ministério da Saúde, sobretudo devido a precariedade dos hospitais da cidade, constitui-se uma agenda importante com necessidade de respostas eficientes.

Dessa maneira, a saúde figurou entre as pautas mais efervescentes da arena política no início do governo em 2009 e a AB marca o debate como “um novo ator na arena da disputa”, nas palavras do Entrevistado 3 e, senão tão novo, com nova força e cumprindo novo papel na concepção de parte dos gestores.

3.2 O diagnóstico oficial da situação do sistema de saúde municipal em 2009

A definição de um diagnóstico da situação de saúde por parte de uma determinada gestão, considerando nesse caso que, “diagnóstico” seja a identificação de questões/problemas relevantes para saúde municipal, pode ser considerada uma das primeiras etapas do processo político (WALT, 1994).

Ainda segundo Walt (1994), tal processo político não se dá de forma linear ou natural. Estabelecer uma relação causal entre as etapas do processo, como a identificação do problema e a formulação política, assim como entre sua formulação e sua implementação, pode sugerir “uma linha invisível” conectando estas etapas e ocultar os diversos interesses e as disputas em jogo.

A política de saúde do MRJ, bem como a definição da agenda a partir dos problemas de saúde identificados, não estão isentos dessas disputas históricas. Ao

descrevermos a seguir os elementos apontados pela gestão como questões a serem enfrentadas pelo sistema de saúde, entendemos que estejam permeados por um conjunto de interesses e razões que não aparecem nos documentos oficiais.

Segundo diagnóstico apresentado pelo então Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde²⁸, o orçamento da saúde era um dos principais problemas. Em 2008, o percentual de recursos próprios investidos na saúde pela prefeitura do RJ foi de 11,5%²⁹. A participação das despesas com ações e serviços públicos de saúde na receita líquida de impostos e transferências nos anos de 2006 e 2007 foi de 15,7 e 15,1%, respectivamente.

Quando comparada às demais capitais do país, o RJ tinha o menor percentual de gastos municipais com ações e serviços públicos de saúde em 2007, com apenas 15,1%, segundo dados do SIOPS. Ademais, aponta o diagnóstico que, em 2008, 82,1% dos gastos com ações e serviços de saúde públicos eram destinados à atenção hospitalar.

O protagonismo da assistência hospitalar na agenda da saúde municipal não é recente e já foi objeto de diversos estudos (CAZELLI, 2003; MOURA, 2009). Lima (2014) reforça ao analisar a trajetória da política de AB entre 1990 e 2008 e, não obstante aponte a presença da AB no debate ao longo do tempo, ressalta sua lateralidade por motivos distintos em diferentes momentos.

Duas das expressões dessa lateralidade da AB na agenda são a sua baixa cobertura populacional estimada ao final de 2008 (8,1%) e uma “enorme desigualdade na distribuição dos serviços”, elementos apontados pelo secretário municipal de saúde como a “tônica” do diagnóstico sistêmico da saúde municipal (PMS, 2009 p. 8).

A degradação do sistema de saúde municipal, também no que diz respeito à cobertura e ao papel da AB, era compartilhada pelo dirigente, à época, do setor saúde no nível federal entrevistado para este estudo. Visto que houve uma aliança política entre município, estado e união, também do ponto de vista do setor saúde, ao ser questionado sobre a situação do município afirma que:

²⁸ Ciclo de debates: conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família. Mesa: Política de Saúde para a Cidade do Rio de Janeiro: o desafio da mudança do modelo de atenção. 12 de maio de 2010. Rio de Janeiro.

²⁹ Referente ao percentual gasto no primeiro semestre.

[...] o Rio vinha na contramão de todos os municípios brasileiros, quer dizer, se eu não me engano, a cobertura do PSF no Rio de Janeiro em 2008 era algo entorno de 3%, não sei, 5% por ai, quer dizer praticamente inexistente [...] depois uma crise mais grave aparentemente financeira mas no fundo era uma crise na minha avaliação muito mais ampla, era uma crise de todo modelo [...] Basta ver que o Rio de Janeiro era e ainda é de certa forma campeão de tuberculose, campeão de amputação de membros por diabetes, taxas de mortalidade maternas completamente incompatíveis com o desenvolvimento do estado e do município (ENTREVISTADO 3).

Outro elemento a ser enfrentado - apontado a priori pelo discurso oficial - e presente na fala do Entrevistado 1, é “um sistema de saúde bastante fragmentado e desestruturado”, com pouca ou nenhuma articulação entre os serviços do nível primário e os demais níveis da atenção.

Para a equipe de gestão que assumiu em 2009, além de guardar relações com a baixa cobertura da AB e com a crise nos hospitais e urgências da cidade, a fragmentação também decorre da participação dos planos privados no sistema de saúde do município. No início de 2009, mais da metade da população (3,1 milhões) era beneficiária de algum plano privado (ANS, 2014).

De acordo com o entrevistado 1, a participação do setor suplementar na saúde municipal era assegurada no debate político por dirigentes do alto escalão da prefeitura e órgãos de relevância do poder executivo:

Existia um pensamento dos altos dirigentes da prefeitura em que o sistema público de saúde tinha que ser complementar ao sistema de saúde suplementar [...] era uma das discussões, e uma das coisas colocadas pela própria casa civil e outros órgãos de planejamento dentro da prefeitura, que a secretaria municipal de saúde deveria investir em partes do sistema de saúde onde não interessasse pro, pro capital, pra economia de mercado [...] Então o sistema foi direcionado pra urgência e emergência, que pouco interessava aí pra saúde suplementar, pros aglomerados subnormais, pras favelas [...] tinha um componente político e ideológico muito forte em montar um sistema de saúde que fosse complementar ao sistema de saúde suplementar (ENTREVISTADO 1).

Além disso, ainda segundo o Entrevistado 1, no que diz respeito a AB e especificamente a ESF, a oferta de serviços se dava por meio de unidades com “uma estrutura extremamente precária, em casas alugadas e provisórias”, com déficit de insumos e profissionais.

Outro elemento que figura o discurso oficial e que permeava a falta de estrutura e a referida precarização dos serviços, era a gestão do trabalho na AB. Segundo dados apresentados pela SMSDC, em 2008 havia 2.307 profissionais cooperativados, contratados por ONG ou submetidos a outros tipos de vínculos precários. Nesse sentido, o reflexo desses vínculos precários de boa parte dos profissionais de AB era a ausência de um plano de carreiras, profissionais sem direito a férias, décimo terceiro salários e uma alta rotatividade na ponta do serviço.

Por fim, no âmbito da gestão, fica explícita a referência à lentidão nos processos de compra por parte da SMS. Além disso, em vista do que se planejava para o sistema de saúde, justifica-se que a administração direta apresentava limites quanto à flexibilidade administrativa e legal para o avanço da implementação dos planos na velocidade desejada, sobretudo no que diz respeito à compra de insumos, custeio e contratação de recursos humanos.

Os elementos que caracterizam o diagnóstico apresentado pela equipe de gestão que assumiu a saúde em 2009 aparecem em momentos e ocasiões diferentes, com distintas maneiras de expressá-los, a julgar documentos oficiais, apresentações de gestores, notícias na grande mídia, entre outros. Cabe, portanto, analisar as estratégias adotadas pelo governo e pela equipe da secretaria municipal da saúde para solucionar os problemas identificados, considerando, entre outras coisas, as prioridades e os motivos das decisões tomadas.

3.3 A Política de Atenção Básica: diretrizes e propostas de 2009 a 2013

Fica explícito no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 o posicionamento quanto à ineficiência do sistema de saúde municipal, salientando os problemas estruturais no acesso aos serviços de saúde e o conseqüente aumento da demanda nas urgências. Estes fatores, segundo o Plano, associados à transição epidemiológica e mudança nas características do exercício profissional do médico, implicariam mudanças voltadas não somente a rede assistencial, mas também ao orçamento, a política de RH e ao modelo de gestão.

É possível identificar nas palavras do Entrevistado 2, quando questionado sobre a situação do sistema de saúde municipal ao final de 2008, a referência aos problemas de acesso dos usuários aos serviços de saúde em todos os níveis e à precarização das urgências hospitalares:

[...] um modelo de saúde da família extremamente limitado do ponto de vista do protagonismo e do papel de articulação de rede, uma cobertura pífia, a assistência de urgência e emergência também muito degradada, não há dúvida que a gente chegou ali no fim de 2008 com uma situação muito crítica [...] a gente tinha uma dificuldade enorme de acesso, as pessoas quando acessavam, elas queriam acessar e estava colocado pra elas a questão que elas tinham que acessar direto o especialista, acessar direto o hospital (ENTREVISTADO 2).

Nesse contexto, a SMSDC aponta a proposta de experimentar novos modelos de gestão e projeta a “implantação de um modelo de atenção primária que cumpra papel estruturante para a rede de serviços de saúde” (PMS 2010-2013, p. 103).

Na fala do Entrevistado 1, fica evidente o destaque da AB no debate político, inclusive como estratégia prioritária de governo, desde o período de transição. O fato é que, desde a ascensão do Saúde da Família como política federal prioritária para reestruturação da AB, esta não havia experimentado tamanho protagonismo na arena política do município.

E a proposta desde o início, no governo de transição, era de implantar um sistema de atenção primária forte [...] começou a ter evidências claras de que um sistema de saúde que se organizasse bem, seria um sistema de saúde que se organizasse com uma atenção primária forte [...] isso só fortaleceu aí, a implementação de um plano de governo, onde o principal ponto era realizar uma reforma no modelo de atenção, principalmente uma reforma na atenção primária da cidade do RJ (ENTREVISTADO 1).

Para tanto, foram desenhadas estratégias para realização da reforma em vários âmbitos. Considera-se neste estudo a proposta de organização e as alterações inferidas ao modelo de gestão, que embora não estejam dissociados na política de forma geral, são discutidos separadamente abaixo no sentido de evidenciar alguns aspectos sobre cada um destes.

A proposta de organização da AB

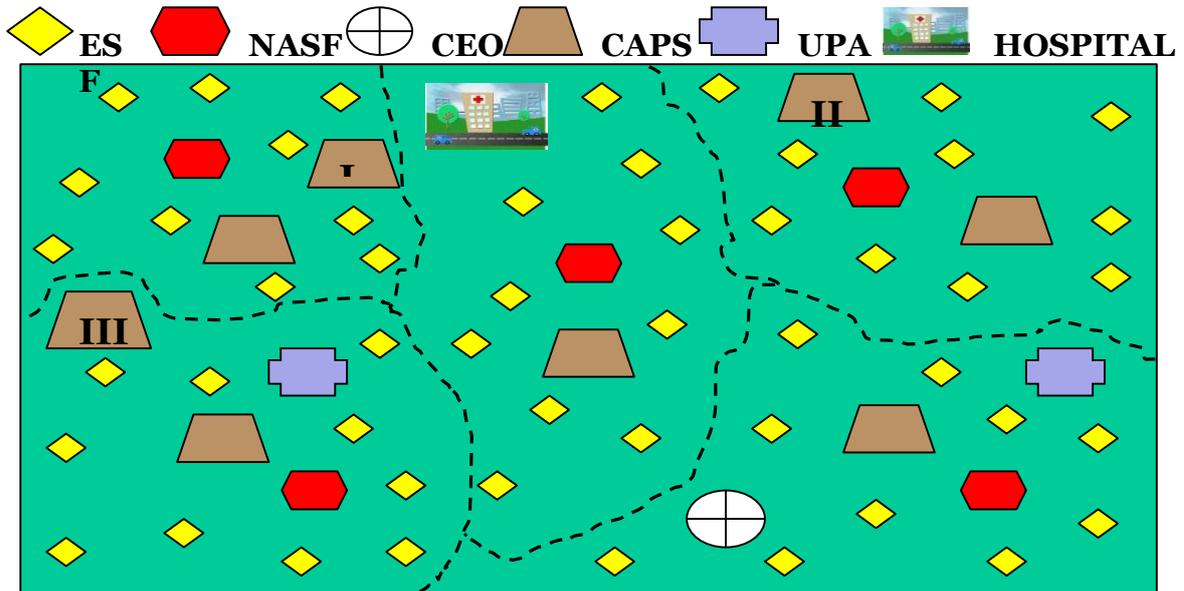
A prioridade para 2009, no entanto, não era simplesmente a construção do arcabouço jurídico e administrativo ou a expansão dos cuidados primários. O objetivo dessa fase inicial, na fala de um dos entrevistados, era “montar um bom desenho de que sistema a gente gostaria de ter na cidade do RJ até 2016”, incluindo elementos como quantidade de unidades, localização, estrutura, números de equipes por estrutura e distribuição das unidades em cada território.

Esse processo de definição de estratégias, segundo o então Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde³⁰, incluiu a elaboração dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS). O dirigente ressalta que, além de ter sido construído a partir de diálogos junto aos Conselhos Distritais de Saúde de cada A.P, o processo teria resultado ainda na definição de “diretrizes claras e objetivas”, tais como: perfil da unidade, território único, modelo único para todo o município e construção das linhas de cuidado.

Destaca-se que, a partir da criação do TEIAS em 2009, a cidade passa a ser constituída, ao menos teoricamente, por vários territórios integrados, com unidades de referência nos níveis primário, secundário e terciário para cada um deles. A quantidade de Territórios em cada AP varia de acordo com seu tamanho, quantidade de moradores, unidades de saúde próximas, características geográficas, entre outras coisas. A título de exemplo, segundo dados da SUBPAV, ao passo que a AP 1.0 conta com 109 TEIAS, a AP 3.3 está dividida em 355. A Figura 1 ilustra a proposta de configuração do TEIAS.

³⁰ Palestra concedida no sexto Ciclo de Debates da ENSP: conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família, em 11 de maio de 2011.

Figura 1 Proposta de Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) para o Município do Rio de Janeiro



Fonte: Extraído de apresentação realizada por representante da SUBPAV em maio de 2010

Segundo o modelo proposto, a cobertura estimada para cada uma dessas unidades se daria da seguinte forma:

- ESF: 3.000 habitantes;
- NASF: 35.000 habitantes;
- CEO: 160.000 habitantes;
- CAPS I: 20.000/70.000; II 70.000/200.000; III acima 200.000;
- UPA: 150.000 habitantes;
- HOSP: 300.00 habitantes.

O objetivo que figurava o discurso oficial era a territorialização e conformação de uma rede de serviços no município, na qual as unidades de saúde teriam perfis definidos e se comunicariam na execução de suas ações, ainda que em níveis diferentes de atenção. As unidades se enquadrariam apenas nos perfis descritos no Quadro 3.

Quadro 3 Perfil das unidades de saúde do MRJ a partir de 2009

Atenção Primária

Centro Municipal de Saúde (CMS)

Clínica da Família (CF)

Atenção Secundária	Policlínica CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) UPA (Unidade de Pronto-Atendimento) Centro de Reabilitação
Atenção Terciária	Hospital Maternidade Instituto

Fonte: SUBPAV – Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, 2011

Os perfis definidos das unidades, bem como o papel de destaque da AB no sistema de saúde, ficam explícitos no PMS (2010-2013, p.109), por meio da apresentação do Programa Saúde Presente (PSP). Lançado em maio de 2009 e definido como “uma nova fase para a atenção à saúde na cidade”, sugere que a “população passa a contar com um sistema integrado e personalizado de atenção, no qual cada pessoa terá um médico que a acompanhará” e complementa afirmando que “quando necessário fará os encaminhamentos para outras especialidades, unidades ou para realização de exames”.

As diretrizes estratégicas do Programa apontam para o destaque da AB no modelo de organização e para mudanças pretendidas no modelo de gestão:

- Ampliar a cobertura assistencial dos programas de atenção básica a partir de uma nova estratégia de Saúde da Família e da garantia de acesso à atenção primária.
- Modernizar a gestão e melhorar a infraestrutura da rede municipal de saúde visando a otimização dos gastos públicos na área de saúde

Ou seja, além de situar a AB na porta de entrada do sistema de saúde, infere a este nível a condição de coordenar o cuidado, filtrar as demandas dos territórios e atingir as metas de reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna. Para isso, assume-se o compromisso de garantir uma cobertura de 55% do PSF em 2013.

O orçamento inicial proposto para a AB municipal nos três anos subsequentes, inclusive já contido no Plano Plurianual (2010-2013), era de aproximadamente R\$ 2,1 bilhões, o que representava 21% do total de recursos da SMSDC para o período. Cabe

ressaltar que o orçamento do ano anterior para AB representava 12% do total de recursos da SMSDC.

Como já visto, o ano de 2009 foi marcado por uma fase de planejamento e definição de estratégias para o sistema de saúde. Entre as principais apontadas para a expansão da cobertura populacional estimada da AB, está a apresentação de uma nova unidade, o protótipo de Clínica da Família, do Programa Saúde Presente. Trata-se de um modelo de unidade de saúde diferente daqueles existentes no município até 2008, candidata a ser a “marca da gestão” que, juntamente com os CMS, comporia a AB do município.

As CF são, grandes unidades de saúde, com estrutura física diferenciada do ponto de vista estético e, geralmente, com cinco ou mais eSF atuando no seu interior. Esse arranjo, sobretudo no que diz respeito ao número de equipes em cada unidade, impulsionou a sua implementação em regiões cuja densidade populacional era muito grande, como os complexos de favelas do município e bairros da periferia.

Figura 2 Protótipo de Clínica da Família, do Programa Saúde Presente.



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro - PMS (2010-2013)

As unidades de AB municipais podem ainda ser classificadas segundo sua cobertura territorial pela ESF: as unidades com todo território coberto por eSF são chamadas de tipo A; aquelas com parte do seu território coberto por eSF são consideradas tipo B; e aquelas que não possuem eSF são intituladas tipo C.

Na apresentação das unidades de saúde exposta na página de internet da SMS³¹, as CF e os CMS possuem definições diferentes, como unidades de AB do município. As CF são constituídas exclusivamente de eSF, ao passo que os CMS podem ou não contar com eSF funcionando em sua estrutura. O fato é que, independente das particularidades de cada unidade, segundo a SMSDC, a tipificação e a lista de serviços oferecidos pelas duas é a mesma: consulta individuais e coletivas, visita domiciliar, saúde bucal, vacinação, pré-natal, exames de radiologia simples, eletrocardiograma, exames laboratoriais (sangue, urina e fezes), ultrassonografia, curativos, planejamento familiar, vigilância em saúde, teste do pezinho, tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos.

Ainda segundo o Entrevistado 1, atividades incorporadas às CF como exames de radiologia, ultrassonografia e coleta de amostra sanguínea, foram pensadas tanto do ponto de vista da resolutividade da AB, quanto do impacto político de determinadas tecnologias na percepção da população acerca das novas unidades.

[...] a população tem uma percepção de que a tecnologia agrega valor pro serviço de atenção primária. Então o prefeito cobrou muito que as unidades fossem resolutivas e tivessem tecnologia incorporada [...] A UPA tem um raio x e pra percepção da população o raio x é muito importante, então as clínicas, todas, novas, foram aparelhadas com aparelho de raio x e com a ultrasonografia [...] as unidades todas foram aparelhadas para ter uma carteira de serviços um pouco ampliada. Laboratório todas, todas as unidades têm laboratório (ENTREVISTADO 1).

Essa perspectiva tecnológica acerca das Clínicas da Família é complementada pela fala do Entrevistado 2, referindo que a proposta era:

[...] que a gente tivesse realmente uma atenção primária que fosse resolutiva e que as pessoas pudessem ver o valor da atenção primária no cuidado à saúde, porque a gente fala “ah, a atenção básica pode resolver 80%, 85% dos problemas” e a gente trabalhou nessa direção, com a carteira de serviço, com a qualidade nas clínicas que foram inauguradas, com a qualidade tecnológica [...] (ENTREVISTADO 2).

As demais unidades, no que concerne às suas nomenclaturas e estrutura de funcionamento (PS, PACS, UACPS, PSF, PAM, PU) foram extintas e atualmente dois tipos de unidades prestam serviços no primeiro nível da atenção: CMS e CF. Ainda

³¹ <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>> / <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/centros-municipais-de-saude>>

que os CMS sejam estruturas em alguns casos com décadas de existência, segundo o Entrevistado 1, os serviços prestados pelas duas unidades são orientados por uma mesma carteira de serviços.

Todos os outros, as outras nomenclaturas a gente extinguiu e a gente manteve somente uma única nomenclatura, Centro Municipal de Saúde ou a marca da gestão é Clínica de Família. Mas tanto a Clínica de Família quanto o CMS têm a mesma carteira de serviços ou tem a mesma tipificação dentro da gestão, como uma unidade de AP (ENTREVISTADO 1).

A carteira de serviços elaborada e implementada a partir de 2010, estabelece como atribuição da AB municipal uma lista densa de procedimentos e ações em saúde que pretendem, no caso do MRJ, aumentar (ou ao menos corroborar) o escopo do primeiro nível da atenção no sistema de saúde. Essas ações estão divididas em subgrupos: Adulto/Idoso, Criança e Adolescente, Saúde Mental, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Procedimentos/Cirurgias ambulatoriais e Manejo de Situações de Urgência e Emergência³².

O principal objetivo da carteira, segundo o governo, é nortear e uniformizar as ações de saúde realizadas em todo o território municipal. Aspectos referentes à organização dos serviços e funcionamento das unidades também estão contemplados no documento, com discriminação do que é obrigatório para todas as unidades, obrigatório somente para aquelas do tipo A e B ou mesmo serviços opcionais ofertados mediante aprovação de cada A.P.

É interessante ressaltar que, no que tange ao funcionamento diário, o documento municipal que trata da carteira de serviços³³, define para as unidades com quatro ou mais eSF, que a mesma deverá funcionar, obrigatoriamente, de 8h às 20h, de segunda à sexta-feira e de 8h às 12h aos sábados. Além disso, define critérios para a composição dos horários das equipes e componentes mínimos para o funcionamento adequado das unidades.

Em linhas gerais, o documento menciona um amplo número de doenças, exames laboratoriais, assistência farmacêutica com disponibilização dos medicamentos da RENAME em cada unidade, atendimento para casos de urgência e

³² A lista de ações e procedimentos, considerada pela equipe de gestão uma lista abrangente, consta como anexo nesse trabalho em razão do número de ações e procedimentos nela presentes.

³³ Documento na íntegra disponível em: <http://subpav.org/index.php?p=cart>

emergência, ações de promoção e de vigilância em saúde. De fato, trata-se de uma carteira abrangente de serviços para o escopo da AB.

Elaborar e disponibilizar este documento, por sua vez, não garante que todas as unidades se apropriem de todas as ações e procedimentos recomendados como responsabilidade da AB. Aspectos como a sobrecarga da equipe ou da unidade de saúde, a inexperiência do médico ou desconhecimento acerca do papel da AB como coordenadora do cuidado, podem dificultar a uniformização da prestação de serviços.

Nesse contexto, foi elaborada por parte da equipe de gestão uma ferramenta que reúne um conjunto de indicadores, chamada “carteirômetro”, objetivando o monitoramento das unidades quanto à realização ou não dos procedimentos da carteira de serviços. A aplicação desse recurso contribui para a que as unidades não limitem os serviços oferecidos e, com isso, diminuam o escopo da AB em determinados territórios.

O ano de 2010, além da elaboração da carteira de serviços, também marcou a gestão da AB, segundo o discurso oficial, devido à definição dos protocolos clínicos de atendimento e o início do pagamento por *performance*.

Os protocolos clínicos (ou linha de cuidados) consistem, como o próprio nome sugere, na definição de ações e condutas dos profissionais e equipes a partir do quadro clínico ou agravos apresentados pelos pacientes. Entre os protocolos elaborados pelo município disponíveis no site da SUBPAV estão o Protocolo de Enfermagem, depressão, pré-natal, ansiedade, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, DST, hipertensão e doenças cardiovasculares.

Cabe ressaltar que os Cadernos de Atenção Básica, manuais referenciados pelo Ministério de Saúde para a assistência no primeiro nível de atenção, também são disponibilizados no site da subsecretaria e compõe a lista de materiais oficiais sugeridos para a assistência no município.

Já no caso do pagamento por desempenho, o modelo do MRJ seria inspirado em dois casos europeus, Portugal (2005 – 2010) e Inglaterra (1991 – 2000)³⁴, ainda que com algumas adaptações devido às particularidades do município.

³⁴ Apresentação realizada pelo então subsecretário da SUBPAV, no Ciclo de Debates da ENSP: conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família, em maio de 2013.

O pagamento é norteado por três grupos de variáveis: o primeiro deles para os gestores das Organizações Sociais, com recursos a serem utilizados no objeto de determinado contrato de gestão, cujo objetivo é “induzir boas práticas na gestão da OS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMSDC”; o segundo grupo de variáveis é destinado às equipes, com um incentivo de R\$ 3.000,00 a serem investidos na própria unidade, em elementos a serem definidos pela equipe consensualmente; e o terceiro grupo de variáveis referentes ao pagamento direto aos profissionais. As variáveis do grupo 3, segundo a SUBPAV, são compostas levando em consideração aspectos locais, como perfil epidemiológico e correspondem à um incentivo de 10% do salário base para aqueles que atingem metas estabelecidas.

Estes elementos elaborados a partir de 2010, no entanto, aparecem também como estruturantes do eixo estratégico do ano seguinte. Segundo o Entrevistado 1, tanto o pagamento por *performance*, considerando as variáveis acima, quanto os protocolos clínicos, seriam os indutores da gestão da clínica³⁵ em 2011. Ou seja, seriam utilizadas como as duas principais ferramentas de gestão para uniformizar o atendimento e, desse modo, a própria AB.

[...] 2010, que também a Gestão da Clínica, foi o ano de valorização da Gestão Clínica, onde a gente conseguiu desenhar todas as linhas de cuidado, que a gente ia implantar na Secretaria e foi o ano que a gente implementou o pagamento por performance, baseado aí no desempenho clínico das pessoas (ENTREVISTADO 1).

O eixo estratégico para o ano de 2011 foi governação clínica e gestão do conhecimento. Nesse eixo, além da gestão da clínica e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a qualificação dos profissionais e a inovação na prestação de cuidados aparecem no discurso oficial.

No caso do MRJ, a gestão da clínica seria induzida, sobretudo, por meio do pagamento por desempenho e seus indicadores já citados nos parágrafos anteriores. Ou seja, o padrão de qualidade da atenção definido pela gestão, seria perseguido,

³⁵ De acordo com Mendes (2011), a gestão da clínica é constituída por um conjunto ferramentas de microgestão, cujo objetivo precípua é prover uma atenção à saúde de qualidade. Além disso, prevê a eficiência e a assistência prestada no tempo certo, de forma oportuna e equitativa. As tecnologias da gestão da clínica, ainda segundo o autor são: diretrizes clínicas; gestão da condição de saúde; gestão de caso; auditoria clínica e lista de espera.

principalmente, a partir dos indicadores de pagamento por desempenho de cada equipe e das linhas de cuidado.

A gestão do conhecimento, por sua vez, estaria dividida em dois aspectos: produção de material próprio para consulta (protocolos, manuais, guias e etc), o que se chamou de “conhecimento objeto”. E outro aspecto, dito “conhecimento processo”, que trataria de propiciar condições para geração, transferência, retenção e aplicação do conhecimento.

Para tanto, referiu-se a criação de, ao menos, um Observatório das Tecnologias da Cidade do Rio de Janeiro de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS) para cada A.P. O objetivo, nesse caso, é garantir estrutura para armazenamento e processamento das informações produzidas no território, além de ser um espaço para formação complementar dos profissionais da saúde.

Outra estratégia de gestão do conhecimento e formação complementar dos profissionais da AB iniciada em 2011 foi a realização de parcerias com as instituições formadoras da cidade, com oferta de cursos de qualificação e atualização, além da oferta de pós-graduação lato e stricto-sensu.

A gente montou o mestrado profissional no Saúde da Família junto com a ENSP. [...] Completamos a formação de mil técnicos de Agente de Vigilância em Saúde. A inserção de diversos profissionais. Montamos a maior residência de Medicina de Família e Comunidade do país. É um investimento pesado em formação [...] (ENTREVISTADO 1).

A formação complementar e a formação específica para atuar na AB, no contexto do MRJ, é referida pela gestão como uma das vias de garantir sustentabilidade à política de AB. Nesse cenário, a manutenção de profissionais preparados para atuar na AB sob os pressupostos vocalizados pelo discurso oficial é essencial, já que entre 2010 e 2011 o número de eSF implementadas na cidade saltou de 266 para 506.

No ano seguinte, em 2012, a tônica do discurso oficial e o foco da gestão era garantir a sustentabilidade e o desenvolvimento da política de AB nos moldes construídos até então, tanto no que diz respeito ao aspecto financeiro, quanto ao organizacional.

Diante do que já havia sido implementado até então, era preciso garantir que aquele modelo seria capaz de dar conta do que se propunha e, com isso, manter a expansão no ritmo pretendido. O que se vê no discurso daqueles que participaram do processo desde 2009, é que ainda que a AB tivesse assumido um papel de destaque na política de saúde, era preciso garantir os resultados adequados, assim como destaca o entrevistado 1.

E no ano de 2012 agora, o principal objetivo estratégico é sustentabilidade e mostrar que a gente pode ter um Sistema com 100% de cobertura de Saúde da Família, gastando menos de 25% do orçamento do Município e gastando menos de 60% do orçamento da Saúde. E mostrando que é sustentável a gente ter um Sistema com uma Atenção Primária forte, um Sistema hierarquizado, organizado se a gente fizer um trabalho adequado (ENTREVISTADO 1).

A garantia dos resultados anunciados por aqueles que conduziam a reforma seria fundamental para sustenta-la politicamente, visto que o orçamento conferido à AB aumentou expressivamente entre esses anos e o espaço da AB na agenda governamental não se dava sem disputa.

Outro aspecto relevante do discurso oficial referente ao ano de 2012 é o fortalecimento dos mecanismos de coordenação do cuidado na AB. A implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o acesso a consultas com especialistas e procedimentos hospitalares eletivos, condicionou o contato prévio pelo médico de família ou clínico geral de algum CMS.

De 2012 pra cá, a gente começou a ter todas as nossas consultas ambulatoriais de especialidades sendo reguladas pelas unidades de AP. então a coordenação do cuidado do paciente, mesmo em outras unidades, se dá a partir das unidades de AP, a partir das clínicas da família e CMS, através do SISREG [...] Nas Policlínicas Municipais hoje, ninguém acessa um especialista, sem ter passado pela Atenção Primária. (Entrevistado 1).

A unidade de AB é responsável³⁶ pelo encaminhamento para atenção especializada e deve realizar a notificação ao paciente no caso de marcação da

36 Uma vez que a cobertura populacional estimada esteja próxima dos 40%, é factível que pessoas não estejam cobertas por eSF ou não saibam o seu CMS de referência. Nesse contexto, uma

consulta ou procedimento. Além disso, existem critérios para essa regulação e o paciente, segundo o Protocolo do Regulador³⁷ da SMSDC, pode ser enquadrado em quatro níveis de prioridade no momento da solicitação do exame/procedimento:

- Vermelho, para situações clínicas graves, que necessitam agendamento prioritário em até 30 dias;
- Amarelo, para situações clínicas que necessitam agendamento em até 90 dias;
- Verde, para situações clínicas que necessitam agendamento em até 180 dias;
- Azul, para os casos que não necessitam agendamento prioritário, podendo aguardar mais de 180 dias.

Uma vez solicitado o encaminhamento, um regulador responsável pela unidade de AB analisa o caso e procede ou não com o agendamento. A fala de um dos entrevistados explicita o papel do regulador na garantia do acesso dos pacientes aos demais níveis de atenção.

O regulador é o responsável técnico por aquela unidade. E ele define se aquele procedimento vai ser autorizado ou não para aquela pessoa poder progredir para outros níveis de atenção. E além de realizar o cuidado do território e organizar as principais ações do território, tanto de atenção, quanto de promoção, quanto de vigilância, também realiza a coordenação do cuidado dos pacientes com os outros níveis de atenção (Entrevistado 1).

Além da definição de critérios para a referência de pacientes à atenção especializada, vale ressaltar a importância do estabelecimento claro de prazos para agendamento dos procedimentos e consultas, tanto do ponto de vista da equipe, no sentido de organizar o cuidado da população de seu território, quanto dos próprios pacientes que necessitam atenção especializada, pela clareza acerca do próprio tratamento.

ferramenta desenvolvida pela gestão é o “Onde Ser Atendido”, que através da inserção do CEP do paciente, apresenta a unidade e o nome dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

³⁷ Trata-se de documento que busca definir a organização dos serviços de AB, com orientações e condições para viabilizar o acesso a outros serviços do sistema de saúde municipal. Disponível em: http://subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf> A ficha de encaminhamento consta como anexo deste trabalho.

O Entrevistado 2 ressalta a importância da definição clara de prazos e organização do sistema de modo a atender com qualidade e no tempo adequado às demandas da população:

Em qualquer lugar do mundo é assim, existe um prazo que você pode esperar para um procedimento eletivo e um prazo que tem que ser menor para um outro procedimento que requer mais urgência [...] se você tem alguma necessidade que pode ser agendada a gente quer trabalhar com você numa linha de confiança e dizer que você vai esperar 15 dias ou que você vai esperar 3 semanas ou 4 semanas [...] Então eu acho que a regulação nos seus diversos componentes, o componente ambulatorial, o componente de urgência e emergência e o componente eletivo, é um desafio que a gente está muito focado pra estruturar porque a gente acha que são fios absolutamente necessários pra rede ficar de pé (ENTREVISTADO 2).

A coordenação do cuidado, que seria assegurada pela implementação das linhas de cuidado e do SISREG, aparece também como eixo estratégico para a gestão no ano de 2013. Ademais, a referida vinculação pessoa a pessoa, a organização das listas de pacientes e a prestação de contas figuram esse momento da política, conforme o discurso oficial.

Segundo apresentação do então Secretário Municipal de Saúde³⁸, em fevereiro de 2014, o planejamento para 2013 tinha como objetivo definir regras claras entre os atores do sistema através de algumas ferramentas de regulação e coordenação do cuidado: Manual do Regulador, Formulários Padrões, comunicação escrita entre as unidades e definição de responsabilidades das mesmas.

Além disso, o início da organização das listas de pacientes se deu, sobretudo, por meio do cadastramento e foi atribuída como responsabilidade das coordenações de A.P. Cada CAP seria encarregada de definir sua abrangência, considerando todas as unidades de AB do seu território, com a garantia de que nenhuma região permanecesse descoberta.

O quadro abaixo sistematiza, para fins didáticos, os eixos estratégicos e as principais ações referentes à política de AB no MRJ entre 2009 e 2013. Muitos desses processos, no entanto, não se esgotam no ano citado, guardam complexidades

³⁸ Apresentação realizada no Ciclo de Debates da ENSP, em fevereiro de 2014.

inúmeras para sua implementação e dependem de diversas medidas para seu sucesso e sustentabilidade política.

Quadro 4 Eixos estratégicos e principais ações enunciadas pelo discurso oficial referente à AB entre 2009 e 2013

Ano	Eixo Estratégico	Principais Fatores
2009	Mudança organizacional e administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Definição da Rede • Construção do TEIAS (territorialização) • Bases da Reforma Administrativa e contratualização • Lei e Decreto das OSs
2010	Ampliação do acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração da carteira de serviços • Elaboração dos protocolos clínicos/linhas de cuidado • Início do pagamento por desempenho/performance
2011	Governança Clínica e Gestão do Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Foco na gestão da clínica e melhoria da qualidade da assistência • Formação complementar dos profissionais e parcerias com instituições formadoras
2012	Sustentabilidade e Desenvolvimento da AB	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenciar a sustentabilidade financeira da política de AB diante do que já havia sido implementado • Implementação do SISREG e descentralização da regulação para a APS
2013	Coordenação do cuidado e Accountability	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimoramento dos mecanismos de coordenação do cuidado • Organização das listas de pacientes adscritos de cada eSF

Fonte: elaboração própria a partir de documentos oficiais da SUBPAV

Ao final de 2013, a AB municipal contava com uma cobertura populacional estimada da Estratégia Saúde da Família de 39,41%, o que significa 730 eSF atuando no sistema de saúde, frente às 165 referentes à 2009. Um aumento expressivo como esse, por si só, já implicaria mudanças importantes em vários aspectos do primeiro nível de atenção e do sistema como um todo.

Para consecução de tais medidas, no entanto, ainda em 2009, um arcabouço jurídico foi delineado para a posterior expansão dos cuidados primários. Entre maio e junho do referido ano, respectivamente, houve a aprovação de uma lei autorizando a transferência da gestão da AB para entidades privadas sem fins lucrativos e um decreto que regulamentou a lei e definiu os critérios que permitiam a qualificação dessas entidades como Organizações Sociais³⁹.

Modelo de gestão

Para o discurso oficial em relação à gestão, a justificativa da contratação de Organizações Sociais seria “flexibilizar” os processos administrativos e a gestão de recursos humanos, e, com isso, viabilizar as mudanças no tempo planejado. Ou seja, buscava-se agilizar os processos de compra de insumos da SMS, referidos como lentos, e garantir a contratação ágil de profissionais para a execução da expansão dos serviços sem implicações para a lei de responsabilidade fiscal.

Em mensagem aos vereadores no dia 5 de fevereiro de 2009, o prefeito Eduardo Paes dá o tom desta justificativa e, na ocasião, pede urgência na discussão do projeto de lei que trata das OS município:

Seu propósito central é proporcionar um marco institucional, permitindo a adoção da sistemática prevista na norma federal, possibilitando a modernização das formas de contratação de serviços públicos, introduzindo novas formas de gestão, seguindo experiências inovadoras e de sucesso adotadas por outras unidades da Federação. As Organizações Sociais desempenham funções de interesse supraindividual. Pretende-se, assim, permitir que o Poder Público qualifique essas organizações não governamentais, sob certas condições, para que prestem atividades de interesse público mediante várias formas de fomento por parte do Estado.⁴⁰

Sobre as justificativas, o Entrevistado 1 complementa que:

[...] outro desafio era fazer a implantação rápida, com qualidade e sem precarizar alguns princípios que são importantes [...] os processos de compra

³⁹ Trata-se da Lei Municipal 5.026, de 19 de maio de 2009 que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências, bem como o Decreto 30.780, de 2 de junho do mesmo ano, que regulamenta a referida lei.

⁴⁰ Mensagem número 5, do dia 16 de fevereiro, enviada pelo prefeito Eduardo Paes aos vereadores do município do Rio de Janeiro. O documento foi apresentado pelo Vereador Paulo Pinheiro em evento que discutiu o modelo de gestão da AB no MRJ em março de 2013.

na secretaria e na prefeitura como um todo levam mais de um ano pra material permanente e os concursos levam, públicos, passam por diferentes instâncias e em 2008, quando a gente entrou a gente tinha um concurso público vigente pra agente de endemias e, esse concurso a gente só conseguiu chamar os agentes efetivamente no ano de 2010. [...] a gente precisava de modelos de gestão que dessem maior flexibilidade e garantissem uma gestão mais adequada de todo esse recurso que seria investido nesse planejamento. [...] e dentre as opções, montar um modelo da administração direta puro, que seria inviável pelas questões legais, pelos tempos pra que isso pudesse acontecer. (ENTREVISTADO 1)

A opção pela contratação de Organizações Sociais em detrimento de outros modelos de gestão (administração direta, empresa pública e etc.) presentes no debate se deu, nas palavras do Entrevistado 1, pois “o RJ tinha uma estrutura social com estruturas e fundações de apoio muito forte”, o que favoreceu essa escolha.

Os vínculos trabalhistas precários e variados dos profissionais de AB também figuram entre as justificativas para adoção desse modelo, haja vista possibilidade de estabelecer contratos de trabalho que garantissem os direitos trabalhistas e certa uniformização para a AB municipal.

A escolha das OS como modelo de gestão, no entanto, também guarda relação com outras experiências já realizadas no Brasil, incluindo capitais de grande porte que implementaram anteriormente serviços sob gestão de Organizações Sociais. Segundo o Entrevistado 2, foram realizadas visitas a diversas cidades para reconhecimento destes serviços e apreensão do modelo para implementação no MRJ.

E também essa opção não foi uma opção criada do nada, foi uma opção também espelhada em outras experiências do governo federal, de governos estaduais e municipais. [...] Então a gente teve essa possibilidade e eu participei disso, nós fizemos visitas a outros lugares, fomos a São Paulo, outros grupos foram a outros lugares do Brasil, Florianópolis, Porto Alegre, áreas do nordeste que tem mais esse modelo mais bem desenvolvido (ENTREVISTADO 2).

Não obstante outras experiências tenham subsidiado a formulação do município do Rio de Janeiro, segundo os gestores, um grau de inovação importante seria necessário devido à magnitude da expansão pretendida. Diante da cobertura inferior aos 10% e com planejamento para 55% ao final do primeiro mandato, tratava-

se de praticamente a totalidade de um dos níveis de atenção do sistema de saúde municipal sob a administração de Organizações Sociais.

Uma das características particulares desse modelo é a convivência de várias Organizações administrando os serviços de AB em diferentes AP de todo o município e estabelecendo uma espécie de “competição administrada”, monitorada pela gestão através de indicadores previamente definidos. Nas palavras do Entrevistado 3:

O município do Rio optou por um caminho curioso que foi uma espécie de competição administrada entre OS, então eu não vou dar tudo na mão de cinco ou seis OS, vou contratar OS e vou montar um painel de indicadores pra eu poder monitorar, acompanhar e ver como é que está o desempenho de cada uma [...] (Entrevistado 3)

Antes de se estabelecer uma parceria entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e uma OS, entretanto, a lei prevê duas etapas impreteríveis: a qualificação da entidade como Organização Social e a aprovação de suas condições de prestar os serviços pretendidos através de convocação pública, publicada em Diário Oficial.

A qualificação é realizada pelo Poder Executivo Municipal, através de uma Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI) criada a partir do Decreto 30.780 de junho de 2009. Essa Comissão é presidida pelo Secretário Municipal de Saúde e conta ainda com a participação do Procurador Geral do Município, Controlador Geral do Município, Secretário Municipal de Fazenda e Secretário Municipal de Administração.

Segundo o texto da lei, o Executivo municipal deve qualificar como OS somente as “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte”. No caso específico da saúde, as entidades só poderão atuar se suas atividades forem destinadas ao setor.

Entre os pré-requisitos para a qualificação de uma entidade como OS estão:

- Natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- Finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

- Obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão com o Município;
- Ter sede ou filial localizada no Município do Rio de Janeiro;
- Estar constituída há pelo menos dois anos no pleno exercício das atividades citadas no caput do art. 1º desta Lei
- Comprovar a presença, em seu quadro de pessoal, de profissionais com formação específica para a gestão das atividades a serem desenvolvidas, notória competência e experiência comprovada na área de atuação;

Uma vez qualificada como OS pelo executivo municipal, a referida entidade está apta a responder à convocação pública e estabelecer parceria com o Município para fins de execução dos serviços especificados no Contrato de Gestão.

Os contratos constituem a ferramenta que celebra a parceria entre o Município e a entidade e, por sua vez, devem estar contidos no documento as responsabilidades do poder público, bem como da entidade contratada, com a definição de metas, valores e prazos para execução das ações. Ademais, cabe reiterar que o mesmo tem vigência de dois anos, podendo ser renovado por igual prazo uma vez e pela metade do prazo também uma vez, caso as metas sejam atingidas em no mínimo 80%.

Até dezembro de 2013, cinco Organizações Sociais haviam firmado contrato com a Secretaria Municipal de Saúde do MRJ, distribuídas entre todas as Áreas Programáticas da cidade. Apresentaremos uma caracterização destas entidades, assim como sua atuação no território municipal no capítulo 4 deste trabalho.

É importante ressaltar que esse processo não se deu de forma linear, com conexões naturais entre um elemento e outro e sem conflitos na arena política. Ou seja, ao passo que um diagnóstico era dado e uma estratégia construída pela gestão, também avançavam medidas políticas e administrativas para viabilizar a implementação das ações nos moldes pretendidos, assim como será abordado adiante.

Deste modo, percebe-se que a referida expansão está acompanhada de diversas mudanças na estrutura, gestão de recursos humanos, processo de trabalho e percepção dos usuários acerca da AB municipal. Discutiremos esses aspectos a seguir, a partir de dados oficiais e dos dados da pesquisa de avaliação externa do

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

4. A organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro

No capítulo anterior, buscou-se compreender como se deu o processo político de formulação e implementação da política atual de AB no MRJ, com atenção para as opções acerca dos modelos de organização e gestão adotados. Tratou-se, principalmente, de apresentar a política a partir do discurso oficial dos gestores da saúde atuantes no governo.

Com destaque para características estruturantes da expansão da cobertura populacional estimada da AB engendrada a partir de 2009, descreveremos neste capítulo a situação atual da política, considerando a estrutura, oferta de serviços, funcionamento das unidades, processo de trabalho, gestão de recursos humanos e a percepção dos usuários.

Foram utilizados dados gerais extraídos das bases dos seguintes bancos de dados: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), publicações da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) e, sobretudo, dados obtidos a partir dos resultados da terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que consiste na pesquisa de avaliação externa e averiguação das condições de acesso e qualidade das equipes de AB

Nesse contexto, com o objetivo de compreender o papel ocupado pela política de AB na constituição da rede de serviços, faz-se adiante uma breve caracterização do sistema municipal de saúde atualmente. Não se pretende abordar todos os elementos concernentes à saúde do MRJ, tampouco expressar toda a sua complexidade, mas elucidar, em linhas gerais, algumas de suas principais características e particularidades.

4.1 O município do Rio de Janeiro: características demográficas e epidemiológicas

Atualmente com uma população de aproximadamente 6,5 milhões de habitantes e um território de 1.200,278 km², o Rio de Janeiro é a maior cidade do

estado e a segunda mais populosa do país. A maioria de seus habitantes é do sexo feminino, cuja razão de sexos é de 88%, média inferior à nacional (95%) e também à regional (94%).

Do ponto de vista econômico, é a segunda maior cidade do país, atrás apenas de São Paulo, com um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 200 bilhões, o que representa cerca de 5% do PIB nacional. O PIB *per capita* de R\$ 34,5 mil faz da cidade do RJ a quarta capital com melhor resultado, já que Vitória (ES), Brasília (DF) e São Paulo (SP) ocupam as três primeiras posições (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,799 é razoável quando comparado aos de outros municípios brasileiros. No entanto, tais variáveis, em linhas gerais, não expressam as desigualdades intramunicipais, pois a cidade é constituída de diferentes realidades, a julgar a região e o bairro em questão.

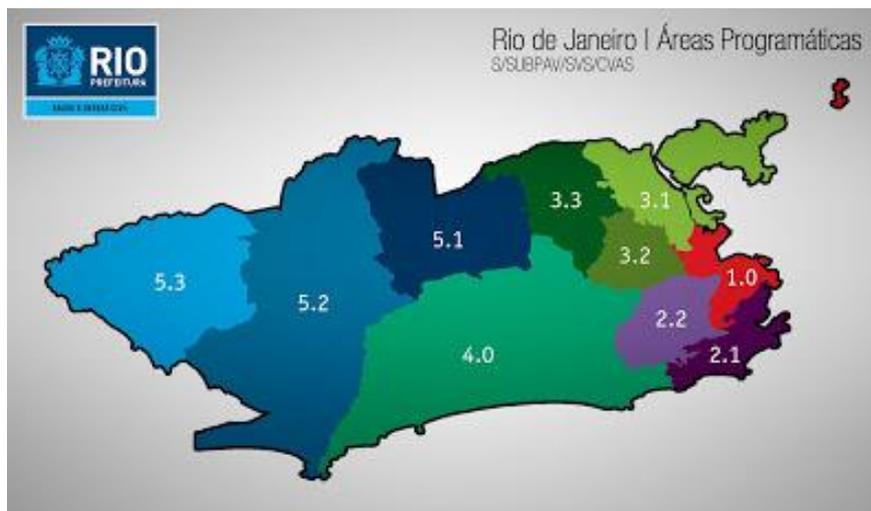
O território municipal está dividido em sete subprefeituras⁴¹, 10 Áreas Programáticas, 33 Regiões Administrativas e 161 bairros. Entre estas regiões, de acordo com dados publicados pelo IBGE (2010), estão distribuídas 763 favelas, com cerca de 1,3 milhões de moradores, aproximadamente 20% da população⁴².

A Figura 3 apresenta a divisão do território municipal em Áreas Programáticas, estruturas importantes para a organização da AB, assim como veremos adiante nesse capítulo.

⁴¹ Barra e Jacarepaguá, Centro e Centro Histórico, Grande Tijuca, Ilha do Governador, Zona Sul, Zona Oeste e Zona Norte.

⁴² Uma matéria publicada na página do Jornal O Globo explora tais dados e reitera que o MRJ é o município do Brasil com maior número de pessoas residentes em favelas, além de ser a cidade brasileira com maior número de favelas em seu território. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/rio-a-cidade-com-maior-populacao-em-favelas-do-brasil-3489272>

Figura 3 Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro



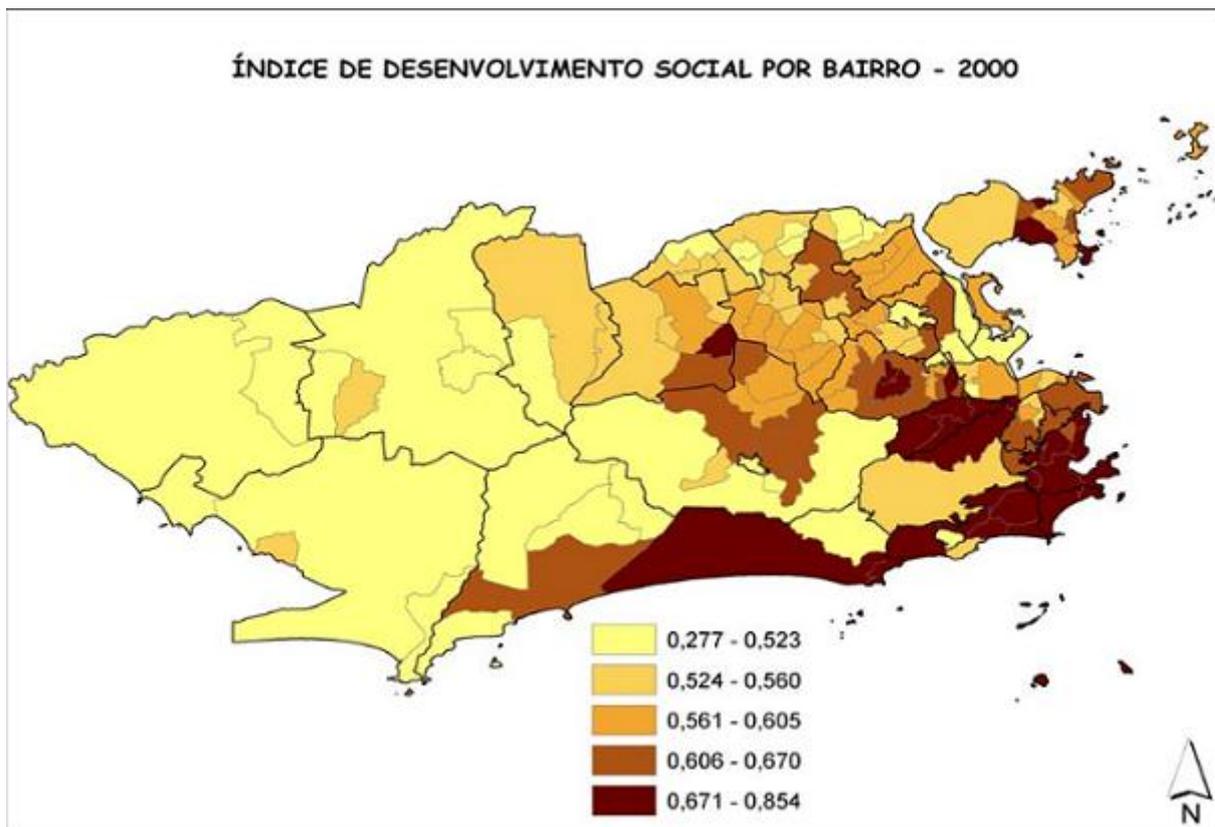
Fonte: SMS

As regiões apresentadas na figura 3 são diferentes entre si em vários aspectos (geográficos, culturais, sociais) e essas diferenças, reverberadas ao longo da história, se expressam de diversas maneiras na vida das pessoas. Como parte desse processo, têm-se regiões com diferentes condições de vida, conseqüentemente condições de saúde também distintas.

Um estudo publicado por Cavallieri e Lopes (2008) que buscou comparar as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro a partir do Índice de Desenvolvimento Social (IDS)⁴³, evidenciou que entre os 20 bairros com melhor desenvolvimento social, apenas quatro não estão localizados na A.P 2 (Zona Sul e adjacências). Bairros como Bangu, Santa Cruz, Maré, Manguinhos, Complexo do Alemão, Campo Grande, Jacarezinho e Cidade de Deus (entre as Zonas Oeste e Norte), demonstraram índices muito inferiores quando comparados às demais regiões (Figura 4).

⁴³ Índice desenvolvido pelos autores, inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano da ONU. O Índice de Desenvolvimento Social, segundo os seus desenvolvedores, é calculado com base em 10 variáveis distribuídas em quatro dimensões: acesso a saneamento básico; qualidade habitacional; grau de escolaridade; disponibilidade de renda.

Figura 4 Índice de Desenvolvimento Social por bairro - Município do Rio de Janeiro – 2000



Fonte: Cavallieri e Lopes (2008)

Não obstante as desigualdades entre as regiões sejam evidentes na cidade, o mesmo estudo aponta áreas de baixo índice de desenvolvimento social localizadas próximo aos bairros ditos nobres da cidade, como no caso das favelas da Rocinha e Vidigal, na Zona Sul⁴⁴.

Os bairros de menor IDS estão localizados na Zona Oeste, que também concentra os bairros mais populosos do município. Estes dois fatores associados conferem complexidade indiscutível na implementação de políticas públicas, principalmente porque denotam a necessidade de serviços para além do setor saúde.

Os serviços de saúde também estão distribuídos de forma desigual e as regiões apontadas como tendo baixo IDS por Cavallieri e Lopes (2008), são também referidas por Cazelli (2003) e Moura (2009) como regiões historicamente deficitárias no que tange à oferta de serviços públicos de saúde. Ou seja, as condições de vida em

⁴⁴ Uma das características do processo de favelização do MRJ é a proximidade de algumas comunidades aos bairros considerados tradicionais da Zona Sul, Centro e parte da Zona Norte, diferente de capitais como São Paulo, cuja favelização se dá de forma majoritariamente periférica.

determinadas regiões têm implicações evidentes para o processo saúde-doença e, concomitante a isso, há diferenças na capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde devido à distribuição desigual da oferta de serviços.

Outro fator importante para pensar na constituição do sistema de saúde municipal que dará conta do enfrentamento de parte dos problemas de saúde da população é o próprio perfil de adoecimento. No caso do Rio de Janeiro, entre as causas mais frequentes de internações, estão as afecções ou comorbidades crônicas relacionadas aos aparelhos cardiovascular, respiratório e gastrointestinal, assim como os acometimentos neoplásicos. Destacam-se ainda as internações em decorrência da gravidez e puerpério, que representam 23,1% do total (Tabela 2).

Tabela 2 Número de internações hospitalares no município do Rio de Janeiro segundo lista de morbidades do Cadastro Internacional de Doenças (CID - 10) entre janeiro e dezembro de 2013

Causa da internação	N	%
Algumas doenças infec e parasitárias	11.892	4,6
Neoplasias (tumores)	31.832	12,4
Doenças do sangue, órgãos hemat e trans imunitários	2.166	0,8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.061	1,6
Transtornos mentais e comportamentais	7.004	2,7
Doenças do sistema nervoso	4.141	1,6
Doenças do olho e anexos	3.591	1,4
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	650	0,3
Doenças do aparelho circulatório	19.338	7,5
Doenças do aparelho respiratório	13.503	5,2
Doenças do aparelho digestivo	24.212	9,4
Doenças do aparelho geniturinário	16.440	6,4
Gravidez e puerpério	59.362	23,1
Algumas afecções originadas no período perinatal	8.004	3,1
Lesões, envenena e conseq de causas externas	24.732	9,6
Outros	11.716	12,5
Total	257.387	100,0

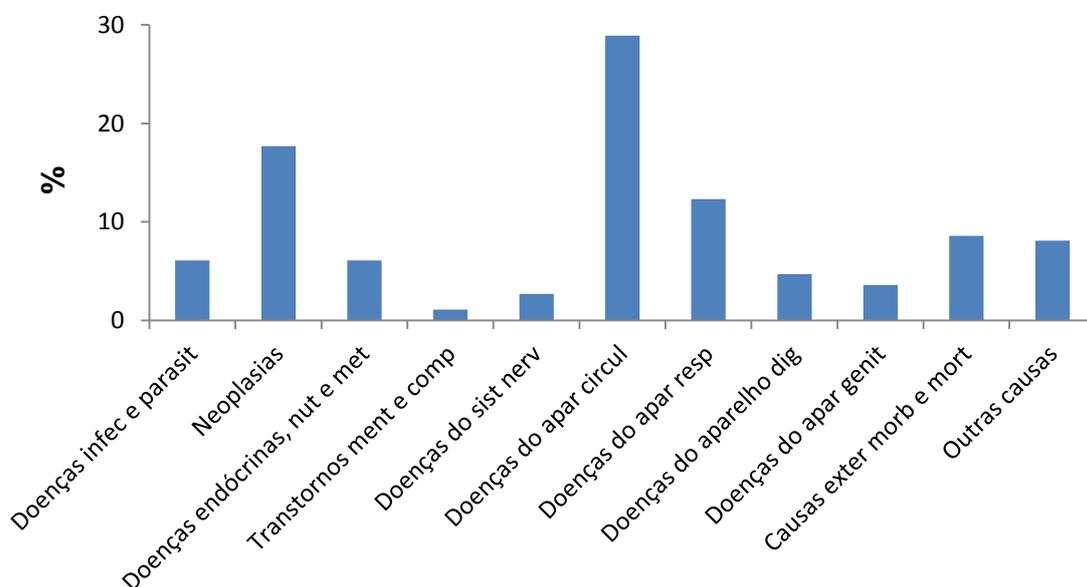
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

As internações por lesões, envenenamentos e consequência de causas externas também ocupam posição de destaque em relação ao total de internações,

ficando atrás apenas das neoplasias e gravidez e puerpério. Reitera-se novamente que, variáveis como idade e renda alteram esse padrão, visto que os acidentes e a violência estão entre as principais causas de morte de jovens entre 5 e 39 anos no Brasil, com impactos importantes para a saúde pública e necessidade de ações intersetoriais efetivas (SANTOS, 2008; MINAYO, 2004).

Já no que diz respeito à mortalidade segundo as principais causas no MRJ, sem considerar as possíveis diferenças entre as áreas do município e outras variáveis que influenciam o processo de adoecimento, tais como classe, escolaridade, sexo e idade, os números também acompanham a tendência nacional apontada por Batistella (2007), com protagonismo das doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Cabe destacar que o Gráfico 1 apresenta dados de 2012 devido à indisponibilidade de dados mais recentes no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

Gráfico 1 Proporção de mortes segundo causa no município do Rio de Janeiro em 2012



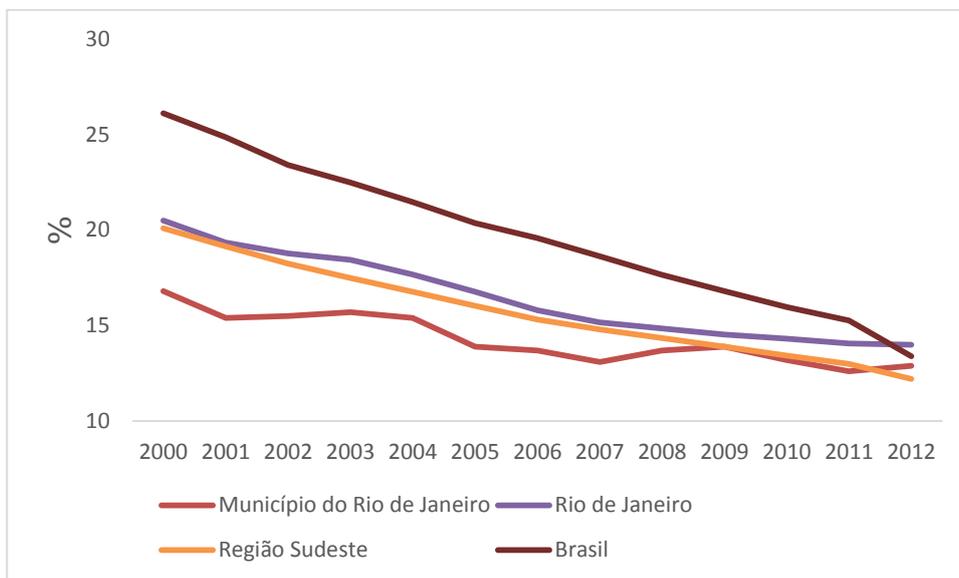
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Ainda no que se refere aos indicadores de saúde, utilizados nesse caso não somente para exprimir o padrão de utilização dos serviços de saúde da população, mas também caracterizar brevemente sua situação de saúde e condição de vida,

destaca-se a relevância de dados referentes à mortalidade infantil e mortalidade materna. Estes, por sua vez, guardam relação com as ações realizadas na AB, como atenção perinatal e puericultura. Além disso, expressam condições de vida e infraestrutura, como saneamento básico, alimentação, habitação, entre outros.

Em 2012, assim como apresenta o Gráfico 2, a taxa de mortalidade infantil no MRJ era de 14 para cada 1000 nascidos vivos, situação limítrofe em relação à meta de 15 óbitos por mil nascidos vivos estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) até 2015⁴⁵. Cabe destacar que os números municipais e brasileiros ainda podem ser considerados altos diante do número de mortes por causas evitáveis, que não por doenças congênitas ou distúrbios cromossômicos e, sobretudo, se compararmos com países centrais como Itália (2,9) e Espanha (3,1) e alguns países latino-americanos como Chile (7,7) e Cuba (4,8) (OCDE, 2014; OPAS, 2012).

Gráfico 2 Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil, Região Sudeste, estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro de 2000 à 2012



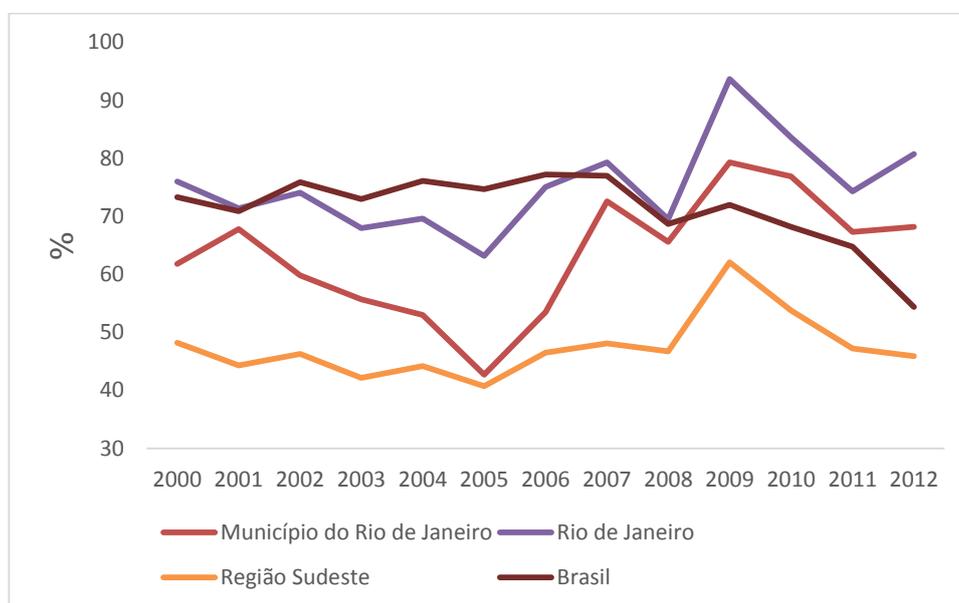
Fonte: Ministério da Saúde (SAGE)

No que diz respeito à mortalidade materna, os números do MRJ também se encontram em situação preocupante, acompanhando a taxa nacional, que vem se

⁴⁵ Metas de desenvolvimento do milênio.

mantendo acima de 40 para cada 100.000 mil nascidos vivos há mais de uma década, com períodos de oscilação, chegando a superar 70 óbitos em 2007 (Gráfico 3).

Gráfico 3 Taxa de Mortalidade Materna no Brasil, Região Sudeste, estado do Rio de Janeiro e MRJ de 2000 à 2012



Fonte: Ministério da Saúde (SAGE)

A situação explicitada acima evidencia, em linhas gerais, as condições de vida e de saúde da população da cidade do Rio de Janeiro. Esses dois aspectos estão inerentemente associados, considerando o processo social e histórico de adoecimento. Nesse caso, ainda que não seja possível que a estruturação do sistema de saúde dê conta de sanar na totalidade as causas do adoecimento, figura entre seus objetivos precípuos melhorar as condições de vida das pessoas.

4.2 Sistema de saúde municipal: características gerais

A forma como o sistema de saúde está estruturado e organizado para enfrentar os problemas que se manifestam no território é de extrema relevância. No caso do MRJ, assim como já descrito, suas heranças históricas têm impacto importante também na constituição do sistema de saúde, com uma oferta de serviços diferenciada e um número elevado de unidades de saúde.

O MRJ conta com um número expressivo de unidades de saúde de todos os níveis de atenção, em todas as esferas administrativas. Na rede pública, há de se considerar uma presença importante da esfera federal, sobretudo no que diz respeito às unidades hospitalares no território municipal. Já na rede privada, há um destaque importante para o número de clínicas especializadas e consultórios médicos, embora o número de hospitais gerais e especializados seja deveras considerável se comparado ao da rede pública.

No nível primário, por sua vez, destaca-se o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Saúde (CS), bem como de unidades que oferecem apoio à AB, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAP). A Tabela 3 evidencia a capacidade instalada do município segundo tipo de unidade e esfera administrativa, salientando alguns aspectos.

Tabela 3 Estabelecimentos de saúde localizados no município do Rio de Janeiro segundo tipo e esfera administrativa em julho de 2014

Tipo de Estabelecimento	Federal	Estadual	Municipal	Privada
CAPS	1	3	24	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	1	29	190 ⁴⁶	24
Clínica especializada/Ambulatório especializado	4	3	9	1690
Consultório	1	-	-	1472
Hospital Especializado	14	9	16	65
Hospital Geral	15	13	12	103
Hospital Dia	-	-	-	19
Policlínica	2	4	9	58
Posto de Saúde	-	-	2	1
Pronto Atendimento	-	16	18	2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	20	3	-	684
Outros		28	26	21
Total	58	108	305	4139

Fonte: CNES

A participação do setor privado na saúde municipal é muito expressiva, de modo que o número de unidades de todos os tipos, exceto posto de saúde, pronto atendimento e CAPS, é maior nesse setor do que na esfera pública nos três níveis.

⁴⁶ Esses dados são posteriores à reforma recente de expansão dos serviços e aumento do número de unidades por meio da implementação das Clínicas da Família. Em 2008, o número de unidades básicas de saúde do município era 115.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2014), em março de 2014 o número de beneficiários de planos de saúde privados no município era de aproximadamente 3,6 milhões, ou seja, cerca de 57% da população. Isso explica, em dada medida, o número de instituições privadas de todos os tipos instaladas na cidade e, ademais, confere uma complexidade importante ao pensarmos a saúde na perspectiva de um sistema integrado, com influência de aspectos para além do setor saúde.

Vale considerar que essa participação se dá não somente na forma de seguro, para aqueles que não dependem exclusivamente do SUS na assistência à saúde. O setor privado está presente no SUS com uma oferta expressiva de serviço de diagnose e terapia, além de quantidade importante de leitos privados conveniados.

A tabela 4 reforça esse papel do setor privado conveniado e, principalmente, não conveniado ao SUS no MRJ através do número de leitos de internação disponíveis. Nota-se que há pouca diferença entre Rio de Janeiro e São Paulo, capitais mais populosas da região Sudeste e com oferta importante de serviços privados de saúde, tendo em vista que a população da capital paulista é quase o dobro da carioca.

Tabela 4 Número e distribuição de leitos de internação nas capitais da região Sudeste e Brasil - julho de 2014

Cidade / Região	Leitos SUS					Leitos não SUS	
	Público		Privado		Leitos SUS por 1000 hab	N	% não SUS do total de leitos
	n	%	n	%			
Rio de Janeiro	10.055	87,6	1.431	12,4	1,80	9.054	44,0
São Paulo	10.097	66,4	5.121	33,6	1,28	12.761	45,6
Belo Horizonte	2.329	44,1	2.962	55,9	2,12	3.205	37,7
Vitória	865	66,0	446	34,0	3,72	502	27,6
Sudeste	55.746	65,8	65.684	34,2	1,51	65.757	35,1
Brasil	166.662	51,8	153.841	48,2	1,58	125.612	28,1

Fonte: CNES

No caso da oferta de leitos disponível no SUS para o MRJ, evidencia-se a proporção inferior dos leitos privados conveniados quando comparada com as demais capitais da região Sudeste, assim como quando comparado com a média nacional. Isso se explica devido a histórica capacidade instalada dos serviços públicos de saúde da cidade já discutida por outros autores (PARADA, 2001; MOURA, 2009), o que não restringe, no entanto, o avanço do setor privado na rede não conveniada ao SUS.

Já no caso dos leitos públicos, dos 10.055 ofertados no MRJ, 3.467 são de esfera federal, segundo dados do CNES (2014). Esse número é expressivamente superior às demais capitais da Região Sudeste, como Belo Horizonte (401 leitos federais), Vitória (280 leitos) e São Paulo (nenhum leito federal cadastrado no CNES). Esse também é um elemento que guarda relação com a quantidade de hospitais federais e institutos nacionais inaugurados há décadas atrás, ainda enquanto capital federal, entre eles: Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Hospital Federal Cardoso Fontes, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e Instituto Nacional de Cardiologia (INC). Ademais, pode explicar a alta demanda gerada para a rede hospitalar municipal por parte de moradores de todas as regiões do estado, sobretudo dos municípios vizinhos.

Soma-se a isso o fato da portaria ministerial de 2002⁴⁷ estimar, em linhas gerais, a necessidade de 2,5 a 3 leitos para cada 1000 habitantes, o que sinaliza a possível quantidade de leitos públicos aquém da necessidade na cidade do Rio de Janeiro, sem considerar a demanda da região metropolitana.

Ainda que o número de leitos SUS por 1000 habitantes tenha sido calculado com a população geral como denominador e seja sensato presumir que parte significativa dessa população – coberta por planos de saúde - não recorra aos leitos públicos ou conveniados em caso de doenças ou agravos, é possível analisar a capacidade da rede hospitalar do município, considerando potencialidades e limites e sua importância para o funcionamento da AB.

⁴⁷ Portaria 1.101/GM de 12 de junho de 2002.

4.3 A Atenção Básica no município do Rio de Janeiro: panorama da oferta e distribuição dos serviços

De fato a configuração atual do sistema de saúde, como abordamos brevemente há pouco, é imprescindível para o sucesso da política de AB que se proponha abrangente. Com isso, espera-se que dada a expansão de serviços ofertados e o aumento do número de unidades de AB, cresça também o número de pessoas que necessitam acessar métodos diagnósticos, consultas especializadas, leitos de cirurgias eletivas, entre outros serviços. Nesse contexto, dados da Tabela 5 conferem destaque às unidades de AB da esfera municipal, bem como àquelas que ofertam apoio direto ao primeiro nível de atenção na cidade.

Tabela 5 Número de unidades básicas e unidades de apoio no Município do Rio de Janeiro em julho 2014

Unidades	Quantidade
CAPS	24
Centro de Saúde/Unidades Básicas de Saúde	148 ⁴⁸
Policlínica	9

Fonte: CNES

Ressalta-se, no entanto, que os Centros de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde apresentadas na Tabela 5 estão divididos, no caso da política de AB da cidade do Rio de Janeiro, entre Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família.

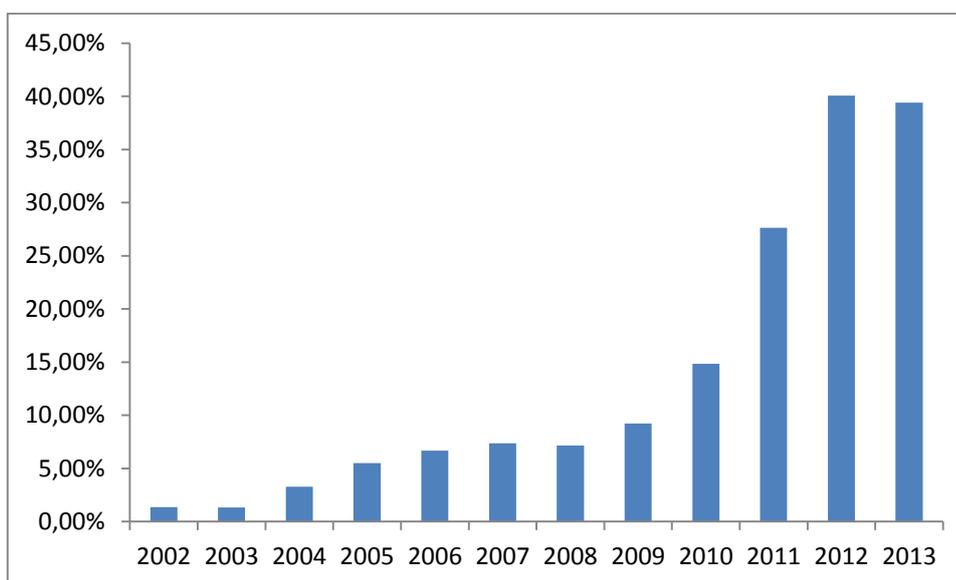
Cabe apontar que os CMS figuram a AB do MRJ desde o início do século passado e apresentaram configurações e ofertas de serviços diferentes ao longo das décadas (PARADA, 2001). Ademais, o governo iniciado em 2009 definiu que as antigas unidades de AB já citadas no capítulo anterior seriam designadas como CMS, ainda que tivessem equipes de Saúde da Família atuando em seu interior. Já no caso das Clínicas da Família, a primeira delas foi inaugurada em 2009 como marca dessa

⁴⁸ Segundo a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, no mesmo mês de 2014, havia 78 Clínicas da Família, classificadas como Centro de Saúde/Unidades Básicas de Saúde segundo definição do CNES.

gestão e houve um aumento importante de unidades e equipes nos anos que se seguiram.

No que se refere especificamente à ESF, é a partir da implementação das CF que se pode perceber o crescimento acelerado da cobertura populacional estimada, com um salto de 7,15% em dezembro de 2008 para 39% no mesmo mês de 2013. As expansões vivenciadas até 2008 não atingiram a cobertura populacional estimada de 8%, o que sinaliza a preocupação tardia, ao menos no que se refere à ESF (Gráfico 4).

Gráfico 4 Cobertura populacional estimada da estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro



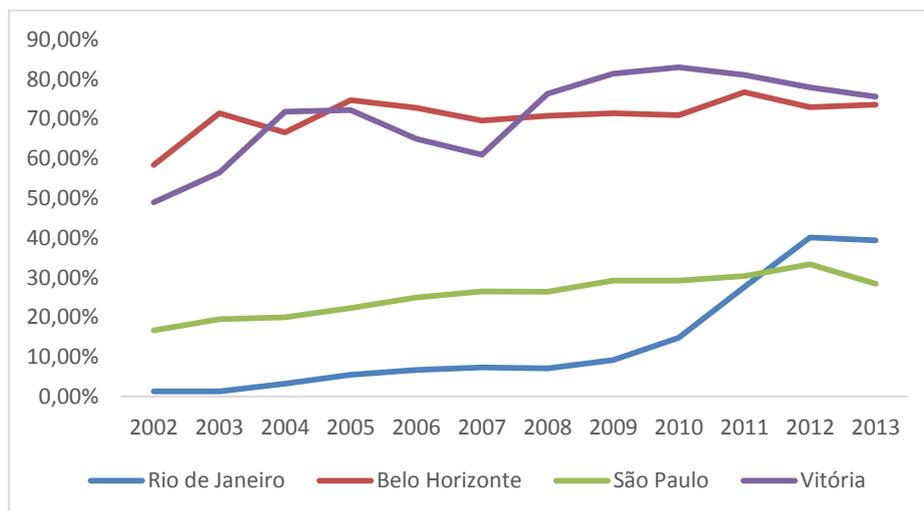
Fonte: MS - SAGE

Como se vê, o MRJ ao ser comparado às demais capitais da Região Sudeste, apresentava números irrisórios de cobertura da AB até 2008. A ESF contava com apenas 165 equipes atuando no território municipal e, para além disso, segundo Moura (2009), as demais unidades do primeiro nível de atenção não eram capazes de atender toda a demanda por serviços.

O gráfico 5 mostra que Vitória e Belo Horizonte já apresentam números expressivos desde o início da década passada, ambas superando 70% de cobertura populacional estimada em 2013. São Paulo, no entanto, aparece com uma lenta e contínua expansão ao longo dos anos. No caso do MRJ, entre 2010 e 2011 houve o

maior salto de cobertura estimada do município, com aumento de 14,8% para 27,6%, totalizando 506 eSF implementadas.

Gráfico 5 Cobertura Populacional Estimada da Estratégia Saúde da Família nas capitais da Região Sudeste entre 2002 e 2013

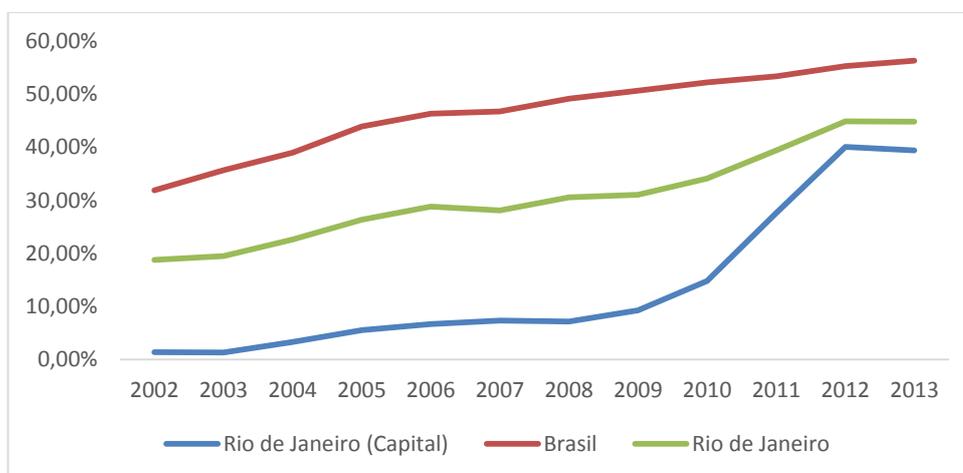


Fonte: MS – SAGE

É importante lembrar que, ainda que no curso de uma expansão acelerada e expressiva, com aumento considerável do número de unidades funcionando na perspectiva do Saúde da Família, a política de AB, segundo o discurso oficial já analisado no capítulo anterior, agregava elementos novos ao cenário de práticas ao longo de cada ano, o que sinaliza uma política em processo de construção.

O gráfico 6, que compara o MRJ com o estado e com o cenário nacional, também corrobora a curva expressiva de expansão a partir de 2009 e a maneira tardia como a cidade se aproxima das médias estadual e nacional. Segundo discurso oficial do município, o planejamento é de atingir a cobertura populacional estimada de 70% em 2016, o que faria com o que o MRJ superasse o estado e o país, se considerarmos o crescimento médio dos dois nos últimos anos.

Gráfico 6 Cobertura populacional estimada no município do Rio de Janeiro e no Brasil entre 2002 e 2013



Fonte: MS – SAGE

Nesse contexto, a expansão de CF e, por conseguinte, do número de equipes de saúde da família atuando na AB do município, não se deu de forma isolada. De um lado, assim como já abordado, é necessário que os demais níveis de atenção estejam preparados para absorver os casos referenciados pela AB e, de outro, é necessário que haja apoio à AB por parte de estruturas que garantam a ampliação de seu escopo e de sua capacidade de resolução, a exemplo do NASF.

A tabela 6 aponta a implementação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de 2011. A média municipal em 2013 é de 15,5 eSF vinculadas à cada NASF, números condizentes com previsto pela PNAB, que propõe a vinculação de 8 a 20 eSF para cada Núcleo.

Tabela 6 Número de equipes de saúde da família, saúde bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados de 2000 a 2013 no MRJ

Ano	Pop	eSF Implantadas	Cobertura Populacional Estimada (%)	eSB 1 Implantadas	eSB 2 Implantadas	Nasf 1 Implantados
2000	5.598.953	22	1,36	0	0	0
2001	5.897.485	19	1,11	0	0	0
2002	5.897.485	23	1,35	0	0	0
2003	5.937.253	23	1,34	0	0	0

2004	5.974.081	57	3,29	0	0	0
2005	5.974.081	96	5,54	0	11	0
2006	6.094.183	118	6,68	0	14	0
2007	6.136.652	131	7,36	35	15	0
2008	6.136.652	128	7,2	35	15	0
2009	6.161.047	165	9,24	35	15	0
2010	6.186.710	266	14,83	96	36	0
2011	6.320.446	506	27,62	132	118	42
2012	6.355.949	734	39,84	142	158	47
2013	6.390.290	730	39,41	152	152	47

Fonte: DAB / MS - SAGE

O número de equipes de saúde bucal implementadas no município, nas duas modalidades, também apresenta crescimento considerável entre 2005 e 2013⁴⁹. Observa-se que, no ano de 2005⁵⁰ havia 11 equipes da modalidade II implementadas, ao passo que em 2013, 152 equipes de cada modalidade atuavam na AB do município.

O resultado do movimento de expansão ainda em curso no município, expressa, de maneira geral, uma cobertura populacional estimada de 44,3% em julho de 2014⁵¹, segundo dados publicados pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. É possível destacar a partir da Tabela 6, que tal cobertura é caracterizada por 845 eSF e 308 eSB, distribuídas de forma diferenciada entre as 10 APs (Tabela 7).

⁴⁹ A Portaria N. 3.012 do Ministério da Saúde de 26 de dezembro de 2012 redefine a composição das equipes nas modalidades I e II. A primeira passa a ser composta por “Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB)”; e a segunda por “Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB)”.

⁵⁰ A saúde bucal é incluída no PSF a partir da Portaria 1.444/GM de 2000 e impulsionada em 2004, a partir da política federal “Brasil Sorridente” e da Política Nacional de Saúde Bucal (LOURENÇO et al., 2009).

⁵¹ Os dados de cobertura por Área Programática são disponibilizados pela SUBPAV do município e estão disponíveis apenas para o mês corrente. Nesse caso, utilizamos dados referentes a julho de 2014 para expressar a distribuição das unidades de AB no território municipal.

Tabela 7 Cobertura populacional estimada da Atenção Básica no MRJ segundo Área Programática em julho de 2014

A.P	População	Total Equipes	% eSF Completas	Cobertura eSF (%)	Cobertura Total (eSF+eACS)	Total ESB
1.0	294.919	49	90%	51.47%	57.32%	10
2.1	645.100	53	100%	28.34%	28.34%	18
2.2	375.221	21	100%	19.31%	19.31%	6
3.1	896.350	139	97%	51.96%	53.5%	52
3.2	576.268	83	96%	47.89%	49.69%	28
3.3	959.404	119	96%	40.99%	42.79%	46
4.0	919.420	45	100%	16.89%	16.89%	12
5.1	678.457	107	96%	52.38%	54.41%	39
5.2	672.549	116	99%	58.99%	59.5%	45
5.3	372.607	113	98%	102.78%	104.63%	52
Total	6.390.295	845	97%	44.32%	45.62%	308

Fonte: SUBPAV

A cobertura populacional estimada é superior e há quantidade maior de equipes distribuídas entre as Áreas Programáticas 3 e 5, que correspondem às regiões norte e oeste, respectivamente. Cabe ressaltar que, tratam-se das regiões mais populosas do município e, como já visto, com um grande número de favelas distribuídas entre elas.

Há, portanto, um número maior de eSF em bairros como Bangu, Santa Cruz e Campo Grande, na zona oeste e, Inhaúma, Complexo do Alemão e Maré na zona norte, até então considerados vazios assistenciais e regiões do município com baixo IDH. Essa característica da expansão em áreas de baixo desenvolvimento socioeconômico e carência de políticas públicas já havia sido identificada em outros momentos no MRJ (CAZELLI, 2005) e sinaliza a desigualdade na distribuição de serviços de saúde.

Visto que a expansão sinalizada aqui é considerável para a oferta de serviços em todas as regiões do município, com implicações para o próprio funcionamento do sistema de saúde, é preciso compreender como esse nível da atenção se estrutura e funciona. A política e suas transformações recentes agregam mudanças para além da

cobertura, quais sejam: a estrutura das unidades, a forma destas funcionarem, o processo de trabalho, a gestão de recursos humanos e, conseqüentemente, a opinião dos usuários acerca dos serviços prestados.

4.4 A Atenção Básica no MRJ: estrutura, gestão de recursos humanos, processo de trabalho e avaliação dos usuários

Assim como descrito na metodologia deste estudo, serão utilizados neste item, dados predominantemente obtidos a partir da terceira fase do estudo PMAQ-AB no MRJ. Trata-se, portanto, de uma análise com dados referentes à 2012, ano que o município já contava com uma estrutura ampla de serviços de AB, composta por 724 eSF atuando em seu território e uma cobertura populacional estimada em 39%. Além disso, contava ainda com 300 equipes de Saúde Bucal e 42 NASF, assim como vimos na Tabela 6.

No capítulo 3, evidenciou-se que o ano de 2012 foi caracterizado pela necessidade de alcançar a sustentabilidade financeira da política, ou seja, garantir que a estrutura já implementada até o momento se consolidasse para dar seguimento à expansão segundo o planejado.

Nesse sentido, os dados que se seguem, refletem uma AB já sob a égide da referida reforma, com amplo número de equipes buscando prestar seus serviços de acordo com os preceitos vocalizados pelo discurso oficial.

Estrutura das unidades básicas de saúde

Segundo dados do CNES (2014), em dezembro de 2012, a AB do MRJ contava com 188 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde⁵². Nesta fase do PMAQ-AB,

⁵² O CNES define Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde como: “Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.” Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>

179 unidades foram visitadas na cidade e estão divididas entre as seguintes classificações: Centro de Saúde/UBS, Posto de Saúde, Posto Avançado, e “Outros”.

O número de unidades visitadas, nesse caso, não representa o total de unidades da cidade segundo o CNES. Todavia, pode-se considerar uma amostra importante para compreensão da estrutura da AB, já que 95% das unidades básicas da cidade foram contempladas e avaliadas pelo Programa.

A Tabela 8 traz as unidades visitadas segundo tipo de unidade. Nota-se que, as unidades que se enquadram na definição das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde são “Centros de Saúde/UBS”, com evidente predominância frente aos demais tipos de unidade, visto que são as estruturas prioritárias na política de AB atual.

Tabela 8 Unidades visitadas segundo tipo de estabelecimento

Tipo de unidade de saúde	Nº
Centro de saúde/UBS	153
Posto de Saúde	6
Posto avançado	1
Outro(s)	19
Total	179

Fonte: PMAQ-AB

O número de unidades visitadas varia de acordo com cada AP, com uma proporção maior de visitas em bairros da Zona Oeste e Zona Norte. Assim como já se pôde ver, a quantidade de unidades e de equipes nessas regiões é maior, o que justifica um número de visitas elevadas nesses bairros.

Analisando os dados da Tabela 9, é possível perceber que somente as AP 5.1, 5.2 e 5.3, que representam bairros da Zona Oeste, foram responsáveis por 39,7% das visitas realizadas. No caso das AP 3.1, 3.2 e 3.3, esse percentual chegou a 36,4. Ou seja, se somarmos a representação dessas duas regiões em relação ao total de visitas realizadas nessa fase do PMAQ-AB, a proporção chega a 76,1%.

Tabela 9 Número de unidades visitadas segundo Área Programática (n 179)

Área Programática	Unidades visitadas	(%)
1.0	10	5,6
2.1	12	6,7
2.2	8	4,5
3.1	27	15,1
3.2	18	10,1
3.3	20	11,2
4.0	13	7,3
5.1	20	11,2
5.2	29	16,2
5.3	22	12,3
Total	179	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

A partir destas visitas, foram coletados dados acerca da estrutura das unidades, que por sua vez, é uma das características consideradas diferenciadas por parte da gestão quando se trata da atual política de AB no município. Elementos como iluminação, ventilação, banheiros para pacientes e funcionários, sanitários para uso feminino e masculino, número de consultórios, sala de espera, salas de vacina e medicamentos, entre outros concernentes à estrutura física das unidades podem ser fundamentais para consecução de uma assistência de qualidade e constam como variáveis para esta fase do PMAQ-AB.

No que se refere à acessibilidade, considera-se a entrada com pisos regulares e ausência de buracos ou barreiras; presença de rampa de acesso e corrimão; piso interno regular e antiderrapante; presença de tapetes utensílio que oferecem risco de quedas e outros acidentes; adaptação interna para cadeiras de rodas e outros tipos de deficiência, como barras de apoio, corrimão, portas e banheiros; e garantia de acessibilidade àqueles que não sabem ler, possuem diminuição da acuidade visual e/ou deficiência visual e auditiva.

Os dados apresentados na Tabela 10 compilam os elementos citados acima e apresentam um panorama acerca da infraestrutura e ambiência das unidades de AB da cidade, bem como sua acessibilidade para pessoas com deficiência física.

Tabela 10 Estrutura física e ambiência das unidades básicas de saúde visitadas no MRJ (n 179)

Variáveis	(%)
Estrutura e ambiência	
Ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exaustores)	64,2
Os ambientes são claros, aproveitando maior luminosidade natural possível	62,0
Piso, paredes e teto são de superfícies lisas e laváveis	53,6
A acústica evita ruídos do ambiente externo	44,1
Banheiro para funcionários	95,5
Consultório Clínico	93,3
Consultório odontológico	87,7
Os consultórios permitem a privacidade do paciente	89,9
Recepção	91,0
Sala de acolhimento	47,5
Sala de espera	90,5
Sala de curativos	88,8
Farmácia	98,3
Sala para estoque de medicamentos	77,1
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	86,6
Sala de procedimentos	89,3
Sala de nebulização	20,7
Sala de vacina	93,9
Sala de Observação	58,7
Sala de reuniões e atividades educativas	79,3
Expurgo	62
Acessibilidade	
Área externa	
Entrada com piso que facilite o deslocamento de pessoas com necessidades especiais e cadeirantes	60,9
Rampa de acesso	67,6
Piso interno antiderrapante	30,7
Corrimão	31,3
Porta e corredores adaptados para cadeiras	65,9
Área interna	
Banheiros adaptados	22,3
Barras de apoio	39,1
Corrimão	20,7
Corredores internos e portas adaptados	52
Espaço para cadeira de rodas na sala de espera	35,8
Bebedouros adaptados	48

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Do ponto de vista da estrutura, elementos considerados imprescindíveis pela gestão e já referidos no capítulo anterior como fundamentais para execução da carteira de serviços, tais como, farmácia, sala de vacina e sala de procedimentos foram observados em quase 90% das unidades. Já no que diz respeito à ambiência, não se pode assegurar que haja uniformidade entre as unidades visitadas, visto que os números referentes à iluminação, acústica e ventilação não chegam a 70%.

Uma outra característica da AB municipal a partir das mudanças inferidas pela atual política é o número de eSF atuando em cada unidade. Apenas 12,8% das unidades visitadas contavam com somente uma equipe – no caso daquelas com saúde bucal. As demais unidades mantinham duas ou mais equipes atuando em sua estrutura.

A Tabela 11 evidencia essa característica da AB no município. Em determinadas unidades, considerando as respostas referentes às equipes com saúde bucal, o número chega a ser superior a 10 eSF atuando.

Tabela 11 Número de eSF com Saúde Bucal por unidade visitada (n 179)

Número de equipes de SF	Unidades (n)	(%)
0 equipes	23	12,8
1 a 3	76	42,4
4 a 6	51	28,5
7 a 9	6	3,4
10 ou mais	2	1,2
Não sabe / Não respondeu	21	11,7
Total	179	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos dados do PMAQ-AB

No caso das equipes sem saúde bucal, a situação não é diferente. Cabe ressaltar que as unidades visitadas poderiam ter um número de equipes com saúde e

outro número de equipes sem saúde bucal, o que não modifica a característica da política de congregar diversas equipes em uma mesma unidade (Tabela 12).

Tabela 12 Número de eSF sem Saúde Bucal por unidade visitada (n 179)

Número de equipes de SF	Unidades (n)	(%)
0 equipes	32	17,9
1 a 3	75	41,9
4 a 6	17	9,5
7 a 9	1	0,6
10 ou mais	-	-
Não sabe / Não respondeu	54	30,2
Total	179	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos dados do PMAQ-AB

Além disso, há presença de outros profissionais lotados em determinadas unidades de AB, como médico especialista (geralmente ginecologista e pediatra), nutricionista, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta. Esse fato se explica devido ao cadastramento de profissionais do NASF a uma das UBS da região, mesmo que o profissional apoie as equipes das demais unidades, segundo recomendação da PNAB 2011.

A Tabela 13 explicita tanto a disponibilidade dos profissionais de nível superior que constituem a equipe mínima, quanto aqueles que compõem os NASF e ofertam apoio à AB. Nota-se, por conseguinte, que 31% das unidades têm 4 ou mais médicos atuando em diferentes eSF e 35,4% com 4 ou mais enfermeiros, o que sinaliza a já referida particularidade da política, ademais, aponta uma distribuição de unidades em regiões populosas da cidade, incluindo grandes aglomerados urbanos e favelas.

Tabela 13 Unidades básicas de saúde (n 179) segundo disponibilidade de profissionais de nível superior

	Membros da equipe mínima (%)	Membros da equipe ampliada (%)
--	------------------------------	--------------------------------

Quantidade de profissionais por unidade	Med	Enf	Cir. Dentista	Med especialista	Psi	Fisio	Nut	Ass Social
Sem profissional	11,2	9,5	18,4	57,0	49,7	64,8	53,1	54,7
De 1 a 3	53,6	53,1	65,4	14,6	32,4	17,3	29,7	22,9
De 4 a 6	18,4	25,2	7,8	7,9	1,7	-	-	0,6
De 7 a 9	7,8	5,0	2,8	3,9	-	-	-	-
10 ou mais	4,8	5,2	2,3	3,5	-	0,6	-	-
Não sabe / não respondeu	4,5	2,2	5,6	13,4	16,2	17,3	17,3	21,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Cabe destacar que, 11,2% das unidades visitadas atuavam sem o profissional médico e 9,5% sem o enfermeiro. No caso do cirurgião dentista, o que certamente torna maior o número de unidades sem esse profissional é o fato de existir equipes de SF sem Saúde Bucal.

Outro elemento que merece destaque na análise da Tabela 11, sobretudo devido à importância da atuação interdisciplinar no enfrentamento dos problemas referentes à saúde, é o número de profissionais da equipe ampliada que oferecem apoio às unidades de AB do município. No caso dos psicólogos e nutricionistas, aproximadamente 30% das unidades podem contar com esses profissionais em casos específicos, além de 23% que contam com apoio do assistente social.

Uma vez pretendida uma reforma em um sistema de saúde (ainda que seu eixo prioritário seja a AB) cujo arranjo era de fato heterogêneo, como o caso do Rio de Janeiro, o governo julgou necessário estabelecer certos modos de funcionamento, sobretudo para assegurar que a política fosse implementada de maneira uniforme e segundo versava o discurso oficial. O item a seguir apresenta a maneira como funciona a AB municipal, bem como características do processo de trabalho referidas pelos profissionais entrevistados.

Funcionamento e processo de trabalho

Os serviços ofertados e a prática clínica na AB do MRJ vêm sofrendo ações para torna-los padronizados em todas as unidades, independente da região, AP ou bairro. Além disso, o funcionamento destas também foi alvo de padronização por parte do atual governo, com indicação de horários para funcionamento e dias em que a unidade precisa estar aberta para atendimento.

No que concerne ao funcionamento das unidades, a Tabela 14 exprime informações sobre horários, dias de atividade por semana, horas de funcionamento por dia e a percepção dos usuários quanto ao funcionamento do serviço. É possível perceber que mais de 90% das unidades garante funcionamento ao menos cinco dias por semana e metade destas funcionam também aos finais de semana. Além disso, um número expressivo de unidades funciona à noite, o que facilita o acesso de trabalhadores indisponíveis durante o horário comercial.

Tabela 14 Características de funcionamento das unidades básicas de saúde e avaliação dos usuários no MRJ

Variáveis	n	(%)
Dias por semana¹		
Menos de cinco dias	1	0,6
Cinco dias	79	44,1
Seis dias	89	49,7
Sete dias	1	0,6
Não respondeu	9	5,0
Carga horária diária e turno¹		
Menos de 8 horas	5	2,8
8 horas ou mais	174	97,2
Manhã	179	100
Tarde	177	98,9
Noite	85	47,5
Avaliação dos usuários³		
O horário de funcionamento atende às suas necessidades	1134	86,4

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Nota: ¹Módulo I do PMAQ-AB (número de profissionais respondentes - 179)

³Módulo III do PMAQ-AB (número de usuários respondentes - 1313)

O fato da unidade permanecer aberta à noite, além de funcionar ao menos um dia aos finais de semana pode ser fundamental para sua consolidação como porta de entrada e unidade preferencial da população coberta, que em geral trabalha em horário comercial de dias úteis. Uma vez que estes buscam atendimento em uma unidade disponível e preparada para a assistência, são reforçados o vínculo e a confiança dos usuários naquele serviço.

Características da organização dos serviços podem também ter influência direta na prestação destes serviços. Ou seja, se a AB está estruturada para atuar como porta de entrada do sistema, munida de condições para acolher a demanda espontânea, com resolutividade e qualidade.

Além disso, a unidade estar preparada para o atendimento de determinadas urgências no território é fundamental para a confiança da população na unidade básica, como sua referência de atendimento e cuidado à saúde. A forma como os usuários são acolhidos e têm suas demandas atendidas pela AB é determinante para a consolidação da unidade como aquela de contato preferencial em caso de adoecimento das pessoas.

A Tabela 15 apresenta dados referentes à organização e capacidade das unidades de AB no MRJ de se constituírem como porta de entrada e unidade preferencial dos pacientes em casos de urgências, emergências e demanda espontânea.

Tabela 15 Atendimento aos casos de urgência e emergência e acolhimento da demanda espontânea nas unidades básicas do MRJ

Variável	N	%
Atendimento a urgências e emergências²		
A equipe realiza atendimento aos casos de urgência e emergência	313	96,6
Acolhimento à demanda espontânea		
Está implantado o acolhimento à demanda espontânea	322	99,4
Todos os pacientes que chegam à unidade são acolhidos e ouvidos?	322	99,4
Em quantos dias acontece o acolhimento à demanda espontânea?		
Um dia por semana	4	1,2
Cinco dias por semana	288	89,9
Mais de cinco dias por semana	30	9,3

Há espaço na agenda para pacientes sem consulta marcada?	316	97,5
Perspectiva dos usuários³		
Quando foi à unidade sem hora marcada para resolver algum problema, conseguiu ser escutado?	991	75,5
Diante do último problema que considerou urgência, procurou a unidade básica?	626	47,6
Ao procurar a UBS, conseguiu ser atendido na mesma hora, sem consulta marcada?	527	40,1

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Nota: ²Módulo II do PMAQ-AB (número de profissionais respondentes - 324)

³Módulo III do PMAQ-AB (número de usuários respondentes - 1313)

Na perspectiva dos profissionais, percebe-se que há uma investida das equipes – induzida pela política municipal - de acolher a demanda espontânea na AB, com reserva de espaços na agenda e protocolos para o atendimento de urgências e emergências em aproximadamente 90% das respostas. No entanto, isso não garante, por si só, que a AB se consolide como porta de entrada e unidade de primeiro contato de escolha dos usuários.

A percepção dos usuários em relação a UBS como referência para o cuidado à saúde pode mudar ao longo dos anos, haja visto pouco tempo de implementação da política com cobertura relevante. De acordo com os dados da Tabela 15, evidencia-se que diante dos casos de urgência, menos da metade dos usuários buscaram atendimento na UBS. Ademais, nas ocasiões em que buscaram atendimento em sua unidade de referência, apenas 40.1% conseguiram resolver seu problema.

Outra questão importante para o funcionamento da AB de cunho abrangente é a coordenação do cuidado. As unidades e as equipes necessitam estar estruturadas e capacitadas a acompanhar o tratamento dos usuários integralmente, o que implica, entre outros fatores, articulação entre os níveis de atenção e um conjunto normativo que oriente sua prática no dia a dia.

As ferramentas inferidas pela gestão para regulação dos casos que necessitam acessar outros níveis de atenção são fundamentais, assim como a qualificação do profissional para avaliar caso a caso e definir condutas adequadas. A Tabela 16 evidencia a organização das equipes de modo a encaminharem os usuários aos demais níveis de atenção e o acompanhamento desses casos por parte da equipe ao longo tempo.

Tabela 16 Medidas relativas à continuidade e coordenação do cuidado na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro

Variáveis	n	%
Quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada²		
O paciente sai da unidade com a consulta agendada?	58	17,9
A consulta é marcada pela unidade e a data informada posteriormente ao usuário	310	95,7
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto a central de regulação?	8	2,5
O paciente recebe a ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional?	65	20,1
O paciente recebe a ficha de encaminhamento sendo orientado a procurar determinado serviço ou profissional?	33	10,2
A unidade mantém registro dos pacientes de maior risco que são encaminhados?	223	68,8
Protocolos		
Existem protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento?	260	80,2
Perspectiva dos usuários sobre a coordenação do cuidado³		
Quando o senhor precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar consulta com especialistas?		
Nunca precisou	712	54,2
Sim, sempre*	363	61,8
Sim, algumas vezes*	118	20,1
Não*	106	18,0
Não sabe/não respondeu	14	1,1
Depois que o senhor foi atendido por outros profissionais fora desta unidade, a equipe conversou com o senhor sobre o atendimento? (n= 601)		
Sim, sempre	200	33,2
Sim, algumas vezes	67	11,1
Não	331	55,0
Não sabe/não respondeu	3	0,2

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Nota: ² Módulo II (número de profissionais respondentes - 324)

³ Módulo III (número de usuários respondentes - 1313)

*Cálculo realizado com base nos respondentes que afirmaram ter precisado de encaminhamento ao especialista ao menos uma vez (n 587).

O número expressivo de profissionais que referem agendar as consultas nos demais níveis para os usuários que necessitam ser encaminhados e a afirmação de critérios para esses encaminhamentos, sinaliza o alinhamento com o Protocolo do

Regulador⁵³, documento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde para definir os critérios de regulação de vagas ambulatoriais. De acordo com o documento, é atribuição da AB, através do SISREG, regular e agendar as consultas e exames necessários e notificar o usuário a respeito de data e local no caso de marcação.

No caso dos usuários, 44,7% refere ter precisado de encaminhamento através da AB, entre os quais 61,8% afirma que a equipe marca as consultas com especialistas quando necessário. Já no que diz respeito ao acompanhamento dos usuários ao retornarem aos cuidados na AB, os números são menos expressivos, pois apenas 68,8% das equipes mantêm o controle dos pacientes encaminhados, ao passo que aproximadamente a metade dos usuários que acessaram outros níveis de atenção referem não ter conversado com profissionais da equipe sobre o assunto.

A gestão, nesse cenário, necessita oferecer apoio às equipes, com ferramentas de vários tipos, como educação permanente, apoio para organização do processo de trabalho, disponibilização de informações pertinentes à atuação das equipes, definição de critérios para articulação da AB aos demais níveis de atenção, entre outros fatores (Tabela 17).

Tabela 17 Apoio da gestão e ações de educação permanente ofertadas às equipes de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro (n 324)

Variáveis	n	%
Apoio da gestão para ações da AB		
A equipe recebe apoio da gestão para o planejamento e organização do processo de trabalho (quem realiza o apoio?)	291	89,8
Apoiador institucional	207	63,9
Profissionais da vigilância em saúde	152	46,9
Outros profissionais da gestão	200	61,7
Outro	58	17,9
Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe?		
Muito bom	41	12,7

⁵³ MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. SISREG – Protocolo para o regulador: Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <http://subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf>

Bom	139	42,9
Regular	23	7,1
Ruim	4	1,2
Muito Ruim	1	0,3
A gestão disponibiliza para equipe informações que auxiliem na análise da situação de saúde	310	95,7
Painel informativo	255	78,7
Informativos epidemiológicos	265	81,8
Informativos da Atenção Básica	269	83,0
Sala de situação	146	45,1
Relatórios e consolidados mensais do SIAB	279	86,1
Educação Permanente com profissionais da atenção básica	322	99,4
Telessaúde	59	18,2
Cursos presenciais	56	17,3
Troca de experiência	49	15,1
Tutoria/preceptoría	38	11,7
Outros	4	1,2
As ações de Educação Permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	268	82,7

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

De acordo com os profissionais entrevistados, é deveras relevante o número de equipes que recebem apoio da gestão para organização e planejamento do processo de trabalho, assim como a disponibilidade de informações que orientam a execução das ações pela equipe e oferta de ações de educação permanente em saúde. Esse conjunto de ações capitaneados pela gestão são indispensáveis para a AB abrangente.

Além do apoio da gestão no sentido de organizar o processo de trabalho e qualificar a assistência das equipes, outro elemento importante é a forma como as equipes planejam suas ações e conduzem o processo de trabalho. Esse elemento está permeado, ademais, pela organização e oferta de serviços, que no caso do MRJ

está orientada por uma carteira que normatiza o que é ofertado pela AB em todo o território municipal.

A Tabela 18 organiza as informações acerca das atividades realizadas pelas eSF do MRJ, considerando a organização e planejamento das ações. Estes fatores contribuem para a afirmação do papel da AB no sistema de saúde e são fundamentais para o enfrentamento adequado das questões de cada território.

Tabela 18 Atividades de planejamento realizadas pelas equipes da AB do MRJ (324)

Variáveis	(%)	
Atividade realizada pela equipe		
Planejamento das ações nos últimos 12 meses*	96,3	312
Levantamento de problemas	93,5	303
Definição de prioridades	95,7	310
Plano de ação	91,4	296
Definiram metas e resultados para acompanhamento do plano de ação	79,0	256
A equipe planeja suas atividades considerando		
A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal	97,5	316
As metas para Atenção Básica pactuadas pelo município	93,8	304
As informações do SIAB	91,4	296
As informações locais (estudos da demanda, cenário epidemiológico e outros)	93,5	303
Riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (drogas, violência e outras)	93,2	302
As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)	80,9	262
Os desafios apontados na autoavaliação	83,0	269
O envolvimento de organizações da comunidade	85,2	276
Envolvimento de atores da comunidade	79,0	256
Envolvimento de outros setores que atuam na área (intersectorialidade)	67,0	217

Fonte: Elaboração própria com base em dados do PMAQ-AB

***74,1% dos profissionais informaram ter documentos que comprovassem esse item.**

Não restam dúvidas que o planejamento das ações com base nos problemas a serem enfrentados é determinante para a AB. Nesse sentido, os dados apresentados acima poderiam sugerir um exemplo virtuoso de atuação no primeiro nível de atenção, onde mais de 90% das equipes relataram que planejam suas ações, sendo que boa parte delas consideram elementos como informações do SIAB, informações locais, questões referentes ao território, movimentos sociais da comunidade e riscos

individuais, familiares e sociais. Todavia, é importante considerar a possibilidade de que as equipes estivessem inclinadas a dar respostas positivas a essas questões já que um bom desempenho na avaliação poderia favorecer o repasse de recursos financeiros federais. Ou seja, uma expressão mais apurada dessa realidade somente seria possível com uma investigação específica sobre o processo de trabalho das equipes e as condições de planejamento das suas ações.

Tais elementos, caso efetivamente executados, associados ao conjunto de serviços ofertados pelas equipes de AB do município, podem influenciar os resultados do sistema de saúde no curto, médio e longo prazo. Considerando, nesse caso, a assistência imediata com base no perfil epidemiológico local, bem como a discussão acerca de ações que permitam a prevenção e promoção da saúde.

A Tabela 19 sugere uma relativa uniformidade entre as equipes visitadas na prestação de um conjunto de atividades de AB pertinentes à qualquer eSF que esteja orientada para resolução de boa parte dos problemas de saúde no nível do território. Cabe lembrar que três quartos das equipes visitadas estão localizadas nas A.P 3 e 5.

Tabela 19 Oferta de serviços e ações realizadas pelas equipes de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro

Variáveis	n	%
As ações realizadas segundo respostas dos profissionais das equipes²		
A agenda está organizada para realização de visita domiciliar	296	91,4
Atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde	318	98,1
Ações e consultas para grupos prioritários/cuidado continuado	318	98,1
Atividades de planejamento familiar	298	92,0
Pré-natal	301	92,9
Hipertensão arterial sistêmica	300	92,6
Diabetes mellitus	297	91,7
Problemas relacionados à saúde mental	180	55,6
Violência familiar	99	30,6
A equipe faz todas as vacinas do calendário básico	321	99,1
Procedimentos/pequenas cirurgias	297	91,7
Serviços ofertados¹		
Consultas médicas	177	98,9
Consultas de enfermagem	179	100
Consultas odontológicas	162	90,5
Dispensação de medicamentos pela farmácia	178	99,4
Recepção aos usuários	178	99,4
Realização de curativos	170	95,0

Vacinação	173	96,6
Acolhimento	175	97,8

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Nota: ¹ Módulo I (número de profissionais respondentes - 179)

² Módulo II (número de profissionais respondentes - 324)

É possível identificar, no entanto, o percentual baixo de equipes que realizam ações referentes à violência familiar (30,6%) e às questões relacionadas à saúde mental (55,6%). Considerando a complexidade dessas duas áreas para intervenção da equipe mínima, além de outras questões referentes às comorbidades geralmente associadas às doenças crônicas e alterações em caso de gestação, é de extrema relevância o apoio de outros profissionais de nível superior para além do médico e do enfermeiro, de modo a qualificar e ampliar o escopo de ações da AB.

Ao serem questionados se recebem apoio de outros profissionais para realização das ações em saúde, os profissionais sinalizaram uma oferta importante por parte de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais. Outros profissionais como educador físico e farmacêutico e as especialidades médicas de ginecologia, psiquiatria, pediatria também aparecem de forma mais discreta (Tabela 20).

Tabela 20 Oferta de apoio por parte de outros profissionais às equipes de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro (n 324)

Variáveis	n	%
A equipe recebe apoio de outros profissionais para a resolução de casos considerados complexos?	312	96,3
Médico ginecologista/obstetra	93	28,7
Assistente social	114	35,2
Psicólogo	234	72,2
Médico pediatra	100	30,9
Farmacêutico	40	12,3
Psiquiatra	118	36,4
Fisioterapeuta	162	50,0
Educador físico	105	32,4
Nutricionista	153	47,2
Geriatra	5	1,5

Fonte: elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Chama atenção o fato de 72,2% dos respondentes referirem receber apoio de um psicólogo e 36,4% de um psiquiatra e, como vimos na Tabela 19, apenas 55,6% das equipes executarem ações referentes à saúde mental. Ademais, as intervenções das equipes referentes à violência familiar (30,6%) aproximam-se da proporção de equipes apoiadas por assistentes sociais, profissionais fundamentais para atuação neste cenário.

Assim como argumenta Sampaio (2013), devido à fragmentação e dificuldade de funcionamento da rede, tanto quanto de setores da sociedade que influenciam diretamente a saúde das pessoas, os médicos são comumente demandados à resolução de problemas de saúde mental, investigação rápida de casos graves, atividades de apoio social, fisioterapia, entre outros, o que exige ainda mais do profissional.

De fato a atuação na AB exige do profissional a capacidade de intervenção em todas as fases da vida, além de permear uma gama variada de doenças e acometimentos. Além disso, exige compreender o papel da AB no sistema de saúde, como coordenadora do cuidado, fundamentado no vínculo e na longitudinalidade.

Esses aspectos dependem de vários fatores, que vão desde a formação de maneira geral à própria conformação do sistema de saúde de modo a demandar dos profissionais determinados saberes e condutas. Certos aspectos podem ser avaliados a partir do conhecimento do perfil dos profissionais trabalhando no primeiro nível de atenção e, em outros casos, a partir de ferramentas utilizadas pela gestão para educação continuada e qualificação da assistência a partir da formação complementar dos trabalhadores.

Gestão do trabalho e perfil do profissional de AB no MRJ

A formação e gestão de recursos humanos são pontos determinantes para o sucesso do SUS segundo seus princípios doutrinários e também para o sucesso da implementação de uma AB de moldes abrangentes. Rizzoto et al. (2014) salientam que o próprio Ministério da Saúde aponta a formação e distribuição dos trabalhadores em saúde como uma das quatro principais questões a serem resolvidas no SUS para garantia de uma assistência de qualidade.

Nesse sentido, ao pensarmos a consecução dessas ações e a gama variada de atividades sob a responsabilidade da AB de cunho abrangente, é necessário que consideremos o perfil do profissional atuando nos serviços e a gestão do trabalho para a garantia de permanência destes.

Cabe apontar, nesse caso, como fatores imprescindíveis para a atuação na AB, o tempo de trabalho desses profissionais na equipe, se possuem formação complementar que qualifique a atuação na AB, o tipo de vínculo trabalhista, se há plano de carreiras, as características da remuneração variável, entre outros.

A Tabela 21 apresenta um perfil dos profissionais de nível superior, a partir dos médicos e enfermeiros que responderam aos questionários do PMAQ-AB. É possível perceber que o número de enfermeiros respondentes é consideravelmente maior, fato também evidenciado em todo o Brasil, assim como afirma-se em estudo realizado por Seidl et al. (2014) acerca da gestão do trabalho na AB.

Outro fator relevante que precisa ser considerado ao analisarmos os dados da Tabela 21 é que 82,7% dos respondentes referem ser os coordenadores das equipes em que atuam, o que infere limites na elaboração de um perfil dos demais profissionais da equipe.

Os dados referentes ao tempo de atuação também são relevantes ao analisarmos a gestão do trabalho em saúde, sobretudo por conta do vínculo necessário entre profissionais da AB e usuários, para a garantia de uma assistência de qualidade. Percebe-se que no caso do MRJ, 86% dos profissionais respondentes ao questionário possuem vínculo com a equipe há menos de três anos.

Tabela 21 Perfil dos profissionais de AB entrevistados no município do Rio de Janeiro, segundo profissão, tempo de atuação e formação complementar

Variáveis*	N	(%)
Profissão		
Enfermeiro	233	71,9
Médico	91	28,1
Coordenador da equipe	268	82,7
Tempo de atuação nesta equipe		
Menos de um ano	108	33,3
De um a três anos	171	52,8

De quatro a seis anos	24	7,5
Sete anos ou mais	21	6,4
Formação Complementar		
Concluída ou em curso	279	86,1
Médicos*		
Esp em Medicina de Família e Comunidade/Saúde da Família	53	58,2
Especialização/Residência em Saúde Pública/Coletiva	9	9,8
Residência em Medicina de Família e Comunidade/Saúde da Família	13	14,2
Mestrado em Medicina de Família e Comunidade/Saúde da Família	4	4,3
Doutorado em Medicina de Família e Comunidade/Saúde da Família	3	3,2
Mestrado/Doutorado em Saúde Pública/Coletiva	2	2,1
Outra Especialização/Residência	66	72,5
Outro Mestrado/Doutorado	6	6,5
Enfermeiros**		
Especialização em Saúde da Família	116	49,7
Especialização em Saúde Pública/Coletiva	31	13,3
Residência em Saúde da Família	8	3,4
Residência em Saúde Pública/Coletiva	8	3,4
Mestrado em Saúde da Família	3	1,2
Mestrado em Saúde Pública/Coletiva	9	3,8
Outra Especialização/Residência	125	53,6
Outro Mestrado	5	2,1

Fonte: elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

***Percentual calculado segundo número de médicos respondentes (n 91)**

****Percentual calculado segundo número de enfermeiros respondentes (n 233)**

No que se refere à formação complementar, 54,3% dos enfermeiros e 79,9% dos médicos entrevistados possuem pós-graduação concluída ou em curso em saúde da família/medicina de família e comunidade. Além disso, numa perspectiva mais abrangente, 20,5% dos enfermeiros e 11,9% dos médicos possuem pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva.

O número de médicos com formação complementar em medicina de família e comunidade concluída ou em curso, bem como o tempo de atuação na equipe podem ser explicados devido ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde (PRMFC SMS), lançado em 2012. Através do referido programa, foram abertas 98 vagas para residência em medicina de família e comunidade (em parceria entre SMS, UERJ, UFRJ E ENSP) e os médicos

residentes são lotados em unidades básicas de saúde como médicos responsáveis, sob supervisão de um preceptor (SAMPAIO, 2013).

Os mecanismos utilizados pela gestão para garantir a permanência desse profissional são inúmeros. Entre os mais comuns está o próprio vínculo trabalhista, com maior ou menor estabilidade conferida ao profissional, o que pode contribuir tanto para a permanência quanto para a rotatividade. O plano de carreira e as gratificações de variados tipos também constituem uma estratégia comumente utilizada para a fixação de profissionais na AB em todo o Brasil.

A ausência destes elementos, associada à baixa condição de progressão profissional, baixos salários, carga horária integral, precárias condições de trabalho, baixo comprometimento dos profissionais e profissionais sem formação específica para atuação no primeiro nível de atenção, podem estimular a rotatividade dos profissionais e limitar uma assistência de qualidade (RIZZOTO et al., 2014).

Na Tabela 22 evidencia-se uma das expressões do modelo de gestão adotado para a reforma da AB municipal. A opção por Organizações Sociais para a contratação e gestão de recursos humanos tem implicações para o vínculo profissional, forma de ingresso e plano de carreiras.

Tabela 22 Vínculo profissional e plano de carreira dos profissionais da AB no MRJ (n 324)

Variáveis	N	%
Vínculo profissional		
Agente contratante		
Administração direta	2	0,6
Fundação pública de direito privado	3	0,9
Organização Social	317	97,8
Tipo de vínculo		
Servidor público estatutário	7	2,2
Empregado público CLT	8	2,5
Contrato CLT	307	94,8
Forma de ingresso		
Seleção pública	177	54,6

Concurso público	63	19,4
Outra forma	84	25,9
Plano de carreira		
Possui plano de carreira	84	25,9
No plano, tem progressão por titulação ou formação profissional	79	24,4
No plano, tem progressão segundo desempenho (mérito)	36	11,1
Recebe incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por produtividade	161	49,7

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB

Num primeiro momento, destaca-se que quase a totalidade dos profissionais respondentes (97,8%) são contratados por uma Organização Social, sobretudo por meio da CLT (94,8%), o que expressa o desenho de um modelo. Ao serem questionados se possuem planos de carreiras, apenas 25,9% responderam afirmativamente.

Os dados oficiais referentes ao plano de carreira aderido, em tese, por todas as OS do MRJ são: gratificação por titulação - 18% para residência, 18% para mestrado e 18% para doutorado; gratificação médica por responsabilidade técnica da unidade; gratificação para gerência de unidade – 40% sobre o salário-base; gratificação para ACS com curso técnico de ACS e; no caso das gratificações por distância, válidas somente para médicos que atuam nas APs 3.3, 5.1, 5.1 e 5.3. Além disso, gratificação trimestral de 30% caso haja alcance das metas estabelecidas.

Embora haja, no discurso oficial, normatização legal para atuação das OS em diversos aspectos, é necessário compreender melhor esse arranjo e como ele está estruturado no município, de modo a contribuir para o entendimento da AB de maneira geral.

As Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro: perfil e distribuição no território

Em dezembro de 2013, havia cinco Organizações Sociais contratadas pela prefeitura do Rio de Janeiro para administrar, no âmbito da AB, as Unidades Básicas

de Saúde, bem como os NASF e os CAPS. A contratação das Organizações, por sua vez, se deu forma gradual, ao passo que os serviços eram expandidos entre as AP do município.

Uma vez aprovado o decreto que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, em 2009, duas delas foram reconhecidas pela comissão própria do município como aptas a celebrar contratos e prestar serviços para a SMS no mesmo ano. A Tabela 23 explicita que as demais entidades foram qualificadas no ano seguinte e contratadas gradativamente até 2011, permanecendo as mesmas até o momento em que este trabalho foi realizado. A única Área Programática que está sob gestão de duas entidades diferentes é a 3.1, com Viva Comunidade, responsável pelo maior número de unidades e a FIOTEC, em razão do projeto TEIAS em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública.

Tabela 23 Organizações Sociais contratadas na AB no município do Rio de Janeiro segundo ano de fundação, qualificação, contratação e demais áreas de atuação.

Organização Social	Ano de criação	Qualificação como OS no MRJ	Contratação na AB do MRJ	Atua em outros serviços no MRJ	Atua em outra UF
Instituto de Antecção Básica e Avançada à Saúde (IABAS)	2008	2010	2011	UPA; PSE; PADI;	-
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM	1933	2009	2009	UPA; NASF; CAPS;	SP; MG; AC; PA; PR; SC; TO
FIBRA – Instituto de Gestão e Saúde	1998	2010	2011	UPA	-
VIVA COMUNIDADE	1993	2010	2009	UPA; CAPS	-
Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC)	1998	2009	2009	UPA	PB; PA; AM; PR; MT; SP; ES; MS; PE; AC; AL; BA; GO; PI; RN; RS; RO; RR; TO;

Fonte: elaboração própria a partir de dados dos contratos de gestão e da homepage das OSs

Nota: AB – Atenção Básica; MRJ – Município do Rio de Janeiro; UPA - Unidade de Pronto Atendimento; PSE – Programa Saúde na Escola; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Trata-se de um arranjo heterogêneo, com entidades de diferentes naturezas e histórias distintas. Entre elas, entidades com histórico de duas décadas de atuação na questão da violência no interior das favelas cariocas, como o caso da Viva Rio (Viva Comunidade), entidades criadas na década de 1990 para projetos de gestão em saúde, como o Instituto FIBRA, e entidades criadas recentemente, cuja primeira atuação se deu por meio da celebração de contrato com a prefeitura do Rio de Janeiro, como o IABAS.

A mais antiga delas (SPDM) foi fundada na primeira metade do século passado e é considerada uma das maiores entidades filantrópicas para prestação de serviços de saúde do Brasil. É também a única das contratadas que não foi fundada no Rio de Janeiro, já que é originária de São Paulo e mantenedora do Hospital Universitário da UNIFESP, com contratos celebrados para atuação em oito estados brasileiros e cerca de 40.000 funcionários⁵⁴.

Outro destaque é cabível para o caso da FIOTEC, ainda que sua atuação na AB do MRJ esteja restrita à AP 3.1, em duas unidades do projeto TEIAS. Trata-se de uma fundação criada durante a década de 1990 para apoiar prioritariamente os projetos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Anos depois, ficou decidido a partir de um Congresso Interno que seria a única fundação de apoio de toda a FIOCRUZ e suas parcerias se estenderam por boa parte dos estados país.

Nota-se, ademais, que todas as OS contratadas para gestão da AB municipal estão envolvidas com unidades de outros tipos no próprio município, como Unidades de Pronto Atendimento, Centro de Atenção Psicossocial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso. Há ainda participação em projetos de articulação entre educação e saúde, como o Programa Saúde na Escola, cuja participação da IABAS se dá em diversos bairros.

De acordo com a apresentação do IABAS em sua página de internet, a mesma é qualificada como Organização Social nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e no Maranhão, bem como nas cidades de São Paulo, Rio de

⁵⁴ Informação disponível na apresentação da entidade em sua página de internet. Disponível em: <<http://www.spdmpais.org.br/site/institucional/nossa-historia.html>>

Janeiro, Vitória, Mogi das Cruzes, Uberaba, Franca e Mauá. Entretanto, ainda não há registro de atuação da entidade fora do estado do Rio de Janeiro.

Já na cidade do Rio de Janeiro, embora recém fundado, o IABAS é umas das entidades de maior destaque na gestão da AB, com 62 unidades e 268 eSF divididas entre as A.Ps 4.0, 5.1 e 5.2. A Tabela 24 evidencia a distribuição das OSs entre as APs do município, bem como sua participação em número de unidades e equipes de Saúde da Família.

Tabela 24 As Organizações Sociais segundo número de unidades, número de equipes de Saúde da Família e área de atuação no município do Rio de Janeiro

Organização Social	Número de unidades		Número de equipes	Área Programática
	CMS	CF		
Viva Comunidade	42	24	309	2.1, 3.1 e 3.3
IABAS	41	21	268	4.0, 5.1 e 5.2
SPDM	19	23	197	3.2 e 5.3
Instituto FIBRA	17	3	71	1.0 e 2.2
FIOTEC	1	1	12	3.1

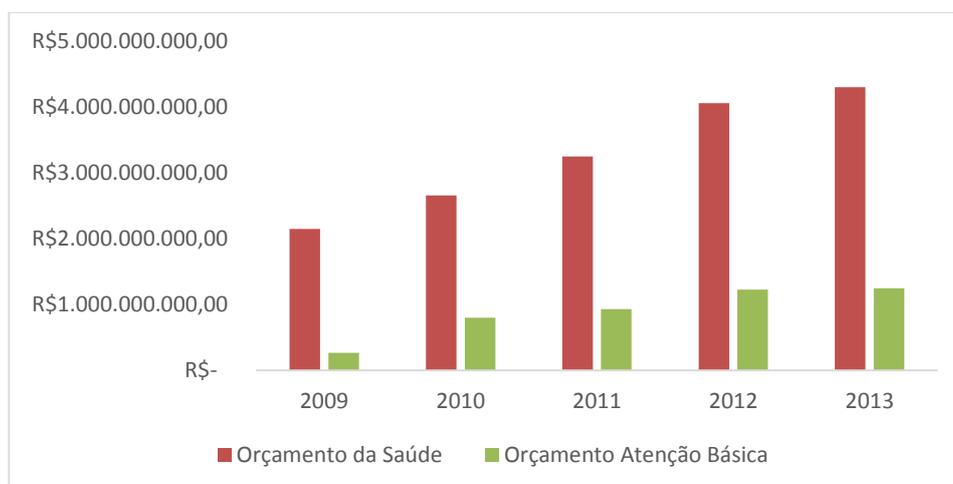
Fonte: Elaboração própria a partir de dados dos contratos de gestão e do sítio da SUBPAV.

Outra entidade cujo protagonismo é indiscutível na gestão da AB é a Viva Comunidade, com 66 unidades básicas e 309 eSF distribuídas entre três AP da cidade. Percebe-se ainda que, somente a Viva Comunidade e o IABAS, se somadas, são responsáveis por 67,2% das equipes de AB no município do Rio de Janeiro.

O Instituto FIBRA, por sua vez, ainda que com participação discreta se comparado às outras entidades, é responsável pela gestão de 71 equipes e 20 unidades básicas entre as Áreas 1.0 e 2.2.

Neste cenário, está claro que a participação destas entidades na política de AB do município é de fato expressiva e se faz determinante para compreendermos os resultados das mudanças inferidas no sistema de saúde da cidade a partir de 2009. Trata-se, entre outros fatores, da gestão de um volume de recursos que superam, desde 2012, R\$ 1 bilhão e representam 25% (R\$ 1,2 bilhões) do orçamento da pasta da saúde atualmente, segundo dados disponíveis no SIOPS (Gráfico 7).

Gráfico 7 Orçamento da saúde e da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro entre 2009 e 2013



Fonte: SIOPS

O fato é que as transformações experimentadas no sistema de saúde municipal a partir de 2009, com destaque para a política de AB, envolveram mudanças substanciais no número de pessoas cobertas, bem como nos serviços prestados e no acesso aos demais níveis de atenção. No entanto, as mesmas mudanças guardam relação com alterações no cenário político e da gestão cujos impactos a longo prazo são difíceis de prever.

Neste contexto, segundo relatório do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2013, as OS receberam por meio dos contratos e aditivos celebrados com SMS da cidade o equivalente a R\$ 2,9 bilhões. Trata-se de um volume expressivo de recursos sob administração de entidades privadas, que suscitam capacidade de regulação e fiscalização que precisam ser analisados sob diversos aspectos⁵⁵.

Para o representante do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro entrevistado para este trabalho, são três os problemas mais comuns nas investigações dos contratos: “falta de profissionais, controle pífio da administração pública e má seleção e qualificação da OS” (Entrevistado 4).

⁵⁵ Relatório apresentado pelo Vereador Paulo Pinheiro em debate sobre a gestão das OSs no MRJ em 2014. O documento não especifica o que foi destinado exclusivamente à AB, visto que as entidades estão envolvidas com outras atividades na área de saúde.

Complementa que, com exceção da SPDM, as demais não possuem trabalho prévio que justifique sua qualificação com OS, capaz de prestar serviços em saúde no município:

As organizações sociais, talvez a maioria delas que atuam juntas ao município, foram criadas artificialmente, pouco produziram antes ou nada produziram, vieram do nada sem ninguém conhecido, sem ninguém de nome, é obvio que a entidade por exemplo como a que atua na região 5.3, SPDM que já faz um trabalho em São Paulo, é antiga de São Paulo, agora as demais que atuam no Rio de Janeiro, em Santa Catarina, a grande maioria como Viva Comunidade sem titubear e IABAS, aliás essas duas são responsáveis por 6 APs, não demonstram qualquer expertise antes [...]

No que tange ao controle do poder público sobre a administração exercida pelas OS, existe uma comissão responsável por essa atividade em cada A.P do município. Essas Comissões, chamadas de Comissão Técnica de Avaliação (CTA), são formadas por profissionais indicados também pelo executivo municipal, têm como atribuição precípua analisar a execução dos contratos e apontar irregularidades ao executivo municipal, corroborando ou impedindo a renovação de contratos e concessão de aditivos ou mesmo elegendo motivos para rescisão do contrato, caso necessário.

Os demais órgãos públicos que investigam a atuação das entidades têm o papel de notificar o município, no caso do Ministério Público ou fazer recomendações de ajustes em irregularidades, no caso do TCM. Essas recomendações são apreciadas pelas CTA e acatadas em suas avaliações ou não.

O fato é que, nas palavras de um membro do legislativo municipal em apresentação pública na ENSP⁵⁶, as recomendações e apontamentos feitos pelo TCM são, na maior parte das vezes, negligenciados pelas CTA e os contratos permanecem vigentes mesmo diante de inúmeras irregularidades.

Além disso, como afirma o Entrevistado 4, os indicadores e as metas utilizadas pelas Comissões para avaliação das Organizações - pré-requisitos para renovação dos contratos – são incipientes, fundamentalmente gerenciais e quantitativos.

⁵⁶ Vereador Paulo Pinheiro - Avaliação dos primeiros anos de gestão de Organizações Sociais. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=16331&tipo=B&word=01/08/2013&indexadorId=4>>.

[...] os dados que a OS nos deve passar formalmente, a secretaria municipal de saúde via CTA, são muito precários e muito incipientes, com indicadores eleitos e metas eleitas via de regra com base em atividades gerenciais por exemplo [...] muitas famílias atendidas, já teve diversas vezes por parte de anunciantes, de cidadãos ou então de pessoas que trabalharam nas OS de dizerem que os dados eram claramente manipulados em relação a quantidade de família atendida, então numa maior aproximação da questão dos poucos indicadores que a SMS recebe da OS parte não é confiável [...]

Segundo a lei que regulamenta a atuação das OSs no município, diante de alguma irregularidade ou ilegalidade percebida pela CTA em relação aos contratos, devem ser notificados o TCM, o MP e a Procuradoria Geral do Município para a execução de medidas cabíveis. Ainda assim, o Entrevistado 4 reitera: “jamais recebi uma notificação de irregularidade vinda da CTA”. Por este motivo, é necessário um investimento maior de pesquisa para a análise desses critérios de avaliação utilizados pelas CTA, bem como de seleção e acompanhamento das metas pactuadas com as OS⁵⁷, para então concluir com mais precisão os limites desse processo.

Outro limite conferido à atuação das OS na gestão dos serviços de AB do município é a alocação de profissionais, principalmente da categoria médica e em unidades distantes das principais áreas da cidade. Dados publicados pelo governo apontam taxas de rotatividade de profissionais muito baixas, além de um percentual de equipes completas perto de 100%⁵⁸. Em outro sentido está a avaliação do TCM, que verificou, ao visitar 75 unidades básicas de saúde em todas as A.Ps em 2012, a falta de 116 profissionais médicos e 115 profissionais de outras categorias.

Ou seja, esses elementos, que não incorporam todas as características da relação entre o município e as entidades responsáveis pela gestão da AB, evidenciam que há limites importantes conferidos ao modelo. Esses limites, se não discutidos e

⁵⁷ Ainda sobre a apresentação do vereador Paulo Pinheiro, o relatório do TCM municipal aponta ainda, no que diz respeito ao cumprimento das metas, que houve diminuição dos denominadores nos indicadores de prestação de serviços, como por exemplo o número total de consultas/mês, para que determinada OSs cumprisse o recomendado. Além de sobrepreço na contratação de pessoal de limpeza, serviços de manutenção predial, duplicidade de aluguéis na prestação de contas, entre tantas outras.

⁵⁸ Apresentação do então Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde no dia 31 de julho de 2013 em evento que avaliou os três anos de gestão da AB por meio da contratação de Organizações Sociais.

enfrentados pelo poder público, implicam um volume maior de recursos do que o que seria necessário para execução das ações.

5. Considerações Finais

A Atenção Básica do MRJ passou por inúmeras transformações em um intervalo relativamente curto de tempo, com implicações para o acesso e para o arranjo do sistema de saúde. Isso porque, apenas entre o final de 2008 e o ano de 2012, houve um salto de cobertura estimada da ESF de 7% para 40%, o que significa aproximadamente 2,4 milhões de pessoas cadastradas em alguma unidade básica de saúde, com possibilidade de acompanhamento por uma equipe multidisciplinar.

Além disso, estruturas novas foram incorporadas e implementadas em quantidade relevante e aquelas já existentes foram adaptadas à nova estratégia política. A assunção das Clínicas da Família e a padronização de todas as outras unidades já existentes na AB carioca em um único “modelo” de Centro Municipal de Saúde expressam umas das principais características da política de AB no período estudado.

Do ponto de vista dos serviços, estas unidades estão orientadas por uma mesma carteira de serviços, que determina, entre outras coisas, o escopo da AB e seu papel no sistema de saúde. Associados a isso estão os protocolos clínicos e os manuais que orientam a prática dos profissionais de AB do município, incluindo a definição de critérios para encaminhamento dos pacientes aos demais níveis de atenção por meio de regulação municipal.

Tais estratégias podem contribuir para a implementação e continuidade da AB no município, pois preveem uniformidade dos serviços prestados em todas as unidades, além de conferir maior clareza ao trabalhador da saúde sobre seu papel. É imprescindível, portanto, que o trabalhador da saúde, que geralmente está mais permeável às particularidades da ponta, participe da formulação destas ferramentas, de modo que estas estejam cada vez mais alinhadas à realidade dos serviços e menos orientadas por critérios exclusivamente gerenciais.

As mudanças oriundas do que o governo chama de reforma dos cuidados em atenção primária, no entanto, estão para além daquilo que se pode perceber com um olhar menos criterioso. Trata-se de uma expansão de cuidados que está permeada por um aumento de R\$ 1.9 para R\$ 4.3 bilhões no orçamento da saúde municipal

entre 2008 e 2013 e de R\$ 243 milhões para R\$ 1.2 bilhões no caso da AB no mesmo período.

Ademais, o processo de implementação da política se deu por meio da contratação de Organizações Sociais, qualificadas pelo Executivo municipal e incumbidas da gestão da AB no sentido de gerir os recursos humanos, comprar insumos e realizar manutenção das unidades, ou seja, elementos fundantes da prestação de serviços.

Este estudo, por sua vez, expressa um esforço de compreensão de um processo ocorrido em uma conjuntura específica no município do Rio de Janeiro, que é populoso, complexo e apresenta muitas peculiaridades históricas e político-institucionais.

O período analisado aqui, embora curto e recente, compreende um momento de mudanças estruturantes da AB da cidade, com influência para o funcionamento de todo o sistema de saúde. Por este motivo, para fins didáticos, as considerações finais estão divididas entre àquelas concernentes à organização e oferta de serviços e ao modelo de gestão, ainda que estes elementos não estejam dissociados.

No que diz respeito à organização dos serviços, uma das características principais da reforma foi a adoção de unidades novas, chamadas Clínicas da Família, além da adaptação das demais unidades já existentes à estratégia proposta, conferindo à elas o rótulo de Centros Municipais de Saúde e as incluindo na ESF da cidade.

Isto, por si só, já implicaria algumas mudanças no modelo de organização e no funcionamento da AB carioca, historicamente fragmentada e com unidades pulverizadas no território municipal. Contudo, este elemento está associado a outras características determinantes para o funcionamento destas unidades, como o número de equipes atuando em cada uma delas e os serviços prestados no primeiro nível de atenção.

Como um dos efeitos desta alternativa, têm-se apenas 5,2% das unidades básicas compostas por uma única equipe de Saúde da Família atuando. Neste mesmo sentido, expressivos 44,7% das unidades de AB do município contém 5 ou mais equipes de Saúde da Família.

Segundo texto da Política Nacional de Atenção Básica de 2011, é recomendado para os grandes centros urbanos que cada UBS com saúde da família seja referência para, no máximo, doze mil pessoas. Nesse caso, se considerarmos a média recomendada para cada equipe, que está entre três e quatro mil pessoas, isso significaria três ou quatro equipes para cada unidade.

Não obstante a política municipal de AB não esteja compatível com todas as diretrizes e orientações da PNAB 2011, decerto as características do MRJ são particulares, sobretudo devido ao número de favelas e a conseqüente densidade populacional elevada em determinados territórios da cidade. Esta característica, além de justificar a proporção de unidades básicas com cinco ou mais eSF atuando, também torna esta opção virtuosa para solução de um problema operacional na implementação de novas unidades e expansão do acesso.

A simples expansão da cobertura da AB não denota, entretanto, qualidade dos serviços ofertados ou mesmo abrangência deste nível de atenção. Esse processo tem de ser acompanhado pela gestão transparente dos recursos, definição clara da rede de serviços, qualificação das unidades e dos profissionais de modo a garantir uma assistência capaz de ser porta de entrada, dar conta dos problemas de saúde mais comuns para cada população e coordenar o cuidado entre os demais níveis de atenção, com vínculo estabelecido entre a equipe de AB e os pacientes.

Além disso, unidades de ESF que concentram grande número de equipes são pouco comuns na AB brasileira. No caso do MRJ, associa-se a este fato, a contratação dos trabalhadores realizada por meio de organizações sociais em todo o primeiro nível, com entidades diferentes em cada área da cidade. Compreender o processo de trabalho nestas unidades da AB, considerando a relação dos trabalhadores entre si, entre trabalhadores e empregador, entre as unidades da rede e com os pacientes é fundamental para entender as possibilidades efetivas de consolidação de uma AB abrangente.

Nas palavras de Giovanella (2008), em países periféricos em processo de construção de sistemas universais, há uma tensão permanente entre expandir cobertura apenas com cuidados básicos ou garantir uma cesta ampla de serviços. A autora argumenta ainda que a direcionalidade do debate depende, entre outros fatores, da arena política e do momento vivido.

No caso do MRJ, há uma carteira de serviços definida pela SMS desde 2010, na qual todas as equipes de Saúde da Família e as unidades básicas têm especificadas suas atribuições. Pode-se considerar uma lista ampla, que incorpora critérios para organização dos serviços, cuidado à criança/adolescente e ao adulto/idoso, especifica os serviços em saúde mental, bucal, manejo de situações de urgência e emergência, promoção e vigilância em saúde e procedimentos cirúrgicos a serem realizados no âmbito da AB.

Há elementos desta lista, todavia, que não estão restritos à AB, ou seja, não guardam relação somente com os cuidados ofertados no primeiro nível de atenção, ainda que este esteja ancorado em preceitos abrangentes. O “manejo de doenças cardiovasculares”, como refere o documento, abre um leque vasto de possíveis acometimentos e possíveis condutas, com necessidade, por vezes, de contato com outros níveis de atenção e outros profissionais. A viabilidade desta articulação entre os níveis determina a execução da lista em vários aspectos.

Outra questão acerca da oferta de uma cesta de serviços que precisa ser discutida no caso da cidade do Rio de Janeiro, é sua constituição como fator limitante das ações da equipe ao campo biológico. Ainda que se configure uma lista de ordem abrangente, com vasta incorporação de agravos e acometimentos, a maneira como a política é permeável à autonomia da equipe para assumir estratégias de enfrentamento às questões que emergem no território é fundamental. Afinal, histórico e social de adoecimento e a já referida complexidade do município que justifica a escolha de um arranjo diferenciado agregam, naturalmente, problemas de saúde com origem para além do próprio setor.

Além da implementação de unidades e qualificação de equipes capazes de enfrentar os problemas de saúde em territórios até então desassistidos, com suporte para diagnóstico e tratamento dos agravos mais comuns, é preciso garantir que a AB não esteja isolada e tenha suporte de profissionais que não constituem a equipe mínima, a fim de qualificar o cuidado em saúde.

Para tanto, é plausível sinalizar que a implementação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) se deu de forma concomitante à expansão da AB e em números que respeitam o que preconiza a PNAB. Assim como visto no capítulo 4, em 2013, 47 NASF estavam implementados no município do Rio de Janeiro.

O que se pode discutir é a capacidade de cada NASF de absorver os problemas advindos das populações cobertas e os critérios para definição dos profissionais que compõem as equipes. Com base em uma média de 3.500 pessoas por eSF, pode-se dizer que cada NASF esteja vinculado à 54.000 pessoas hoje no MRJ. Tais núcleos são responsáveis por lidar com situações como transtornos mentais e comportamentais, também associados às expressões da questão social⁵⁹ (baixa escolaridade, precárias condições de moradia, inserção no processo produtivo, desemprego, entre outros), transtornos alimentares, co-morbidades decorrentes de doenças crônico-degenerativas, violência, entre outros.

O enfrentamento dessas questões pelas equipes do NASF apenas no plano individual seria insuficiente, em face de sua complexidade e da expressiva demanda por atenção. Nesse sentido, é importante que o NASF atue em uma lógica matricial e orientada para a busca de articulação com outros serviços e setores de políticas públicas.

Cabe avaliar, por meio de novos estudos, as condições de cada Núcleo para lidar com todas as questões que lhe são atribuídas em cada território, uma vez que a expansão se deu, prioritariamente, em regiões de maior pobreza, o que geralmente está associado à piores condições de vida e de saúde.

Isso implicaria olhar para o modo de funcionamento dos NASF e sua inserção na AB do município, considerando a relação dos profissionais e pacientes mediada pela carteira de serviços, protocolos clínicos e metas definidas pelas OS. E, nesse caso, apreender a forma como se dá o contato entre os Núcleos e as demais estruturas da AB, bem como sua relação com os demais níveis de atenção por meio do SISREG.

Ainda sobre essa questão, cabe analisar como se dá a integração da AB sob gestão de diferentes OS e os demais níveis de atenção, povoados por distintos modelos de gestão. Em uma estrutura análoga à competição, na qual cinco OS perseguem o cumprimento de metas estabelecidas *a priori* como condição para

⁵⁹ Estudos recentes têm evidenciado caráter de classe na distribuição dos transtornos mentais. Elementos como exclusão do mercado formal, baixa escolaridade, condições precárias de moradia e baixa renda estão associados à alta prevalência de transtornos mentais (LUDERMIR, 2008; LUDERMIR e MELO FILHO, 2002).

renovação de seus contratos, é possível avançar no sentido de promover a integração da rede e a não fragmentação da própria AB?

As metas definidas pela gestão, segundo o discurso oficial, são destinadas aos profissionais como condição para o recebimento de gratificação financeira. São destinadas também às unidades, sob forma de “incentivos de gestão”, que orientam ou conduzem as atividades em direção aos interesses da SMS.

A forma como as entidades estão distribuídas no território municipal também contribui para definir a sua expressividade e participação na política de AB, considerando as características particulares de cada uma das dez AP e o número de unidades implementadas em cada região.

A Viva Comunidade e a IABAS, por exemplo, são responsáveis por três AP cada uma. Já a SPDM e o Instituto FIBRA gerem duas AP, além da FIOTEC, que abrange duas unidades na AP 3.1. Essa característica de convivência de diferentes entidades gerenciando áreas de abrangência expressivas e em contextos variados, sobretudo devido ao tamanho do município e a maneira desigual como os serviços são distribuídos no território, pode contribuir para a formação de subsistemas de saúde, com diferentes modos de oferecer atenção à saúde, o que pode implicar em iniquidades em termos de acesso e qualidade. .

Os mecanismos utilizados pela gestão da AB para unificar a assistência em todo o território municipal não garantem, por sua vez, a conformação da rede de serviços, tampouco garantem que unidades administradas por diferentes OS – perseguindo o cumprimento das metas – cooperem entre si por uma assistência de qualidade.

A regulação realizada para procedimentos, consultas especializadas e leitos é um instrumento que pode favorecer a coordenação, mas ganha relevância se a rede estiver estabelecida. É preciso investir em estudos que aprofundem esta discussão, de modo a compreender os limites que estão colocados para o atual modelo de gestão da AB no cenário do município do RJ.

Ou seja, em que pese a expansão da oferta, foram poucos os avanços na direção da integração dos serviços.. A organização dos serviços de saúde no território, ao que parece, ainda carece de maior articulação e melhor definição de papel das instituições de saúde para que de fato a rede territorializada se estabeleça. Embora

estejam estabelecidos formalmente a função regulatória e o fortalecimento da AB como porta de entrada para acesso aos demais recursos do sistema municipal, são poucas as evidências de garantia do acesso oportuno, integrado e coordenado.

No que diz respeito à contratação de Organizações Sociais para prestação de serviços no âmbito da saúde, não há grandes novidades. Esta prática é difundida desde o fim da década de 1990, ancorada em lei federal capitaneada pelo então existente Ministério da Administração e Reforma do Estado.

Um relatório publicado em 2013 pelo IBGE sinaliza essa presença em todo o território nacional e aponta que 21,8% dos municípios brasileiros contratam serviços de saúde por meio de Organizações Sociais. O percentual aumenta na região sudeste, chegando a ter 29,7% dos municípios. Os números disparam ainda mais no caso de municípios com mais de 500.000 habitantes, nos quais o percentual chega a 56,4% (IBGE, 2013).

A legitimidade do modelo, no entanto, não está dada, principalmente por conta do envolvimento de diversas entidades em fraudes apontadas por Tribunais de Contas de vários estados e municípios, acusações de superfaturamento decorrente da isenção de licitações garantida por lei, negligência na prestação de serviços que comprometem os princípios do SUS e prejuízos aos trabalhadores da saúde, com irregularidades quanto aos direitos trabalhistas e falta de transparência na contratação de novos profissionais⁶⁰.

O diferencial do modelo adotado pelo município do Rio de Janeiro está na forma como se constituiu o arranjo de contratação das OS, de forma acelerada, a partir de 2009, associado à rápida expansão da Estratégia Saúde da Família. Na maior parte dos municípios, o modelo OS vinha sendo adotado para gestão de unidades hospitalares ou prestação de serviços no nível secundário e terciário, assim como já acontecia no estado do Rio de Janeiro há alguns anos. No caso da AB, o município do Rio contava com servidores em unidades básicas tradicionais sob Administração Direta. Já na Estratégia Saúde da Família, cuja cobertura até 2008 era baixa, registravam-se desde meados da década de 1990 vínculos variados, incluindo alguns

⁶⁰ Vide documento que reúne diversas denúncias e fraudes apontadas por vários órgãos, organizado pela “Frente Nacional pela procedência da ADI 1.923/98 e Contra as Organizações Sociais (OSs)”, entidade com participação de diversos movimentos sociais, entidades de classe, sindicatos e conselhos de âmbito nacional. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf>

servidores, profissionais cooperativados, contratados por meio de ONG e Associação de Moradores.

A opção de expandir os serviços de AB veio acompanhada, portanto, pela opção do modelo de gestão via OS para todo o primeiro nível de atenção, ancorada em justificativas já discutidas no capítulo 3 deste trabalho. Nesse sentido, todas as unidades novas, bem como as já existentes, foram assumidas ou inauguradas por uma Organização Social, na medida em que cada Área Programática (A.P) era contemplada em algum contrato de gestão.

Os editais abrangem toda a A.P, com inclusão de todas as unidades de AB já presentes ou planejadas para aquele território, o que torna o volume de recursos repassado para a gestão dessa estrutura muito alto. Como exemplo deste processo, a Viva Comunidade, responsável pela gestão da AB nas A.Ps 2.1, 3.1 e 3.3 desde 2009, assinou contratos com o município que previam o repasse de mais de R\$ 100 milhões somente no primeiro ano, sem considerar os aditivos assinados posteriormente.

Da mesma forma que ocorre nos demais municípios e estados que adotaram tal modelo, antes de celebrar contratos e prestar serviços para a população, estas entidades precisam ser qualificadas como Organizações Sociais no âmbito da esfera administrativa que atuará e, para tanto, atender a alguns pré-requisitos contidos em lei específica de cada localidade.

Assim como se viu no capítulo anterior, a qualificação das entidades como Organizações Sociais está entre os principais problemas deste arranjo. Além desse, o próprio controle do poder público sobre os gastos das entidades na gestão dos serviços e a contratação de profissionais são elementos recorrentes nas investigações.

Os dados apresentados neste estudo apontam para qualificações irregulares de OS que permanecem atuando no município até o período da finalização deste trabalho. Parte dos problemas, como sinalizou um dos entrevistados, acontecem quando não há o cumprimento pelas entidades dos pré-requisitos previstos na Lei que regulamenta a gestão por meio de OS no município, mas ainda assim as organizações recebem a qualificação do Executivo municipal e se tornam aptas a celebrar contratos com a prefeitura.

No que diz respeito aos gastos, por diversas vezes duvidosos, com denúncias de 'sobrepço' na compra de insumos e no pagamento de profissionais⁶¹, é preciso questionar a transparência do modelo e a capacidade do município de regular a atuação das entidades, bem como de tomar as medidas pertinentes diante de eventuais irregularidades.

A transparência na disponibilização de dados e na utilização do dinheiro público por parte das OS é tema crucial e precisa ser mais discutido. É preciso enumerar, detalhadamente, os critérios utilizados para avaliar a prestação de contas e a alocação do excedente, visto que são entidades que legalmente não visam lucro. Nesse contexto, diante de várias irregularidades apontadas no relatório do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro sobre os contratos celebrados com as entidades, precisa-se discutir quais medidas são efetivamente tomadas pelo Executivo municipal para garantir a eficiência e flexibilidade administrativa que serviram como justificativas para adoção deste modelo de gestão.

A origem destes problemas reside na mesma causa possível: os dois processos são designados por comissões formadas com indicação de nomes pelo Executivo municipal, uma chamada de Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (Coquali) e outra Comissão Técnica de Avaliação (CTA), o que limita a valorização dos interesses de todos os atores envolvidos no processo.

Outro problema relevante na atuação das OS é a contratação de profissionais, cuja forma de condução varia consideravelmente entre as OS, além de prescindir de concurso público. A relativa instabilidade associada à contratação por OS – visto que tais entidades são prestadoras de serviços por um período determinado no contrato de gestão - pode contribuir adicionalmente para a alta rotatividade dos profissionais, sobretudo em regiões afastadas dos grandes centros ou reconhecidas como violentas.

Não obstante os dados oficiais explicitem uma rotatividade relativamente baixa, os achados do PMAQ-AB e as evidências do TCMRJ apontam para um número expressivo da equipes atuando sem profissionais de diversas categorias.

Além de dificuldades estruturais de fixação de profissionais em determinadas áreas do município, a alta rotatividade de médicos em algumas equipes pode se relacionar ao menos em parte à existência do Programa de Residência em Medicina

⁶¹ Relatório do TCM-RJ.

de Família e Comunidade (PRMFC), que é realizado através de uma parceria entre a prefeitura e instituições de ensino superior no município. O Programa aumentou expressivamente o número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade e aloca os residentes como médicos responsáveis pela equipe acompanhados de um supervisor. A formação dos médicos é orientada para os atributos da AB abrangente e pode representar um avanço na formação e manutenção da política em longo prazo (SAMPAIO, 2013).

Enquanto residentes, estes médicos mantêm as equipes de Saúde da Família completas ao longo dos dois anos de curso. Cabe a análise do que ocorre após o período de residência, visto que o vínculo entre pacientes e profissionais é atributo fundante da AB de cunho abrangente. Não é razoável para a manutenção da política de AB com qualidade se apoiar na proposta de substituir médicos de equipes a cada dois anos.

Além disso, cabe questionamento sobre como a oferta de vagas de residência médica será mantida no médio e longo prazo e quais as alternativas para vencer a baixa permanência de profissionais médicos nas unidades de atenção básica. .

Ou seja, existem limites na atuação das OS na AB e na sua regulação pelo município. Os problemas na qualificação das entidades e seleção e contratação de profissionais, regulação por parte do poder público quanto à administração das entidades e a gestão do trabalho são problemas identificados nesta pesquisa, porém que não constituíram o foco do estudo. . A análise aprofundada da relação entre o município e as OS é necessária para a elucidação dos limites e das supostas vantagens do modelo.

Percebe-se que o atual movimento de expansão experimentado pelo MRJ traz consigo inúmeros avanços, principalmente para aqueles que não tinham acesso assegurado aos serviços de saúde e para constituição do próprio sistema, conferindo mais destaque e fortalecimento ao papel da AB. Todavia, muitos limites são percebidos, sobretudo no que tange ao modelo de gestão adotado, com um arranjo heterogêneo de entidades recebendo uma quantidade relevante de recursos, imprecisões e irregularidades não reparadas, além da pouca transparência na alocação de recursos por parte das Organizações Sociais.

O debate acerca da política recente de AB no MRJ não está esgotado e, espera-se com esse estudo de caráter eminentemente exploratório, ter provocado questões que incentivem outras pesquisas, visando aprofundar a análise das implicações das mudanças recentes em âmbitos específicos como: financiamento e regulação das OS; funcionamento das unidades de AB; processos de trabalho; acesso e efetividade da atenção; integração com outros serviços de saúde e coordenação do cuidado, entre outros.

Uma agenda de pesquisas nesse sentido pode contribuir para qualificar a política em benefícios dos usuários que necessitam dos serviços do SUS e garantir que o dinheiro público seja alocado de maneira a garantir que seus princípios sejam efetivados.

Referências

ALFRADIQUE, M. E. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ALMEIDA, C. *Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados*. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p: 759-801.

ATUN, R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115_15>. Acesso em: 05 mar. 2013.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BATISTELLA, C. *Análise da situação de saúde: principais problemas de saúde da população brasileira*. In: FONSECA, A.F.F., CORBO, A.D. (org). O território e o processo saúde doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BODSTEIN, R. A atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 503 v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BOERMA, W. G. W. Coordination and Integration in European primary care. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA W.G.W. Primary care in the driver's seat?: Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf> Acesso em: 10 jul de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.95, de 25 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Ano CXXXIX n.20-e., 29 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.1.101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Documento Síntese para Avaliação Externa. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008 jan 25; 145(18):47

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011

CAMPOS, C. E. A. Centros Municipais de Saúde no Rio de Janeiro: reconstrução de uma trajetória de uma organização sanitária – 1927 – 1997. São Paulo. FMUSP. 1999. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16042010-091406/pt-br.php>. Acessado em: 20/03/2014.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica a saúde nos anos 2000. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [2]: 477-506, 2012.

CAVALLIERI, F. e LOPES, G. P. *Índice de Desenvolvimento Social – IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro*. Coleção Estudos Cariocas, Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos – Secretaria Municipal de Urbanismo, Rio de Janeiro, 2008.

CAZELLI, C. M. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro*. 2003. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz.

CONILL, E. M. *Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CONILL, E. M. e FAUSTO, M. C. R. Análisis de la Integración de la Atención Primaria em Salud em la Red de Servicios em Europa y América Latina. Proyecto EUROsocial Salud, Intercambio “Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención” Documento técnico. Rio de Janeiro: IRD, 2009 [2012 Mar 29]. Disponível em: <http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Salud11.pdf>. Acesso em 20 Jul 2013.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M de.; SENNA, M.C.M. *O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil*. Rev Panam Salud Publica, Washington, 21(2-3):164-176, Feb./Mar, 2007.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. *Participação Social*. In GIOVANELLA, L. (orgs). *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Opas, 2005.

FAUSTO, M. C. R. *Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FAUSTO, M. C. R. e MATTA, G. C. *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*. In: VALÉRIA M. V. G. C. e CORBO, A. A. D'. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996

GIL, C. R. R. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L. *Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. *Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009.

GIOVANELLA, L. e MENDONÇA, M. H. M de. *Atenção Primária à Saúde*. In: GIOVANELLA et al (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. 1112 p.

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.

HARTZ, Z. M. A. e CONTANDRIOPOULOS, A.P. *Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: desafios para avaliar a implantação do “sistema sem muros”*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. *Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Epidemiologia, pós-graduação UFRGS. Porto Alegre, 2013.

JUSTO, A. M. *O Processo de Intervenção Federal no Município do Rio de Janeiro: possibilidades de inovação na gestão e a condição dos recursos humanos nos hospitais refederalizados*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LESSA, C. *O Rio de todos os Brasis*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

LIMA, D. M. C de. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade*. 2014. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

LORD DAWSON OF PENN. *Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services*. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

LOURENÇO et al. *A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais*. Ciência e Saúde Coletiva, v.14 supl 1, p.1367-77, 2009.

LUDERMIR, A. B. *Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18(3): 451-467, 2008.

LUDERMIR, A. B. e MELO FILHO, D. A. *Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional*. Rev.Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213 –231, 2002.

MACHADO C.V., LIMA L.D., BAPTISTA T.W.F. *Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS*. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV,

organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.47-72.

MACINKO, J.; SRTARFIELD, B.; SHI, L. *The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970 – 1998*. HSR: Health Service Research 38:3, June, 2003.

MATA, J. A. S. e RUIZ, M. L. F. *Definición y características de la atención primaria de salud*. In: FADSP (Org.) *Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud*. Madrid: FADSP, 1993. (Sanidad Pública, n. 7).

MATTA, G. C. e MOROSINI, M, V, G. *Atenção Primária à Saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

MINAYO, M. C. S de. *A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde*. Cad. Saúde Pública v.20 n.3 Rio de Janeiro, maio/jun. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Documento Síntese para Avaliação Externa*. Brasília, 2012.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DAMARZO, M. M. P. *Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde – origens e diferenças*. Revista de APS, v. 12, n. 2, p. 204-2013, abr-jun 2009.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. *Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional*. Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MOURA, R. C. S. *O programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma análise das suas concepções*. 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, *Documentos Internos da Coordenação de Saúde das Comunidades*, mimeo, 1999.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, *Plano Municipal de Saúde para o triênio 2010/2013*, Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

MPOG. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Aglomerados Subnormais – primeiros resultados. Censo demogr., Rio de Janeiro, p.1-259, 2010.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A de. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, v. 22 n. 4, p. 1293-311, 2012.

OCDE - Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (2014). A mortalidade infantil. Saúde: tabelas de chaves de OECD., No.14. 2014. Disponível em: <<http://www.oecd-ilibrary.org>>. Acesso em: 10 out. 2014.

OPAS. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de saúde/OMS. Brasília: OMS; 2005.

OPAS/OMS. Saúde nas Américas: panorama regional e perfil de países. Edição 2012. Disponível em: <<http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/sa-2012-resumo.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 12 mai. 2013.

PARADA, R. *A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e forma de inserção*. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2001;11(1):19-104.

PAIM, J. S. *Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS*. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006.

RIZZOTO, M. L. F., GIL, C. R. R., CARVALHO, M de., FONSECA, A. L. N., SANTOS, M. F. *Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná*. *Saúde em Debate* v. 38, n. especial, p.237-51, out 2014.

RUA, M. G. *Análise de Política Públicas: Conceitos Básicos* In: O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados ed.Brasília : Paralelo 15, 1998.

SEIDL, H., VIEIRA, S. P de., FAUSTO, M. C. R., LIMA, R. C. D., GAGNO, J. *Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB*. *Saúde em Debate* v. 38, n. especial, p.94-108, out 2014.

SHI, L. *Primary care, specialty care, and life chances*. *Int J health serv*, n. 24, p. 431-58, 1994.

SAMPAIO, P. G. P. R. P. *Residência em medicina de família e comunidade: dois programas brasileiros*. 2013. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz.

SANTOS, A. M. R., MOURA, M. E. B., NUNES, B. M. V. T., LEAL, C. F. C., TELES, J. B. M. *Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência*. Cad. Saúde Pública v.24 n.8 Rio de Janeiro ago. 2008.

SOUZA, N. L. P. N. *Dinâmica das relações intergovernamentais no processo de descentralização da saúde: o caso do município do Rio de Janeiro*. 2010. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz.

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

STOTZ, E. N. *Epidemia de dengue e responsabilidade das autoridades sanitárias: é possível fundar um ethos público na saúde?* Texto apresentado em: VIII Seminário do projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde; 10 a 12 de setembro de 2008; Mesa-redonda "Responsabilidade e decisão no cuidado: é possível fundar um ethos público na saúde?". Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, C. F. *A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós e criando laços*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p 257-277, 2003.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. *A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, A. L. D. e FAUSTO, M. C. R. *Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil da assistência*. In: Viana, A L., Elias, P E M e Ibañes (orgs). *Proteção Social: dilemas e desafios*, Ed. Hucitec, São Paulo, 2009.

VUORI, H. *Health for all, primary health care and general practitioners*. Keynote Address. Journal of the Royal College of General Practitioners, September 1986.

Walt G. *Health Policy. An introduction to process and power*. Zed Books. 1994.

Apêndices

Apêndice I

**Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP
Dissertação: A Política de Atenção Básica do Município do Rio de: modelo de
organização e modelo de gestão de 2009 a 2013**

Roteiro semiestruturado de entrevista – Modelo Básico

Local e data da entrevista:

Nome do entrevistado:

Cargo ocupado/ função:

Tempo de ocupação do cargo/ função:

Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (UF de origem, formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES):

1. Como você avalia a situação do sistema municipal de saúde no final de 2008? (Quais eram os principais problemas de saúde?)
2. Quais foram as prioridades para a saúde do município a partir de então (2009)?
3. Houve disputa de modelos diferentes de organização dos serviços?
4. Como ocorreu o processo de definição do modelo de organização adotado - tipos de unidades, funcionamento, serviços oferecidos? (como se deu o processo de decisão?)
5. Qual a relação do modelo de organização adotado com a estratégia nacional de Saúde da Família e quais as suas especificidades? Que outras experiências inspiraram o modelo de organização adotado no Rio?
6. Como se planejou e se planeja a distribuição das unidades (Clínica da Família) no território municipal?
7. Qual é o papel que a política de AB assume no sistema municipal de saúde atualmente? (essa participação mudou nos últimos quatro anos?)
8. Como se dá a relação das Unidades de Atenção Básica com as demais unidades da rede (serviços ambulatoriais, SADT, UPA, hospitais?)
9. Quais eram as alternativas para o município no que concerne ao modelo de gestão no âmbito da Atenção Básica? (Como se deu a decisão sobre a contratação de Organizações Sociais? Havia outras alternativas debate?)
10. Como são definidas as estratégias, ações e metas em saúde na AB? (quem participa desse processo de planejamento e programação?)
11. Como se dá o processo de acompanhamento e avaliação dos contratos? (E as alterações devidas diante de inadequações?)
12. Como você avalia a participação da saúde nos gastos municipais, bem como a proporção de gastos em AB?
13. A seu ver, quais são as perspectivas para a política de AB no município em médio e longo prazo, considerando as estratégias atualmente adotadas em

relação ao modelo de organização e de gestão, em termos de: sua expansão/ manutenção/ mudança; sustentabilidade política e financeira?

14. Como se dá a interlocução da política de atenção básica com as demais políticas públicas? Os gestores da saúde participam de fóruns intersetoriais para enfrentamento dos determinantes sociais da saúde?

Apêndice II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado em Saúde Pública na Ensp/Fiocruz: **“A Atenção Básica no município do Rio de Janeiro: modelo de organização e modelo de gestão de 2009 a 2013”**.

Você foi selecionado por sua atuação como sujeito envolvido com a política de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro.

A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Ensp/Fiocruz.

O objetivo geral deste estudo é: analisar a política de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013, com ênfase no modelo de organização e no modelo de gestão. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista, falando da trajetória recente da política de Atenção Básica do Rio de Janeiro.

Os riscos referentes à sua participação são o de identificação indireta devido ao cargo ocupado em determinado período. Em contrapartida, sua participação pode contribuir para a análise da trajetória da Atenção Básica a partir de 2009 e, portanto, para sua melhoria.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelos entrevistados eventualmente será feita somente com menção ao cargo/ função que ocupam na rede.

Após o término do estudo, as informações ficarão guardadas com o pesquisador, armazenadas de forma segura e protegidas contra revelação não autorizada.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias devidamente assinadas, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante do estudo. As páginas do mesmo são numeradas e devem ser rubricadas pelo entrevistador e pelo participante da pesquisa, com vistas a garantir a integridade das informações contidas.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

Participante da pesquisa

Norhan Sumar Silva

Pesquisador

Mestrando em Saúde Pública

ENSP/FIOCRUZ

Cristiani Vieira Machado

Orientadora e pesquisadora do

DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Em caso de dúvidas quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax – 0 (xx) 21 – 2598-2863

Email: cep@ensp.fiocruz.br

Portal Eletrônico: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Anexo I

Carteira de Serviços da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro

Adulto/Idoso	<p>Planejamento familiar e direito sexual e reprodutivo orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - inserção de DIU - dispensação de métodos contraceptivos - investigação de infertilidade conjugal ■ Avaliação pré-concepção ■ Assistência ao pré-natal - diagnóstico precoce gravidez - assistência pré-natal <i>(mínimo de 6 consultas - intercalar consultas médicas e de enfermagem)</i> ■ Assistência ao puerpério ■ Assistência ao climatério ■ Rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo ou papanicolaou) ■ Rastreamento de câncer de mama ■ Rastreamento de dislipidemia em adultos - homens > 35 anos - homens entre 20 e 35 anos se alto risco CV - mulheres > 45 anos de alto risco CV ■ Rastreamento de DM se PA > 135/80 sustentada (homens e mulheres) ■ Rastreamento de HA (hipertensão arterial) para homens > 18 anos, anualmente ■ Rastreamento e aconselhamento para tabagismo ■ Rastreamento e aconselhamento para alcoolismo ■ Prevenção, identificação e acompanhamento das DST e HIV ■ Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra mulheres ■ Manejo de problemas ginecológicos mais comuns ■ Manejo das doenças cardiovasculares ■ Rastreamento de dislipidemia em adultos ■ Manejo das doenças crônicas respiratórias ■ Manejo de outras doenças crônicas prevalentes ■ Manejo de problemas mais prevalentes no adulto ■ Avaliação global do paciente idoso ■ Manejo de tuberculose ■ Manejo de hanseníase ■ Abordagem Sindrômica de DSTs ■ Abordagem das hepatites virais agudas ■ Manejo de parasitoses intestinais ■ Manejo da dengue ■ Emissão de atestado médico e demais documentos ■ Valorização da paternidade ■ Identificação e acompanhamento de doenças relacionadas ao trabalho ■ Promoção do envelhecimento ativo e saudável ■ Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais no idoso ■ Prevenção de quedas e fraturas ■ Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos ■ Prevenção, identificação e acompanhamento do idoso em processo de fragilização ■ Prevenção, identificação e tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis em todas as unidades ■ Realização de atividades de grupo, como Terapia Comunitária, Roda de conversa (Espaços de Fala) ■ Realizar levantamento e acompanhamento dos deficientes na comunidade, identificando situações de risco/vulnerabilidades ■ Incluir a pessoa com deficiência nas ações/programas de saúde previstas para seu ciclo de vida e gênero ■ Prestar apoio/orientação aos cuidadores de deficientes
Criança e Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acolhimento mãe-bebê após alta da maternidade ■ Vigilância do recém-nato de risco/vulnerável ■ Triagem Neonatal - Teste do pezinho (Recomendação A) - Teste do reflexo vermelho (Recomendação A) - Teste da orelhinha (Recomendação B) ■ Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais ■ Promoção de alimentação e hábitos saudáveis

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com utilização da Caderneta de Saúde da Criança (0 a 10 anos) - mínimo de 7 consultas no 1º ano, 2 consultas no 2º ano e anuais a partir do 3º ano - pesar, medir e avaliar o desenvolvimento, preenchendo a caderneta da criança em todo atendimento - consultas idealmente intercaladas com enfermagem - avaliar aspectos psíquicos e afetivos buscando identificar fatores de risco e proteção ■ Imunização de rotina e participação nas campanhas ■ Atualização do Calendário Vacinal ■ Vigilância Nutricional: identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso e obesidade) ■ Acolhimento com avaliação de risco (demanda espontânea) ■ Prevenção da violência contra crianças e adolescentes e acolhimento/atendimento/notificação/acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados ■ Assistência a problemas mais comuns no recém-nascido e no lactente ■ Identificação, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes com asma ■ Identificar, inscrever e acompanhar crianças no Programa Bolsa Família ■ Atendimento aos agravos prevalentes na infância e na adolescência ■ Identificar situações que requeiram atendimento de urgência e/ou especialização/internação e encaminhar quando necessário ■ Identificar, inscrever e acompanhar crianças no Programa Bolsa Família ■ Realizar ações para o Saúde do Escolar (atividades em escolas e creches da área) ■ Apoio e vigilância à saúde das crianças e adolescentes portadoras de doenças crônicas e deficiências residentes na área ■ No cadastro da equipe no CNES deve constar PSE (saúde do escolar) na população assistida ■ Realizar consulta para mãe e bebê nos primeiros 7 dias pós-parto (visita domiciliar ou na unidade de saúde) ■ Triagem Neonatal – Teste do Pezinho, Reflexo Vermelho, ortolani, teste acuidade auditiva (Teste Orelhinha) ■ Atenção à saúde bucal ■ Prevenção dos acidentes e violências ■ Prevenção do uso de drogas ■ Promoção da saúde sexual e reprodutiva ■ Prevenção do tabagismo ■ Promoção da atividade física ■ Atividades educativas individuais e coletivas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável da criança ■ Promoção da cultura de prevenção nas escolas ■ Inclusão da saúde no Projeto Político Pedagógico das escolas ■ Promoção de Saúde Ambiental e Desenvolvimento Local Sustentável ■ Prevenção dos fatores de risco para doença cardíaca isquêmica e diabetes na infância e na adolescência ■ Manejo dos problemas mais comuns na adolescência ■ Estadiamento puberal (estágios de tanner) ■ Pesquisar causas de retardo puberal em adolescentes que não iniciaram a puberdade no sexo feminino até os 13 anos (broto mamário) e no sexo masculino até os 14 anos (aumento de testículos) ■ Avaliar ginecomastia ■ Atividades educativas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável e do vínculo pais e filhos
Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica ■ Instrução de higiene oral ■ Evidenciação/revelação de placa bacteriana ■ Escovação dental supervisionada ■ Aplicação tópica de flúor ■ Visita domiciliar ■ Atendimento clínico fora da Unidade de Saúde (TRA) ■ Ações do Dentescola/PSE ■ Atendimento clínico ambulatorial na Unidade de Saúde ■ Tartarotomia/raspagem de cálculo ■ Restauração de dentes anteriores e posteriores decíduos e permanentes, em amálgama, resina composta fotopolimerizável e cimento de ionômero de vidro ■ Radiografia periapical ■ Exodontias/extrações de dentes permanentes e decíduos ■ Atendimento de urgência etc. ■ Exame clínico para identificação de lesões suspeitas de malignidade

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encaminhamento para os CEOs para a realização de procedimentos de média complexidade (tratamento de canal, periodontal severo, cirurgias periodontais, extrações complexas, raio X panorâmico, entre outros)
Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de imunizações ■ Detecção, notificação e atuação na resposta coordenada às emergências de saúde pública ■ Busca ativa de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) ■ Notificação de Doenças e/ou Agravos de Notificação Compulsória ■ Investigação domiciliar de DNC (casos ou óbitos) ou outros agravos nos casos em que se aplica ■ Adoção de medidas de controle em domicílios e na comunidade ■ Análise da Situação de Saúde ■ Preenchimento de Declarações de Nascidos Vivos ■ Preenchimento de Declarações de Óbitos ■ Preenchimento da Notificação do SINAN para Violência (Doméstica, Sexual e/ou outras violências) ■ Investigação de óbitos ■ Alimentação do Gerenciador de Informações Locais ■ Desenvolvimento das ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde
Promoção da Saúde	<p>Alimentação Saudável</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Promoção de alimentação saudável ■ Vigilância alimentar e nutricional ■ Acompanhamento dos agravos nutricionais e doenças relacionadas à alimentação <p>Promoção da prática de atividade física</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Incentivo e orientação da prática regular de atividade física nas rotinas e protocolos dos serviços de saúde ■ Grupos de promoção da atividade física ■ Ginástica laboral ■ Alongamentos ■ Orientações posturais na gestação ■ Prática corporal/exercícios no pré-natal ■ Posições e exercícios facilitadores para o trabalho de parto ativo ■ Sala de espera ativa ■ Academia Carioca <p>Controle do Tabagismo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ambiente Livre de Fumo ■ Abordagem mínima do tabagismo em todos os pacientes tabagistas ■ Tratamento para a dependência de nicotina ■ Prevenção de tabagismo na infância e na adolescência ■ Abordagem aos familiares de crianças com doença respiratória ■ Abordagem aos pacientes fumantes dos grupos de risco: gestantes, tuberculose, HIV, diabéticos e hipertensos ■ Abordagem do tabagismo no planejamento familiar ■ Práticas educativas voltadas para o usuário que estimulem a reflexão e a discussão ■ Reconhecimento da identidade étnico-racial ■ Acolhimento e respeito à diversidade sexual e à diversidade religiosa ■ Instrumentos para a informação e a orientação ao usuário ■ Ações intersetoriais que ampliem a rede de promoção da saúde e proteção social na comunidade ■ Estratégias que contribuam para a promoção da solidariedade e da cultura da paz, a prevenção de acidentes e violência ■ Atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários ■ Mobilização comunitária ■ Atividades que fortaleçam o protagonismo dos indivíduos e da comunidade
Situações de Urgência e Emergência	<p>Infecções Respiratórias na criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infecção respiratória comum Amigdalite Resfriado comum Gripe (influenza) Traqueobronquite Laringite (crupe) Epiglotite Bronquiolite Pneumonia <p>Infecções Respiratórias no adulto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infecção respiratória comum Amigdalite Resfriado comum Gripe (influenza) Bronquite aguda Exacerbação de DPOC

	<p>Pneumonia</p> <p>Gastroenterites</p> <p>Cefaléias</p> <p>Mialgias</p> <p>Dores articulares</p> <p>Dor lombar</p> <p>Crise hipertensiva</p> <p>Otitis (otite média, otite externa)</p> <p>Rinossinusites</p> <p>Infecção urinária</p> <p>Angina / IAM (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência)</p> <p>Crise convulsiva (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência)</p> <p>Toda unidade primária de saúde deve estar preparada a manejar situações de emergência a fim de estabilizar paciente até remoção.</p>
<p>Procedimentos/Cirurgias ambulatoriais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sutura de lesões superficiais de pele ■ Biopsia/punção de tumores superficiais de pele ■ Retirada de corpo estranho subcutâneo ■ Exérese de calo ■ Desbridamento e curativo de escara ou ulceração ■ Curativo ■ Curativo em pé diabético ■ Anestesia loco-regional ■ Cirurgia da unha (cantoplastia) ■ Drenagem de abscesso ■ Tratamento de miíase furunculóide ■ Drenagem de hematoma subungueal ■ Retirada de pontos ■ Manejo de queimaduras ■ Drenagem de abscesso ■ Retirada de corpo estranho de olho ■ Retirada de corpo estranho de ouvido ■ Retirada de corpo estranho de nariz ■ Tamponamento de Epistaxe ■ Remoção de cerume ■ Nebulização ■ Aplicação de medicação parenteral ■ Coleta de material de sangue para exame laboratorial ■ Coleta de material de urina para exame laboratorial ■ Coleta de material de escarro para exame laboratorial ■ Realização de exame de radiografia ■ Realização de exame de ultrassonografia ■ Realização de exame de eletrocardiografia ■ Retirada de gesso ■ Inserção de DIU ■ Coleta de material para exame citopatológico (papanicolaou) ■ Controle de pressão arterial ■ Controle de glicemia capilar ■ Realização do teste do pezinho ■ Realização do teste do reflexo vermelho ■ Realização do teste da orelhinha ■ Emissão de atestados ■ Administração de medicamentos por paciente ■ Administração de medicamentos para tuberculose ■ Terapia de reidratação oral ■ Consulta pré-natal realizada por enfermeiro ■ Consulta puerperal realizada por enfermeiro ■ Consulta para diagnóstico diabetes mellitus ■ Acompanhamento e aval portadores diabetes mellitus ■ Atendimento hipertensão arterial normal ■ Atendimento hipertensão arterial elevada ■ Atividade coletiva de educação em saúde prof. nível médio ■ Atividade coletiva educação em saúde prof. nível superior ■ Atividades executadas por agente comunitário de saúde ■ Visita domiciliar por profissional de nível médio ■ Assistência ao parto domiciliar sem distocia por médico ■ Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas ■ Cauterização química de pequenas lesões ■ Atendimento médico de urgência com observação ■ Consulta médica do PSF ■ Consulta/atendimento em atenção básica de enfermeiro ■ Consulta médica domiciliar ■ Consulta médica para hanseníase

	<ul style="list-style-type: none">■ Consulta médica puerperal■ Consulta para avaliação clínica do fumante■ Ação coletiva de escovação dental supervisionada■ Ação coletiva de bochecho fluorado■ Ação coletiva de aplicação tópica de fluor-gel■ Cateterismo uretral■ Visita domiciliar consulta/atendimento em atenção básica■ Consulta para hanseníase■ Terapias em grupo■ Sessão de acupuntura com inserção de agulhas (opcional)■ Extração de corpo estranho na vagina■ Excisão de pólipos uterinos■ Sinovectomia de punho■ Infiltração de corticóide em articulações■ Avaliação de acuidade visual■ Fundoscopia (exame de fundo de olho)■ Estesiometria (teste de sensibilidade)
--	---