

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade”

por

Danielle Moreira de Castro Lima

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

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Tatiana Vargas de Faria Baptista
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristiani Vieira Machado

Rio de Janeiro, abril de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade”

apresentada por

Danielle Moreira de Castro Lima

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 29 de abril de 2014.

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

L732 Lima, Danielle Moreira de Castro
Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da
atenção primária numa grande cidade. / Danielle Moreira de
Castro Lima. -- 2014.

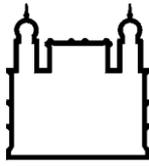
157 f. : il. ; tab. ; graf.

Orientador: Baptista, Tatiana Wargas de Faria
Machado, Cristiani Vieira

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Política de Saúde. 4. Gestão em Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2014

Danielle Moreira de Castro Lima

*Para Francisca Moreira (Vó Xis, in memoriam), Miriam
Moreira, Pedro Mariano, Raimundo Nonato, Diego Bolivar,
Marcos Paulo, Gabriel, Sabrina e João Marcos.*

AGRADECIMENTOS

A aprovação no Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública veio como a realização de um grande desejo profissional e pessoal que soava como quase impossível de conseguir. Ao saber do resultado da minha aprovação, lembro-me que o sentimento foi de uma felicidade intensa e um frio na barriga, pois sabia que seria uma etapa árdua, de muita leitura e aprendizado.

Posteriormente, recebi a notícia que definia a minha orientadora, Tatiana Vargas de Faria Baptista a quem devo toda gratidão e por quem tenho um enorme carinho e admiração. Meus sinceros agradecimentos Tati por acreditar em mim, por apoiar a realização deste trabalho, por me dar asas e me deixar voar, por todo o carinho e por respeitar o meu tempo e os meus limites. A sua delicadeza, dedicação e generosidade foram muito importantes para mim.

Depois de um ano de mestrado tive a oportunidade de ser orientada, também, pela professora Cristiani Vieira Machado. A você Cris meus sinceros agradecimentos por aceitar fazer parte deste trabalho, pela paciência, pelo cuidado e atenção que me ofereceu durante essa trajetória. Além de ter sido um grande prazer tê-la por perto quero que saiba que a sua participação foi de grande importância para a realização deste trabalho.

Sou grata a ambas pela liberdade de ação, por me deixarem livre para aprender, inclusive com os meus erros, isso foi fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional.

Também sou muito grata à Professora Luciana Lima, nossa querida Kalu, por suas aulas, por sua participação na minha banca para a defesa da dissertação e ainda pelo carinho, cuidado e atenção, demonstrados em diversos momentos. Muito obrigada pela acolhida.

Ao professor Ruben Mattos por fazer parte dessa trajetória em diferentes momentos: aulas, banca de qualificação e banca de defesa. Obrigada por suas palavras doces, serenas e pelo seu olhar cuidadoso e competente em momentos tão desesperadores, foi muito bom tê-lo por perto, muito obrigada.

À professora Tânia Fernandes por suas contribuições, gentileza e disponibilidade. Obrigada por suas ajudas e contribuições para este trabalho.

Os dois anos de mestrado também foram anos distantes da família que ficou no Ceará. Os dias foram muito mais difíceis sem o aconchego da minha mãe, do meu pai e dos meus

irmãos (Naco, Nina e Gabriel), mas mesmo com toda a distância sempre foi muito importante saber que eu tenho o apoio dos que ficaram em terras cearenses. A você minha mãe eu não teria palavras para agradecer o seu apoio diário, pois sei o quanto é difícil a caminhada por aí, sei o quanto você gostaria que eu estivesse por perto e mesmo assim o seu amor e o seu carinho por mim lhe fazem aceitar a nossa distância e entender que eu vim em busca de novos rumos. Ainda bem que lhe tenho na minha vida!

Também gostaria de agradecer ao Diego pelo carinho, companheirismo, respeito e tolerância. Obrigada por fazer parte desse momento tão bom e tão importante da minha vida. Você está dentre as coisas maravilhosas que o Rio de Janeiro me deu de presente. Também devo agradecimentos à sua família que agora, já é minha também: Vó Lena, Marcus, Monique, Tia Nanda, Tia Márcia, Mari, Bi e Camila pela acolhida e carinho, além dos mimos que não foram poucos.

Também devo uma gratidão toda especial aos entrevistados da pesquisa. Muito obrigada por compartilhar comigo suas memórias e experiências de vida, sem as memórias e vozes e de vocês não teria sido possível construir esse trabalho.

Não poderia esquecer os meus importantes amigos Wilson e Valéria, parceiros que deram mais leveza a esse processo. É muito bom quando um mestrado, além de proporcionar novos conhecimentos nos proporciona também novos e maravilhosos amigos. Muito obrigada pelos cafés tomados e pelas palavras de conforto.

Meus sinceros agradecimentos a cada um de vocês. Sintam-se parte deste trabalho.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a trajetória de implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, no período de 1990 a 2008. O estudo se apoiou em contribuições da perspectiva histórica e da abordagem institucionalista, buscando valorizar os processos políticos na reconfiguração da atenção básica do município e do sistema de saúde local através da ESF no período em questão. Foram priorizados os seguintes aspectos na análise: a) as especificidades histórico-institucionais do sistema de saúde do município; b) a análise do contexto político municipal, considerando os governos e a gestão da saúde; c) a história e a inserção da ESF na atenção básica; d) as estratégias para a atenção básica e Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro; e) os desafios e potencialidades para a atenção básica, em cada gestão municipal da saúde. Para o desenvolvimento do trabalho foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica, análise de documentos institucionais, como o Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, os relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde, entre outros, e entrevistas com 11 atores que fizeram parte da construção do SUS e da atenção básica desse município. A análise da trajetória da atenção básica no município possibilitou a compreensão de que as regras institucionais construídas ao longo da história do setor saúde do país e do município do Rio de Janeiro foram fatores condicionantes dos rumos dados à atenção básica nessa cidade. A atenção básica no município do Rio de Janeiro, entre 1990 a 2008, apesar de não se constituir na questão central dos debates e discussões políticas, experimentou novas ideias no campo da atenção à saúde, como o trabalho dos agentes comunitários de saúde (desde o final da década de 1980) e o das equipes de saúde da família. O estudo possibilitou apreender as razões que contribuíram para que a atenção básica do município tivesse baixa visibilidade política e poucos investimentos no período estudado. O contexto político no setor saúde do município, as orientações políticas adotadas pelas gestões municipais, as regras institucionais construídas na trajetória da saúde do município, entre outros aspectos, oferecem subsídios para a compreensão das escolhas e rumos da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro. Por fim, o estudo permitiu a reflexão sobre os desafios para a ESF e a compreensão acerca das resistências para a adoção deste modelo para a reorganização e reestruturação do sistema de saúde nessa cidade.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde – Estratégia Saúde da Família – Política de Saúde – Gestão em Saúde

ABSTRACT

This study aims to analyze the trajectory of implementation and expansion of the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*) in the municipality of Rio de Janeiro, during the period of 1990 to 2008. The study relied on contributions from historical perspective and institutionalist approach, seeking to enhance political processes reconfiguration of basic primary care and local health system through the ESF in the period in question. The following aspects were prioritized in the analysis: a) the historical-institutional specificities of the health system in the municipality; b) the analysis of the political context considering municipal governments and health management; c) the history and the insertion of the FHS in primary care; d) strategies for primary care and Family Health Strategy in the municipality of Rio de Janeiro; e) the challenges and potentialities for primary care by municipal health management. For the development of this work, the following methodological strategies were used: literature review, institutional documents analysis, including the Official Gazette of the Municipality of Rio de Janeiro (*Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*), the final reports of the Municipal Health Conferences, among others, and interviews with 11 actors who did part of the construction of the NHS (*SUS*) and primary care of that municipality. The construction of the trajectory of primary care in Rio de Janeiro has enabled us to realize that the institutional rules built throughout the history of the country's health sector and Rio de Janeiro city were conditioning factors of the directions given to primary care in this city. Primary care in the city of Rio de Janeiro from 1990 to 2008, despite not being the central issue in the debates and political discussions, experienced new ideas in the field of health care, as the work of community health workers (since the end of the 80s) and the family health teams. Through the study it was possible to understand the reasons that contributed to the basic health care for having a low political visibility and few investments during the studied period. The political context in the municipality's health sector, the policy guidelines adopted by the municipal administrations, institutional rules built in the history of the city health among other things, provide us input for understanding choices and directions of primary care in the city of Rio de Janeiro. Finally, this study allows reflection on the challenges for the ESF in this municipality and understanding of the resistances to adopt this model for the reorganization and restructuring of the health system in this city.

Keywords: Primary Care - Family Health Strategy - Health Policy – Health Management

SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

AIS – Ações Integradas em Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção primária em Saúde

ARENA - Aliança Renovadora Nacional

AS – Associação de Moradores

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAP – Coordenação de Áreas Programática

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIEP - Centros Integrados de Educação Pública

CIM – Comissão Interinstitucional Municipal

CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CMS – Centros Municipais em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COMLURB - Municipal de Limpeza Urbana

COMUSA – Conferência Municipal de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde

COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade

CRIS - Comissão Interinstitucional Regionais de Saúde

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

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESF - Estratégia Saúde da Família

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GED – Grupo Especial de descentralização

GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica

GPMS - Gestão Plena Municipal de Saúde

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

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPLANRIO - Empresa Municipal de Informática da Cidade do Rio de Janeiro

LOS – lei orgânica da Saúde

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

MES – Ministério da Educação e Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTIC – Ministério do Transporte da Indústria e do Comércio

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

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PAM – Posto Médico de Atendimento

PCCS – Planos de Cargos, Carreiras e Salários

PDT – Partido Democrático Trabalhista

PFL – Partido da Frente Liberal

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

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

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POI – Programação e Orçamento Integrados

PPA – Programa de Pronta Ação

PPS - Partido Popular Socialista

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

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

STF – Supremo tribunal Federal

SUBAS – Subsecretaria de Atenção à Saúde

SUBPAV – Superintendência de Atenção Primária

SUDENE - Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSAP - Superintendência de Saúde Pública

SUSEME - Superintendência de Serviços Médicos

UACPS – Unidade Ambulatorial de Cuidados Primários em Saúde

UIS – Unidades Integradas de Saúde

UMAMP - Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário

RELAÇÃO DE TABELAS, FIGURAS, QUDROS E GRÁFICOS

TABELAS

Tabela 1	Implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família no Brasil, segundo o DAB/MS no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2009.....	55
Tabela 2	Número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde no período de janeiro de 2001 a 2005 – Município do Rio de Janeiro.....	120
Tabela 3	Número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde entre o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2009 – Município do Rio de Janeiro.....	133

FIGURAS

Figura 1	Foto da I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.....	76
Figura 2	Foto de matéria retirada do Jornal Notícias do Rio, editado pela Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro em dezembro de 1991.....	80
Figura 3	Distribuição das equipes de saúde da família por Área de Planejamento segundo o projeto "A implantação da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades, 2001".....	105

QUADROS

Quadro 1	Prefeito e Secretário Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro no período de 1990 a 2008.....	29
Quadro 2	Contexto-político institucional nacional e internacional e as principais ações e políticas de saúde no Brasil de 1889 a 1988.....	69
Quadro 3	Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde da cidade do Rio de Janeiro de 1990 a 2001.....	72
Quadro 4	Unidades municipalizadas de 1995 a 2000 de acordo com o Relatório de Inspeção Ordinária/Unidades de saúde – Tribunal de Contas Municipal do Rio de Janeiro.....	91
Quadro 5	Implantação das equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde de 1995 a 2000, no município do Rio de Janeiro.....	96
Quadro 6	Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde do período de 2001 a 2008.....	99
Quadro 7	Potencialidades e desafios para a atenção básica do município do Rio de Janeiro no período estudado.....	144

GRÁFICOS

Gráfico 1	Cobertura populacional pelas equipes de saúde da família no Brasil e no município do Rio de Janeiro de janeiro de 1999 a janeiro de 2009.....	56
Gráfico 2	Cobertura populacional pelas equipes de saúde da família em grandes centros urbanos do Brasil de janeiro de 1999 a janeiro de 2009.....	57

SUMÁRIO

	Páginas
Apresentação.....	20
Introdução.....	22
Desenho metodológico.....	28
Capítulo I – A atenção básica na política pública brasileira.....	34
Os antecedentes da atenção básica em um sistema “dual”.....	34
Os anos de 1970 e 1980: debates e iniciativas no âmbito da atenção primária.....	39
O Programa Saúde da Família como um pilar de reorganização do SUS: novas possibilidades para a atenção básica do Brasil.....	46
Capítulo II - A trajetória institucional da saúde e da atenção básica no Rio de Janeiro.....	58
1889 – 1960: a capital federal e o seu modo de produzir saúde.....	58
1960 – 1974: os serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro e no Estado da Guanabara.....	61
O pós-fusão e suas implicações para o campo da saúde.....	65
Capítulo III - Os rumos da atenção básica no município do Rio de Janeiro na década de 1990.....	72
A gestão municipal de saúde: o contexto político institucional da atenção básica.....	73
Capítulo IV - A atenção básica no município do Rio de Janeiro nos anos 2000.....	99
A gestão de Sergio Arouca e a atenção básica: a ousadia interrompida.....	101
As propostas da gestão de Ronaldo Cezar Coelho para o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro.....	112
A gestão de Jacob Klingerman e a atenção básica no município do Rio de Janeiro.....	126

Capítulo V – Considerações finais sobre a trajetória da atenção básica e os desafios para a Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro.....	134
Referências bibliográficas.....	149
Anexos.....	154
Apêndice A – Roteiro para entrevistas.....	154
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	156

Apresentação

O sistema de saúde brasileiro tem passado por transformações importantes desde a Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde. Entre essas, podem-se apontar, nos últimos 20 anos, mudanças relativas ao modelo de atenção, com destaque para a expansão e adoção de novas estratégias na atenção básica em saúde.

O tema desta dissertação é a trajetória da atenção básica no município do Rio de Janeiro. Aproximei-me da atenção básica/Estratégia Saúde da Família ainda na minha graduação em enfermagem e desde então sigo estudando o tema, que ganhou nos últimos anos uma importante visibilidade política, ao adquirir o *status* de política prioritária e estratégica no âmbito governamental.

Em 2009 tive a oportunidade de trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um pequeno município cearense, localizado no litoral desse estado. Esse trabalho fomentou questionamentos sobre as potencialidades e as dificuldades enfrentadas, não somente pela ESF, mas principalmente, pela atenção básica em um país cuja história da saúde é marcada pela fragmentação do cuidado, valorização das especialidades médicas e foco na atenção hospitalar como bases institucionais da formação das práticas e dos serviços de saúde.

No ano de 2010 ingressei no curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e entrei em contato com os desafios de implantação da ESF num município de grande porte como o Rio de Janeiro, com questões de outra ordem frente à experiência vivida no Ceará. Tal experiência instigou a curiosidade por compreender com maior profundidade os desafios colocados, no cotidiano do sistema de saúde desse município, para a organização dos seus serviços primários em saúde.

Chamou atenção, particularmente, o contraste entre o início de uma expansão expressiva da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2009 e a ênfase discursiva em uma trajetória prévia de baixos investimentos na atenção básica, na década anterior. Tal situação, destacada inclusive na campanha eleitoral de 2008, alertava para a necessidade de compreender melhor a história anterior e o contexto de mudanças na saúde no município no período do SUS.

Na referida campanha eleitoral, o discurso político da oposição embasava-se nos baixos investimentos no setor saúde no governo vigente, inclusive no que diz respeito à atenção básica do município que tinha à época uma cobertura pouco significativa de equipes de saúde da família. Os atores entrevistados nesse trabalho apontaram uma estimativa de 3% a 5% de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família até o ano de 2008. Nesse contexto, as promessas de implantação das Clínicas de Saúde da Família, em áreas historicamente esquecidas ou com acesso restrito aos serviços de saúde, ganharam destaque na campanha eleitoral.

Apesar de não ser foco desse estudo, vale apontar que de 2009 a 2013, houve uma expansão expressiva de equipes de saúde da família pelo município, situação que merece atenção e que pode ser explicada, em parte, através dos aspectos históricos e institucionais que compõem a trajetória atenção básica do município do município.

A delimitação do estudo ao período de 1990 a 2008 se deu pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a trajetória da atenção básica no município nas duas primeiras décadas de implantação do SUS. O esforço de resgate da história e de caracterização do contexto do município prévio à expansão massiva da ESF, em 2009 é relevante para a identificação dos elementos de continuidade e mudança no período recente, bem como para a compreensão dos desafios colocados à organização recente da atenção básica no município. Tal proposta de estudo já encerrava grandes desafios, frente às dificuldades de obtenção de informações sobre a política em governos e gestões anteriores.

Com esse estudo, não se pretende esgotar a discussão acerca do tema proposto, mas sim instigar a reflexão acerca da orientação que vem sendo dada à ESF como uma política de saúde no município do Rio de Janeiro. Refletir sobre os antecedentes da fase inaugurada em 2009 – em que a opção pela expansão massiva da Estratégia Saúde da Família na cidade foi afirmada – nos pareceu imprescindível para compreender o contexto institucional dessa política da conjuntura atual, além de trazer elementos históricos para a análise da condução da política de saúde municipal e o projeto de sistema de saúde que vem sendo construído.

Introdução

A proposta de um modelo de atenção à saúde pautado na organização da atenção básica ou atenção primária¹ é um tema relativamente recente na agenda pública do Estado brasileiro. Será em específico no contexto dos anos 1970 que o debate em torno da extensão de cobertura e da ampliação do direito à saúde trará à tona a necessidade de se pensar a programação de ações de saúde mais integradas e com ênfase no nível primário de atenção, em contraposição a um modelo de saúde com ações de saúde pública de um lado e assistência médica previdenciária de outro, onerando o Estado e produzindo iatrogenia em saúde.

Ressalta-se que tratar a atenção básica como um tema recente na agenda pública brasileira não significa negar a existência de práticas de saúde no nível primário de atenção na realidade do país, algo presente desde o início do século XX, em especial com as ações de saúde pública².

Na verdade, o que é reconhecido como novo no debate brasileiro é a discussão acerca da organização do sistema de saúde a partir de uma lógica da atenção básica ou primária. Assim, inicia-se nos anos 1970 a introdução no Brasil de experiências de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), em 1976. Nos anos de 1980, temos a conformação de sistemas locais de saúde (SILOS) e distritos sanitários, as Ações Integradas em Saúde (AIS) e o trabalho com os agentes comunitários em alguns pontos do país.

No âmbito do Rio de Janeiro podem ser citados alguns exemplos que contribuíram para a organização do sistema de saúde e da atenção básica do município, são eles: a experiência

¹ Não nos interessa nesse momento fazer a distinção entre atenção básica e atenção primária. Voltaremos a essa questão mais adiante.

² No Brasil, desde os anos 1920 são identificadas ações em saúde que, atualmente, podem ser consideradas como as primeiras experiências em atenção básica no território brasileiro, tais experiências foram fundamentais para o rumo da atenção básica no país. Fausto (2005) e Campos (1999) identificam nos seus trabalhos tais experiências e as identificam como serviços de atenção básica e não necessariamente como políticas orientadoras da atenção em saúde apesar de tais eventos terem contribuído para a institucionalização de práticas e formulação de políticas em anos posteriores. Também, em documento formulado pela OMS (2008), em que é discutida a renovação da Atenção Primária nas Américas, são apresentadas as principais experiências com a atenção primária em âmbito internacional no século XX e início do século XXI.

com os agentes comunitários em Manguinhos e as Unidades de Cuidados Primários em Saúde (UACPS).

Tais exemplos são iniciativas que revelaram, de algum modo, a necessidade de práticas de saúde diferentes das que estavam postas. Também, possibilitaram uma aproximação com as realidades locais e aprofundaram o debate sobre a conformação de um sistema integrado de saúde com bases na regionalização, hierarquização e participação comunitária.

No debate internacional, a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, se conformou em um marco importante na discussão de uma atenção primária abrangente. Tal conferência trazia como proposta a necessidade de organização de uma atenção primária com vistas tanto às mudanças de prática e transformação do modelo de atenção como também com o papel de organizadora e coordenadora dos serviços de saúde.

Essa concepção abriu caminhos para novos espaços de discussão sobre a importância desse nível de atenção como estratégico para a implantação dos sistemas de saúde em vários países e também se apresentou no debate brasileiro. No entanto, cabe destacar que na discussão brasileira mais do que a defesa de organização de uma atenção primária defendia-se nesse momento a garantia do direito integral à saúde, num sistema articulado de atenção, com ações curativas e preventivas conformando um modelo que rompesse com a lógica do cuidado especializado, fragmentado e com intervenções verticalizadas na saúde da população.

É, portanto, com a tônica do direito à saúde que em 1988 define-se na Constituição Federal brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo como base um novo sistema pautado pelos princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação social. Nessa nova proposta, o modelo de atenção deveria ser organizado a partir dos princípios pactuados para o sistema, numa lógica de regionalização e hierarquização no processo de descentralização e de prioridade das atividades preventivas sem prejuízo das atividades assistenciais.

Essas diretrizes vinculavam o projeto SUS a um modelo piramidal de organização do sistema, com ênfase nas ações de primeiro nível ofertadas no território e integradas aos demais níveis de atenção, no próprio território ou em localidades adjacentes.

A implantação efetiva do SUS se deu somente nos anos 1990 com a aplicação das leis orgânicas (8080 e 8142) e das normas operacionais do Ministério da Saúde, que funcionaram como norteadoras e definidoras das ações e serviços de saúde e responsabilidades dos entes governamentais na implantação dos sistemas de saúde nos estados e municípios brasileiros.

No Brasil, após décadas de valorização e de privilégio à atenção hospitalar, herdada da medicina previdenciária, somente na década de 1990 a atenção básica ganha importante espaço na agenda governamental e efeito de política estratégica para organização dos serviços de saúde e transformação do modelo de atenção, diferente dos anos anteriores³.

Os primeiros anos da década de 1990 foram de grande instabilidade política e econômica no país com reflexo para a organização do SUS. A crise do financiamento e os conflitos entre os entes governamentais na definição de suas atribuições, dentre outros fatores, dificultaram a organização do sistema e a reorientação do modelo (Viana e Dal Poz, 1998).

As primeiras normas operacionais da saúde de alguma forma induziram mudanças na organização do sistema, em especial no processo de descentralização das ações de saúde e na definição das atribuições de cada ente governamental, contudo não possibilitaram avançar efetivamente na reorientação do modelo de atenção. Foi somente com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) que se definiu uma estratégia de indução que incidia na reorganização do modelo de atenção.

Essa norma cumpriu com um importante papel de impulsionadora da implantação da Estratégia Saúde da Família pelo território nacional, uma vez que adotou exigências para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF) e propôs transformações importantes no modo de financiamento desses programas, o que conferiu ao PSF, em 1996, *status* de estratégia assistencial para reorientação do sistema de saúde.

³ Antes dos anos 1990 existiam diferentes ações e serviços básicos em saúde que de alguma forma prestavam atenção à população, tais serviços podem ser considerados como iniciativas que conformaram bases para o que foi definido, com mais clareza, como atenção básica no país a partir da década de 1990.

Assim, a NOB 96 também se constituiu em um marco importante no que diz respeito aos avanços relacionados à atenção básica⁴ no país.

Nos últimos vinte anos houve um esforço político para que ocorresse o aumento no número de equipes de saúde da família implantadas no território nacional. O primeiro aumento expressivo no número de equipes se deu a partir de 1998, quando a NOB 96 foi de fato posta em prática com a implementação de incentivos financeiros federais para a atenção básica, reunidos no Piso de Atenção Básica (PAB), que compreendia uma parcela fixa per capita e uma parcela variável, dependente da adesão a programas específicos, como o Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, entre outros.

O ritmo de adaptação aos requisitos previstos na norma para habilitação e de adesão ao Programa Saúde da Família foram variáveis entre os estados e municípios do país. A indução financeira vinculada à implantação das equipes de saúde que compõem esse programa favoreceu a sua expansão a nível nacional, ainda que de forma heterogênea.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005c), nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada a implantação das equipes de saúde da família foi acelerada, ao contrário dos grandes centros urbanos que têm implantado essas equipes de forma lenta, visto o contexto complexo e inerente às grandes cidades.

Segundo as mesmas autoras problemas como a alta concentração demográfica, o elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde e a oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada, se constituem em obstáculos, nas grandes cidades, para a implantação da ESF como uma estratégia da atenção básica para organização do sistema de saúde.

Machado *et al* (2008), apontam em estudo realizado em 2005 com os 22 municípios do estado do Rio de Janeiro com população superior a 100 mil habitantes, a ESF como uma das

⁴ No contexto dos anos 1990 e no texto da Norma Operacional Básica de 1996 - NOB96 (Brasil, 1996) a terminologia que passou a ser utilizada no Brasil era “atenção básica em saúde”, ao invés de “atenção primária à saúde”, termo mais usual no plano internacional (“primary health care”). No final desta década, com a busca de diálogo com as experiências internacionais e com a reflexão sobre os processos em curso no Brasil, voltou-se a colocar em discussão a utilização da terminologia atenção primária ao invés de atenção básica. Sobre as diferenças de uso destes termos e debates que suscitam ver Fausto e Matta (2007). No âmbito deste projeto não entraremos neste debate e utilizaremos a terminologia utilizada em cada momento de discussão da ESF, respeitando os usos dos documentos e autores.

políticas federais com maior capilaridade e visibilidade no país nos últimos dez anos, com uma base social de apoio importante que favoreceu a sua institucionalidade em vários locais do país.

As autoras também ressaltam a contribuição da ESF para o aumento no acesso da população aos serviços de saúde e para mudanças no modelo organizacional da rede de serviços e das práticas assistenciais. Entretanto, ao passo que a ESF apresenta potencialidades para a melhoria da assistência, também enfrenta desafios para a sua consolidação.

Por outro lado, o mesmo trabalho também aponta os problemas e desafios enfrentados pelos municípios estudados, são eles: distintas condições financeiras e político-institucionais dos municípios para investimento e custeio de uma rede de serviços de saúde, devidamente articulada, que favoreça o acesso a todos os níveis de atenção em saúde e ausência de profissionais bem capacitados para o serviço, de modo que esses possam oferecer um cuidado em saúde com qualidade.

Outros problemas apontados pelo estudo foram as diversidades regionais e locais no desenho do PACS/ESF no âmbito nacional e o não estímulo a outras iniciativas de transformação do modelo de atenção que poderiam ser mais adequadas à algumas realidades específicas. Ou seja, a aplicação da ESF como um modelo a ser seguido pelos vários municípios brasileiros desconsidera as peculiaridades regionais e a complexidade em lidar com um território marcado por tantas diferenças políticas, culturais e econômicas.

Em consonância com o já exposto, segundo o relatório do 4º Seminário da Região Metropolitana I, realizado em 2005, o Rio de Janeiro apresentava vários fatores que tornavam a implementação da ESF ainda mais complexa, entre eles estavam: a densidade populacional elevada com graves problemas socioeconômicos, a concentração de serviços de saúde em algumas áreas e a escassez ou ausência em outras, a precariedade e a insuficiência da rede de atenção primária e o funcionamento da rede hospitalar de forma desintegrada e fragmentada da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

As dificuldades até aqui expostas no âmbito do setor saúde e especialmente na atenção básica do município do Rio de Janeiro são marcadores importantes para o debate acerca do tema dessa pesquisa.

Questões de ordem política, econômica, técnica e cultural, que se fizeram presentes na vida dessa metrópole merecem ser analisadas e compreendidas a fim de se construir argumentos capazes de explicar, ainda que dentro das suas limitações, os aspectos importantes relacionados à trajetória da atenção básica desse município.

Os questionamentos que seguem ajudam a orientar a construção do debate e entender como a política de atenção básica a partir dos anos de 1990 se conforma no município do Rio de Janeiro e quais as estratégias utilizadas para desenvolvê-la: Os obstáculos que a Estratégia Saúde da Família enfrenta no município do RJ para se constituir como reorganizadora da atenção à saúde, estariam relacionados com as condições institucionais prévias do sistema municipal de saúde? Quais as estratégias utilizadas na implantação e consolidação da ESF no município do Rio de Janeiro? Que dificuldades e potencialidades se apresentaram para a implementação da estratégia nesse contexto específico?

Este estudo insere-se neste contexto e tem como objetivo geral analisar a trajetória de implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, no período de 1990 a 2008 e como objetivos específicos identificar os condicionantes históricos e institucionais presentes no processo de implantação e expansão da ESF no município do RJ; identificar as estratégias utilizadas na implantação e consolidação da ESF no município do RJ e por fim mapear os desafios e as potencialidades da Estratégia de Saúde da Família no município do RJ.

Para compreender os momentos importantes da história do setor saúde consideramos imprescindível o entendimento sobre as condições institucionais que influenciaram as tomadas de decisões, a construção de políticas e a conformação de modelos de saúde no país e no município estudado.

Não considerar essa história construída e vivida por tantos, ao longo dos anos, pode ser um equívoco e um fator potencialmente impeditivo para compreendermos com profundidade as escolhas políticas feitas até aqui. Para tanto será realizado o esforço de analisar os desafios colocados para a ESF a partir da construção da trajetória da atenção básica no município do Rio de Janeiro, considerando tanto as questões relacionadas ao contexto nacional, na perspectiva de uma discussão da macropolítica de saúde brasileira, como as questões que são de caráter mais específico do município.

Para a discussão sobre a atenção básica, no município do Rio de Janeiro, como uma política de Estado, faz-se necessário uma discussão de como essa política se configurou nesse contexto desde 1995, ano em que foi implantada a primeira equipe de saúde da Família na Ilha de Paquetá.

Algumas questões fundamentaram a importância da realização deste trabalho, são elas: a necessidade de compreender melhor os processos decisórios no âmbito da atenção básica do município do Rio de Janeiro, a escassez de material que trate da atenção básica nesse município e as escolhas feitas nessa área no período estudado – 1990 a 2008, a compreensão de que a história poderia oferecer subsídios importantes para o entendimento das decisões políticas mais atuais na atenção básica do município e por fim a possibilidade do mesmo contribuir com o debate sobre o sistema de saúde do município e sua atenção básica.

Desenho metodológico

A delimitação do período compreende quatro gestões municipais (Quadro 1) que abrangem o processo inicial de organização do Sistema Único de Saúde no município e o início da implantação da Estratégia Saúde Família, com a primeira equipe de saúde da família na Ilha de Paquetá (1995), até o período que antecede a uma expansão mais acelerada da ESF, que se inicia em 2009.

A opção por tratar do período que antecede à expansão justifica-se pela necessidade de se buscar elementos sobre a construção das institucionalidades⁵ prévias e dos aspectos históricos da saúde no município, que ainda trazem desafios para os processos políticos em curso, além de ajudarem na compreensão das escolhas realizadas no processo de desenvolvimento da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro. Segue a tabela 1 com a sistematização dos períodos estudados.

⁵ Compreende-se como institucionalidade as trajetórias e os arranjos de poder das instituições que extrapolam, inclusive, as decisões administrativas. São as regras, a cultura e o modo de funcionamento que (re) constroem a vida institucional e, em especial, as práticas estabelecidas no âmbito das organizações. Para maiores esclarecimentos ver Borges e Baptista (2010).

Quadro 1 – Prefeito e Secretário Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro no período de 1990 a 2008

Período	Prefeito	Secretário Municipal de Saúde
1990– 1993	Marcelo Alencar	Pedro Gomes Valente
		Ronaldo Gazolla
1993-1997	Cesar Maia	Ronaldo Gazolla
1997-2001	Luiz Paulo Conde	Ronaldo Gazolla
2001-2005	Cesar Maia	Antônio Sergio Arouca
		Ronaldo Cezar Coelho
2005-2008	Cesar Maia	Jacob Kligerman

Fonte: Informações obtidas nos Diários Oficiais do Município do Rio de Janeiro.

O estudo consistiu em uma análise de política pública de saúde que se apoiou em contribuições da perspectiva histórica e da abordagem institucionalista, buscando valorizar os processos políticos na reconfiguração da atenção básica do município e do sistema de saúde local através da ESF no período em questão. Foram priorizados os seguintes aspectos na análise:

- Especificidades histórico-institucionais do sistema de saúde do município;
- Análise do contexto político municipal considerando os governos e gestão da saúde;
- A história e a inserção da ESF na atenção básica;
- Estratégias para a atenção básica e Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro;
- Desafios e potencialidades para a atenção básica por gestão municipal da saúde;

Nesse sentido, o estudo considera os elementos históricos da política de saúde como fundamentais para a análise desse novo modelo de saúde, seus limites e suas potencialidades frente a atual conjuntura. Aproxima-se ainda da abordagem institucionalista por considerar como importante a compreensão das regras institucionais, construídas ao longo dos anos, que contribuíram para a configuração do modelo de atenção em saúde proposto pela atenção básica/ESF.

A valorização de aspectos institucionais e históricos foi importante para explicar os rumos tomados e as estratégias escolhidas no âmbito da atenção básica.

Este trabalho foi construído a partir de pesquisa bibliográfica, dos documentos gerados pela política oficial, como o Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, dos relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde, entre outros documentos obtidos durante a pesquisa de campo. Além disso, foi de grande importância a realização de entrevistas com diferentes atores que participaram da construção da política de atenção básica no município e da implantação de estratégias como o PACS e a ESF no período de análise da pesquisa.

Para o desenvolvimento do trabalho foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas com suas respectivas fontes de dados:

Revisão bibliográfica: também foi utilizado como fonte de dados as bases bibliográficas para o levantamento de informações acerca da organização da atenção básica no município do Rio de Janeiro, da conformação da Estratégia Saúde da Família nesse município e das estratégias para a implantação e consolidação dessa política no município em questão assim como de assuntos afins e de relevância para este trabalho.

Análise de documentos institucionais: para a descrição da trajetória da atenção básica no município do Rio de Janeiro, no período supracitado, foram realizadas visitas regulares tanto ao Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro quanto à Câmara dos Vereadores com o objetivo de acessar os Diários Oficiais do Município do Rio de Janeiro (DOMRJ) para pesquisar os principais acontecimentos no âmbito do setor saúde do município, com foco na atenção básica, a partir de 1990.

No decorrer da pesquisa do DOMRJ, percebeu-se que as informações, acerca da atenção básica, contidas nesse documento eram escassas e pontuais e que necessitavam de

outros documentos para complementação das informações achadas. Nesse sentido recorreu-se aos relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde do Rio de Janeiro que ofereceram subsídios importantes para a compreensão das institucionalidades e da história que conformaram o setor saúde do município.

Tanto os Diários Oficiais como os referidos relatórios finais foram fundamentais para o levante das informações acerca do contexto político-institucional do município em questão a partir do ano de 1990 e suas implicações para a política de saúde.

Foi com a análise desses documentos, e de outros cedidos pelos entrevistados que participaram deste trabalho, que foi possível a construção de uma linha histórica da trajetória da atenção básica no município do Rio de Janeiro, assim como o processo de implantação da ESF no município como uma estratégia de expansão da atenção básica.

Entrevistas: foram realizadas entrevistas com 11 profissionais/atores que contribuíram com a construção do sistema de saúde do Rio de Janeiro, especialmente na organização da atenção básica desse município, de 1990 até 2008. A localização dos entrevistados foi realizada a partir das gestões analisadas (tabela 1). Em cada uma dessas gestões foram identificados atores importantes que fizeram parte da história de construção do sistema de saúde do Rio de Janeiro no período estudado.

A cada entrevista, solicitava-se ao entrevistado indicações de atores que pudessem de alguma forma contribuir com a pesquisa, assim como documentos com informações acerca da atenção básica do município. Os entrevistados não foram identificados.

A obtenção dos documentos junto aos entrevistados foi mais uma tentativa de superar a escassez de matérias sobre as gestões municipais de saúde no período de estudo. Há poucos documentos oficiais que contenham informações sobre a atenção básica no período, o que dificultou a construção do trabalho, assim como a profundidade de algumas discussões, principalmente na gestão municipal de 2005 a 2008.

Para o enfrentamento dessa dificuldade, a realização das entrevistas foi imprescindível, sendo necessário o retorno a determinados participantes para o esclarecimento de algumas questões e para a coleta de mais informações sobre o período em que atuou.

A escolha pelo método que utiliza as entrevistas como coleta de dados se deu por compreendermos que esse suscita nos profissionais uma reflexão e uma exteriorização das experiências vividas. Para tal foi utilizado um roteiro de entrevista (ver apêndice A) Na análise do material buscamos trazer a reflexividade dos atores, envolvidos na pesquisa, sobre a sua participação no processo construção e implantação da ESF no município em questão.

Tais entrevistas foram gravadas e transcritas, visando facilitar o processamento do material. Todas as informações obtidas por meio das entrevistas foram acessadas somente pela pesquisadora e suas orientadoras. No corpo do trabalho foram eventualmente utilizadas citações diretas das falas de alguns dos entrevistados, quando traziam informações importantes para a compreensão do contexto e do processo político.

Para a realização das entrevistas o presente trabalho necessitou da aprovação tanto do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) quanto do CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A aproximação com o tema em estudo e o conjunto de questões inseridas no contexto em que a ESF é afirmada como proposta de reorientação do modelo de atenção e organizadora do Sistema Único de Saúde será apresentada em cinco capítulos.

No capítulo 1 - *A Atenção Básica na política de saúde brasileira* – serão apontados elementos que contribuíram para constituição da atenção básica no Brasil.

No capítulo 2 - *A trajetória institucional da saúde e da atenção básica no Rio de Janeiro* - será discutida a conformação do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro e a trajetória da atenção básica em saúde nesse município.

O capítulo 3 - *Os rumos da atenção básica no município do Rio de Janeiro na década de 1990* – fará a discussão acerca da trajetória da atenção básica no município nos anos 1990, apontando os aspectos institucionais, suas potencialidades e os principais obstáculos enfrentados para a sua consolidação.

O capítulo 4 - *A atenção básica no município do Rio de Janeiro nos anos 2000*– fará a discussão sobre a trajetória da atenção básica no município no período que vai de 2000 a 2008. Esse capítulo funcionará como continuação e complementação do capítulo anterior, pois

seguirá a discussão com base nos aspectos institucionais, potencialidades e obstáculos colocados para a atenção básica do município.

Por fim, o trabalho será finalizado com o capítulo 5 que traz como proposta uma síntese dos elementos gerais acerca da trajetória da atenção básica no município do Rio de Janeiro assim como dos condicionantes históricos e institucionais na conformação da atenção básica, as principais estratégias para implantação da ESF, suas potencialidades e os obstáculos enfrentados para a sua implantação nesse município.

Capítulo I - A atenção básica na política de saúde brasileira

Neste capítulo, buscamos reunir elementos para a compreensão da configuração da política de atenção básica no Brasil, nos diferentes momentos, porém com ênfase no período de implantação do SUS. A breve apresentação do contexto nacional da atenção básica visa subsidiar a análise das especificidades da trajetória e do contexto da política de atenção básica no município do Rio de Janeiro, o que será aprofundado nos capítulos seguintes.

Os antecedentes da atenção básica num sistema de saúde “dual”

A trajetória das políticas de saúde no Brasil, dos anos 1920 aos anos 1980⁶, é marcada por uma dualidade - expressa no plano institucional, nas formas de organização e na possibilidade de acesso às ações e serviços de saúde – representada, de um lado, pela vertente da saúde pública e de outro, pela assistência médica ligada à Previdência Social (Escorel e Teixeira (2008); Luz (1991) e outros). Em ambos os ramos, sobressaiu-se no período a atuação do Executivo federal em um modelo marcado pela centralização e, muitas vezes, autoritarismo na condução das políticas de saúde.

Nessas duas vertentes, havia desde as primeiras décadas do século XX a prestação de algumas ações e serviços de saúde, coletivos ou individuais, que atualmente são incluídos sob a designação de atenção básica, como por exemplo, imunizações ou consultas médicas básicas. No entanto, as ideias de atenção primária ou de atenção básica como estratégias de organização do sistema de saúde, só se configuram a partir das décadas de 1960 e 1970.

No que concerne à vertente da saúde pública, a Primeira República (1889-1930) deixou como legado a atuação de um Estado coercitivo com ações de saúde de caráter emergenciais frente às epidemias e endemias. De acordo com Hochman (2001), é nesse período que se inicia a formação do poder público no campo da saúde e do saneamento, com a atuação do movimento sanitário em dois momentos importantes. O primeiro, data da gestão de Oswaldo Cruz (1903-1909) com ações de saneamento urbano, de combate às epidemias e

⁶ Para uma revisão das ações de saúde nos períodos anteriores, colonial e imperial, ver Escorel e Teixeira (2008). Já uma análise detalhada das políticas de saúde na Primeira República é apresentada por Hochman (1998),

controle das endemias, centradas no Distrito Federal e cidades portuárias, sob a perspectiva de manter a economia agroexportadora do país. O segundo momento⁷ (1910-1920) foi pautado em ações com ênfase no saneamento rural, expandindo a atuação do Estado na saúde e constituindo uma estrutura sanitária federal no combate às epidemias em todo território. Nos dois momentos, predominava o modelo campanhista⁸ que, associado ao higienismo, tinha como característica principal as ações que visavam à prevenção e controle das doenças e agravos específicos.

A criação e implantação dos serviços de saúde pública em território nacional é a expressão desse contexto, tendo se constituído nas décadas de 1910 e 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública, os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, os distritos sanitários, as Delegacias Federais de Saúde, entre outras estratégias no campo da saúde que serviram para ajustar a produção de saúde de acordo com os interesses políticos daquele momento.

Campos (1999) indica que essa nova conformação na estrutura sanitária federal significou um novo paradigma organizacional da saúde pública que favoreceu o processo de distritalização e o trabalho com a educação sanitária e ainda a condução de uma política sanitária nacional, que se consolidará especialmente a partir de 1934 na proposta dos Centros de Saúde, como veremos adiante.

No que diz respeito à vertente da assistência médica previdenciária, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), legalizadas em 1923, conformaram as bases institucionais para a formação do sistema previdenciário a partir dos anos 1930, caracterizado pela organização de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) por categorias profissionais. As CAP e posteriormente os IAP baseavam-se na lógica de seguro social, garantindo aos contribuintes os benefícios de aposentadorias, pensões e assistência médica individual (e às vezes odontológica), para os trabalhadores formais⁹.

⁷ O sertão era uma parte do país que sofria com a pobreza, com as epidemias e com a ausência do poder público que concentrava suas forças e poderes na capital do país, diante desse contexto, abre-se a discussão sobre a necessidade de uma reforma sanitária que atendesse não somente às mazelas da capital (Rio de Janeiro), mas também de todo território nacional. Em 1918 a gripe espanhola foi o estopim para as modificações na estrutura sanitária nacional, pois nesse momento, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública e foi reestruturado o Serviço de Profilaxia Rural a partir dos postos de Saneamento e Profilaxia Rural.

⁸ Luz (1991, p.79) assinala que o modelo campanhista alicerçava a política de saúde no país e no continente americano em geral. Segundo a autora o próprio nome desse modelo sugere que o mesmo é de inspiração bélica, pois concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social.

⁹ Santos (1979) denominou essa condição como *cidadania regulada*, para designar um modo de atuação do Estado na organização da proteção ao trabalhador que excluía os demais segmentos sociais.

A dualidade institucional das políticas de saúde foi reafirmada no governo Getúlio Vargas com a criação de dois ministérios: o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), responsável pelas ações reconhecidas como de saúde pública, e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), responsável pela vertente previdenciária (Escorel, 2008). A atuação desses ministérios de forma desarticulada reforçou o distanciamento entre a saúde pública e a medicina previdenciária¹⁰.

Para Hochman (2006), a saúde pública se destacou como uma política estatal no governo de Vargas, na gestão de Gustavo Capanema, passando por reformas como: a transformação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em Ministério da Educação e Saúde (MES); a divisão do país em oito regiões; a institucionalização das Conferências Nacionais de Saúde e a criação dos serviços nacionais, para o combate de doenças específicas. Apesar do estabelecimento de um formato organizacional mais estruturado e complexo, o autor alega que a gestão de Capanema na saúde pública não significou uma ruptura radical com a agenda de 1920, pois a ênfase das políticas federais de saúde continuou a ser o combate às grandes epidemias e endemias rurais.

Nesse contexto, entre a década de 30 e 40, cresce o modelo dos Centros de Saúde¹¹ como uma rede sanitária que deveria se organizar nos distritos sanitários, antes ocupados pelos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural. É importante apontar que o projeto dos Centros de Saúde era de interesse daqueles que defendiam o processo de industrialização e urbanização sob o entendimento e justificativa de que novas demandas sociais seriam acarretadas por esse intenso processo. Portanto, os Centros de Saúde faziam parte de um projeto para os centros urbanos.

Paralelamente, na vertente previdenciária, entre o final da década de 1930 e os anos 1950, expandiram-se os IAP e os serviços de assistência à saúde prestados aos trabalhadores

¹⁰ Para Luz (1991), tal desarticulação expressava a orientação política do Estado brasileiro nesse período: [...] na primeira metade deste século podemos observar: *centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo*, do lado da saúde pública; *clientelismo, populismo e paternalismo*, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica (LUZ, 1991, p. 80).

¹¹ Campos (1999) localiza que a proposta dos Centros de Saúde surgiu no debate brasileiro a partir de uma experiência exitosa em Nova York, em 1915, com a descentralização das ações de saúde através de uma unidade de saúde (Centros de Saúde) em um dado território (Distritos Sanitários). Tais Centros de Saúde tinham a função de coordenar as clínicas separadas e substituir o controle centralizado dos serviços especializados de tuberculose, doenças venéreas etc, através de uma junção desses serviços em um mesmo espaço físico.

formais a eles segurados, incluindo a inauguração de hospitais próprios dos IAP, principalmente na capital federal (o Rio de Janeiro).

Entre as décadas de 1950 e 1960, no período de fortalecimento das ideias e políticas desenvolvimentistas, a aceleração do processo de industrialização e urbanização, levou a um aumento expressivo de trabalhadores formais e, portanto, de contribuintes beneficiários da previdência. Isso favoreceu a expansão rápida dos serviços de saúde, instaurando-se as práticas de convênios-empresas para atender as demandas que cresciam.

Além da rápida expansão na medicina previdenciária, houve crescimento das redes públicas estaduais e municipais de pronto-socorro para atendimento da população marginal ao sistema previdenciário (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994). Observou-se também uma tendência descentralizante no relacionamento entre a União e os níveis subnacionais de governo, porém sem grandes alterações no sistema de saúde.

Nesse período surgem os grandes hospitais com alta tecnologia e especialização dos recursos humanos. (BAPTISTA, 2007). No que diz respeito aos Centros de Saúde, nessa década começou-se a defender a introdução do atendimento clínico individual nessas organizações sanitárias, o que repercutiu negativamente aos olhos dos sanitaristas que viam essa proposta como um equívoco influenciado pela lógica da medicina previdenciária (CAMPOS, 1999).

Ressalte-se que nesse período intensificam-se as críticas aos ao modo de atuação do Estado frente à saúde da população, em especial a partir da entrada da discussão desenvolvimentista. Apontava-se a necessidade de ações de saúde mais abrangentes e que considerassem não somente a importância da prevenção das doenças, mas também, as necessidades de melhores condições de vida para a população. Configurou-se uma corrente designada pela literatura como sanitarismo-desenvolvimentista, que criticava tanto o sanitarismo-campanhista¹² como a lógica predominante na assistência médica previdenciária.

Em que pese esse debate, o Ministério da Saúde, criado em 1953, expressou o predomínio de continuidades no que diz respeito ao foco na intervenção sobre a coletividade,

¹² A crítica que se fazia ao modelo campanhista é que esse desvinculava as intervenções médico-sanitárias do desenvolvimento econômico, baseando-se em ações centralizadoras, verticalizadas, focadas na redução de problemas sanitários específicos separados do processo de mudança social e ambiental. O sanitarismo desenvolvimentista defendia a ideia de que a saúde da população dependeria fundamentalmente do grau de desenvolvimento do país e dava ênfase à integração de serviços e à descentralização.

controle e prevenção das doenças específicas, com versões revisitadas de práticas campanhistas e programáticas.

O Golpe de 1964 interrompeu discussões que vinham sendo realizadas a respeito da necessidade de mudança de modelo de atenção à saúde e da descentralização dos serviços de saúde. O período da ditadura foi caracterizado pela centralização de poder político, administrativo e financeiro, com repercussões sobre as políticas de saúde. A unificação dos IAP, em 1966, deu origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a função assistencial, caracterizado por fortes investimentos no setor privado para garantir a prestação dos serviços aos beneficiários da Previdência.

No período caracterizado por maior crescimento econômico¹³ observa-se: aumento da produção de atos médicos; construção de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados; aumento dos egressos na faculdade de medicina e odontologia e aumento no número de leitos para a internação. O modelo da assistência médica foi fortemente financiado com verba pública (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994), registrando-se a afirmação do modelo médico-assistencial privatista em detrimento de investimentos na saúde pública.

Luz (1991) em suas considerações sobre a política de saúde desenhada no período da ditadura lista problemas importantes, como:

“a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe de Estado e o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (este setor era, aliás, subsidiado em grande parte pelo Estado, ou seja, indiretamente pelos trabalhadores, na condição de contribuintes do fisco e da previdência social, através do desconto em folha). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da

¹³ De acordo com Escorel (2008), a partir de 1967 houve um investimento interno no país que favoreceu o crescimento da economia ao mesmo tempo em que aumentou a dívida externa. Esse crescimento se destacou principalmente entre os anos de 1968 a 1973, no Governo de Médici, no qual se observa um importante aumento nos investimentos na infraestrutura nacional com conseqüente crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Entretanto, esse crescimento não foi acompanhado de redistribuição mais igualitária dos ganhos, além das distorções nas políticas públicas.

população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991, p. 82).

Chega-se à segunda metade dos anos 1970 num cenário de sinalização de crise no Estado brasileiro. A industrialização e urbanização aceleradas não foram acompanhadas de políticas de distribuição e inclusão social. A saúde pública não conseguia responder às demandas da sociedade e o INPS mantinha-se com foco nos trabalhadores contribuintes.

É nesse cenário que o debate acerca da atenção primária à saúde ganha expressão no país nos anos 1970, motivado pela crítica ao modelo de atenção hegemônico e inspirado tanto por influências internacionais, como por experiências locais de iniciativas de mudança na organização do sistema de saúde.

Os anos 1970 e 1980: debates e iniciativas no âmbito da atenção primária

A política centralizadora, privatizante e ineficaz da ditadura deixou a marca da insatisfação em diversos setores como saúde, habitação e educação. Com o modelo médico assistencial privatista esgotado e uma saúde pública com atuação restrita e pouco resolutive, iniciavam-se as discussões e a luta pela saúde como um direito de cidadania e dever do Estado.

O contexto de insatisfação com o modelo de atenção em saúde vigente e consequentemente a perda da sua legitimidade perante a sociedade deu espaço para os gestores municipais protagonizarem no processo de condução e implantação de serviços de saúde em nível municipal, através do movimento municipalista da saúde, cujo foco das discussões se baseava, principalmente, na denúncia contra o autoritarismo do Estado e em uma proposta de ofertar serviços de saúde para a população excluída do sistema previdenciário.

Diante das alterações econômicas, demográficas e sociais decorrentes do processo de urbanização no país exigia-se uma intervenção mais efetiva dos gestores municipais para o novo cenário que se conformava e transformava a vida da sociedade, assim alguns municípios tomaram a iniciativa de ampliar os gastos com o setor saúde investindo em ações de atenção primária como uma das principais iniciativas municipais.

Essas iniciativas locais foram importantes para uma introdução da atenção primária como uma alternativa ao modelo de saúde que se tinha até então. É nesse contexto que a Atenção Primária em Saúde (APS) passou a ser pensada no campo da organização dos serviços de saúde, conectando o nível primário com os demais serviços de saúde, tornando imprescindível e urgente a reforma política em nível nacional (FAUSTO, 2005).

Nesse período os municípios tomaram a iniciativa de ampliar os investimentos na área da saúde contando com o apoio do movimento de interiorização das escolas médicas já em curso, sendo a atenção primária alvo das ações municipais.

Tais ações estavam baseadas nos programas conduzidos pelo Ministério da Saúde como materno-infantil, tuberculose, hanseníase e imunização, por exemplo. Assim, os municípios tiveram papel importante na condução de propostas alternativas ao modelo de atenção em saúde vigente no país, favorecendo uma releitura da atenção primária como uma possibilidade de assistência à saúde na perspectiva da universalização e integralidade.

De acordo com Goulart (1996), foi no contexto da crise dos anos 70 que o movimento municipalista da saúde se constituiu e organizou encontros que culminaram em importantes espaços de discussão e articulação de ações para as mudanças no setor saúde. Nesse processo, Campinas (1978) e Teresina (1978) foram pontos de partida para o movimento municipalista da saúde, seguidos de Niterói (1979), Belo Horizonte (1981) e São José dos Campos (1982).

Em um primeiro momento, esse movimento tenta responder as demandas geradas com o processo de urbanização, através, principalmente, da defesa de serviços de atenção primária para a população excluída do sistema previdenciário. Os programas de extensão de cobertura ocorriam em alguns lugares do país como: Londrina, norte de Minas e Caruaru, por exemplo.

Posteriormente, e com o desenvolvimento e avanço das discussões, tal movimento insere nas suas pautas, demandas mais amplas como o processo de unificação do sistema, o financiamento do setor saúde, a maior autonomia para os municípios e a ampliação do conceito de saúde, por exemplo.

Nesse período, alguns municípios inovaram com o modelo de atenção em saúde que previa a articulação entre os cuidados tipicamente primários com outros cuidados em saúde. Nesse contexto o governo federal formulou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976 (FAUSTO, 2005).

Inicialmente, o programa foi apresentado como uma proposta seletiva, voltado para as regiões mais pobres do país, sendo o nordeste sua área de atuação, abrangendo o chamado polígono das secas, área coberta pela Superintendência de desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Em 1979, cogitou-se a sua extensão para todo o território nacional. O PIASS constituiu-se em uma das primeiras iniciativas formais de integração das ações de saúde com vistas a evitar atuações superpostas e concorrentes dos serviços de saúde. Esta experiência brasileira aconteceu no período áureo da proposta da APS formulada em Alma-Ata. Na sequência do PIASS e superando sua característica seletiva, em 1981 foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) que propunha uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional, entretanto, esse programa não conseguiu avançar (FAUTO & MATTA, p. 55 e 56, 2007).

Ainda nessa década, como marco de grande representatividade no âmbito internacional, é realizada a I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde, ocorrida em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978. Nessa conferência a atenção primária passou a ser discutida e reconhecida como estratégica para atingir a meta proferida pela OMS: Saúde para Todos no ano de 2000 (SPT 2000).

A Declaração de Alma Ata foi criticada por algumas agências governamentais por ser ampla, idealista e por sua meta SPT 2000 ser inviável. Em 1979, a Fundação Rockefeller preocupada com ações custo-efetivas e apoiada pelo Banco Mundial, Fundação Ford, Centro Canadense de Pesquisa e Desenvolvimento, entre outras agências internacionais, organiza a Conferência de Bellágio/Itália intitulada de “Saúde e População em Desenvolvimento” (CUETO, 2004).

Conforme Cueto (2004), essa Conferência disseminou a ideia de atenção primária seletiva, baseada em programas focalizados para a população pobre com as seguintes intervenções: acompanhamento do crescimento, aleitamento materno, reidratação oral, imunização, planejamento familiar e alfabetização para as mulheres. Posteriormente, a UNICEF passou a implementar ações nos países influenciada por essa lógica.

Apesar da concepção de atenção primária proposta pela OMS defender uma atenção em saúde abrangente e intersetorial, disseminou-se a ideia de uma atenção primária seletiva, baseada na resolução de problemas específicos, visto a consideração de que a proposta da OMS seria parte de uma concepção idealizada, de pouca aplicabilidade e de difícil realização no prazo estipulado pela SPT 2000.

As propostas advindas da Conferência de Alma-Ata somadas às experiências já vivenciadas pelo país no que diz respeito aos programas de extensão de cobertura influenciaram a inclusão do tema “Cuidados Básicos de Saúde” na agenda dos formuladores da política nacional de saúde, além de ser tema da 7ª Conferência Nacional de Saúde como estratégia para a organização da atenção em saúde (FAUSTO, 2005).

A Convocação da 7ª Conferência Nacional de Saúde teve por finalidade promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob a égide dos ministérios da Saúde e da previdência Social e ao mesmo tempo coligar subsídios para o seu aperfeiçoamento. Em consequência ficou decidido que a Conferência teria como tema central - EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SERVIÇOS BÁSICOS (BRASIL, 1980, página 2).

O documento apresenta subtemas como regionalização e organização dos serviços, discussão sobre saneamento e serviços básicos, recursos humanos para os serviços básicos, educação continuada para os serviços básicos, articulação interinstitucional (nível federal, estadual e municipal), alimentação, nutrição e serviços básicos, odontologia e os serviços básicos, saúde mental, doenças crônicas degenerativas, participação comunitária e a articulação dos serviços básicos com os serviços especializados do sistema de saúde (BRASIL, 1980).

De acordo com Fausto e Matta (2007), a tensão discursiva entre uma atenção primária seletiva e uma de cunho integral percorreu toda a década de 1980 com reflexos nos anos 1990. O resultado dessa discussão polêmica foi favorável às concepções da atenção primária seletiva. Essa era apoiada pelas agências internacionais que objetivavam a extensão de cobertura através

de ações de saúde simples e de baixo custo. O apoio pelas agências internacionais a esse modo de produção em saúde na atenção primária perdurou nos anos de 1990.

Também como expressão desse contexto, tem-se o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (1979), que trazia para debate o documento: 'A questão democrática da saúde', preparado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) com vistas às mudanças na condução da política de saúde. Esse evento evidenciou um movimento articulado com um projeto definido legitimando cada vez mais o seu espaço na arena setorial em defesa de uma nova proposta para a saúde (ESCOREL, 2008).

No Brasil, nos anos 80, o campo para a discussão acerca da APS, perdeu a centralidade para questões como a universalização, financiamento, integralidade e descentralização dos serviços de saúde. O momento era contra hegemônico na política social brasileira. Ao passo que a maioria dos países reformavam suas ações em saúde com foco na contenção de gastos e formulação de uma atenção primária seletiva o Brasil discutia a necessidade de um sistema de saúde abrangente e universal (FAUSTO, 2005).

As mudanças ocorridas na condução dos temas dos encontros organizados pelo movimento municipalista, por exemplo, confirmam de alguma forma o que foi dito nos parágrafos anteriores por Fausto (2005) e Escorel (2008) visto que as discussões a cada encontro organizado adicionavam no seu bojo questões mais amplas como o processo de unificação, integração dos serviços, organização das ações de saúde, financiamento, municipalização entre outras questões que à época tornavam a questão da atenção primária não como o centro da discussão acerca da saúde, mas como parte dela.

Entretanto, vale ressaltar que nas primeiras reuniões do movimento municipalista, particularmente aquelas ocorridas em Niterói e em São José dos Campos, a Atenção Primária em Saúde se constituía em tema central e como proposta estratégica para a atuação dos municípios (Goulart, 1996).

A história da saúde até aqui nos mostrou que esse período foi marcado por crise, mas também por um processo de democratização conformado a partir de uma insatisfação social com a conjuntura posta, criou uma atmosfera que favoreceu o protagonismo dos movimentos sociais, do movimento dos trabalhadores da saúde e dos cidadãos em prol de um modelo de atenção em saúde diferente do que estava colocado. O movimento sanitário brasileiro se

conforma nesse contexto de opressão e luta dos movimentos a favor da transformação do setor saúde no Brasil.

Ainda nesse período e no contexto de crise econômica, a crise da previdência tornou-se pública e o governo federal cria o “pacote da previdência” que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado para formular políticas de financiamento e assistência em saúde e racionalização dos gastos previdenciários (SCOREL, 2008).

Em 1982, o referido conselho apresentou ao ministro da Previdência e Assistência Social o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social – “Plano CONASP” – que traçava um diagnóstico da assistência em saúde nos anos 80, apontando as distorções nos serviços oferecidos pelo setor saúde naquela época. O plano previa a padronização do número de consultas médicas, de exames, de cobertura e de concentração de serviços redesenhando a assistência em saúde (LIMA, 1999; SCOREL, 2008).

O Plano CONASP foi traduzido em uma ação envolvendo 33 projetos dentre os quais estava o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) que tinha como proposta o convênio trilateral e a universalização da assistência médica no país, através de uma extensão da assistência médica aos não previdenciários. Considera-se que essa foi uma importante iniciativa para as modificações no plano da assistência em saúde no país, pois já tinha na sua pauta a questão da universalização do atendimento médico um avanço importante quando comparamos com o período anterior, no qual a assistência médica era restrita a trabalhadores formais (SCOREL, 2008).

Em 1984, o PAIS perde o status de programa e é transformado em uma estratégia para orientação setorial, integração interinstitucional e democratização sob os princípios de ampliação de cobertura, qualificação dos serviços, descentralização administrativa e assistência planejada, perdendo o status de programa, e por isso passa a ser chamado de AIS (Scorel, 2008). As AIS favoreceram a formação de instâncias colegiadas como: as *Comissões Interinstitucionais de Saúde* (CIS), em nível estadual, em nível regional (CRIS) e em nível municipal (CIMS) e a Programação e Orçamento Integrados (POI), instâncias essas fundamentais para a operacionalização das ações (LIMA, 1999).

De acordo com Goulart (1996), na década de 1980 a grande discussão política girava em torno das AIS que apesar de seu cunho racionalizador proporcionaram a participação dos municípios e estados na condução das políticas nacionais, seja nos fóruns de discussão, CIS ou CIMS, seja como responsáveis por ações no sistema de saúde, o que fez das AIS, do ponto de vista de muitos secretários de saúde, fator estratégico para a municipalização.

De 1985 a 1990, José Sarney assume como Presidente da República e anuncia como proposta política do seu mandato a restauração da ordem democrática através do fim da censura e da clandestinidade dos partidos políticos de esquerda, da criação de novos partidos, da criação de uma comissão para a elaboração do anteprojeto da nova constituição, do lançamento do Plano Cruzado e das propostas de política social-democratas. No final de 1986, o Plano Cruzado mostrava suas deficiências e foram utilizadas outras estratégias financeiras para superar a crise econômica, mas todas sem sucesso na contenção dos problemas econômicos da época. Nesse contexto, as políticas social-democratas perderam lugar para políticas conservadoras (SCOREL, 2008).

Em 1986, a eleição dos novos governadores representou um marco político importante visto que reforçou as lideranças regionais e propiciou um ambiente político favorável à consolidação do estado como responsável pela formulação e implementação das políticas regionais. Dessa forma foram transferidas para a SES as responsabilidades atribuídas a Superintendência Regional do INAMPS. Ainda nesse mesmo ano ocorreu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aprovou a unificação do sistema de saúde (PARADA, 2001).

A VIII CNS teve como desdobramento imediato a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e em 1987 um decreto estabeleceu os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que, segundo Goulart (1996), representou até certo ponto o aprofundamento das AIS.

O SUDS se constituía em uma proposta originária da presidência do INAMPS e visava a descentralização dos serviços de saúde para os estados e municípios. A implantação do SUDS, assim como de qualquer outra proposta política envolvem os interesses postos no contexto político e o compromisso dos gestores. De acordo com Escorel (2008), o desenvolvimento do SUDS enfrentou dificuldades tanto pelo fato da demissão do presidente do INAMPS e da sua equipe, na época, quanto pelas resistências dos setores de oposição: lideranças políticas

regionais e burocracia do INAMPS E MS que se sentiam ameaçados diante da proposta de descentralização do sistema de saúde.

No final da década de 1980, tem-se como fruto das lutas dos movimentos sociais e da sociedade civil a promulgação, em 5 de outubro de 1988, da constituição brasileira. No que diz respeito ao setor saúde, a Constituição Federal de 1988 representou um marco na questão democrática dentro desse setor, pois além de avançar com a institucionalização do Sistema Único de Saúde, enquanto um direito social provido pelo Estado, ela também assinala o papel dos estados, dos municípios e da União na condução das políticas de saúde no país e a participação social nos processos de gestão dessas políticas.

A década de 1980 encerra-se com o fim do Governo Sarney, no ano de 1989, caracterizado por uma escala inflacionária sem precedentes e por políticas conservadoras. O ano de 1989 foi marcado pelas negociações acerca da Lei Orgânica da Saúde que regulamentaria o SUS.

O Programa Saúde da Família como um pilar de reorganização do Sistema Único de Saúde: novas possibilidades para a atenção básica no Brasil

“Pode-se dizer que a agenda da reforma sanitária brasileira é construída na contra-corrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa. Face ao novo cenário político nacional, a construção do SUS expressa essas tensões, sendo observados tantos avanços como dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para a implantação do SUS” (LEVCOVITZ et al, 2001).

Como visto anteriormente, os anos 1970 e 1980, no Brasil, conformaram um palco de críticas e debates acerca do modelo assistencial vigente. O cenário de insatisfação da população com o regime político e com a forma de condução das políticas sociais propiciou discussões e enfrentamentos que tinham como objetivo a transformação da realidade que estava posta no campo das políticas públicas.

Diante desse contexto foi promulgada, no início dos anos 1990, a Lei 8080 e posteriormente a Lei 8142. Essa última criada para suprir os vetos presidenciais relacionados aos Conselhos de Saúde e aos repasses de recursos para os estados e municípios (PUGIN & NASCIMENTO, 1996).

Estava posto o desafio de implantação do SUS, como uma política pública, com suas diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade e participação social. O contexto era completamente desfavorável à implementação de políticas públicas abrangentes, como essa, e é nesse cenário de reestruturação capitalista e reforma do Estado que o sistema de saúde brasileiro se (re)constrói.

Dentre as diretrizes que regem a implantação do SUS a descentralização tinha uma força política importante, na agenda da Reforma Sanitária, por ser considerada como uma possibilidade de democratização a partir da inserção de novos atores na formulação e na condução das políticas sociais no país.

De acordo com Levcovitz *et al* (2001) o processo de descentralização no Brasil foi do tipo político-administrativo, ou seja, além do repasse das unidades de saúde propriamente ditas, houve a transferência do poder decisório e da responsabilização financeira para estados e municípios.

Esses autores ressaltam que a descentralização foi a única diretriz do SUS que não colidiu com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 1990 e que os ideais de democratização e a atuação de um estado mínimo, ainda que formados em bases político-ideológicas diferentes, construíram um consenso a respeito da importância da descentralização da política de saúde, o que favoreceu o seu avanço no país. Por outro lado, apontam algumas dificuldades colocadas para o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro: a heterogeneidade do país, visto que muitos entes subnacionais possuem baixa capacidade econômica, administrativa e operacional para implantar as ações que lhe cabem no processo de implementação do sistema de saúde; dificuldades financeiras e institucionais que acentuam os conflitos entre os entes federados, baixa clareza do papel do estado no processo de descentralização e a competitividade na relação entre os gestores dos vários níveis – federal, estadual e municipal.

As Normas Operacionais Básicas (NOB),¹⁴ entre outras portarias, se fizeram necessárias para orientar o processo de descentralização e implementação do SUS, que teve grande destaque na agenda federal da saúde na década de 1990. Cabe mencionar brevemente suas principais características, dada a relevância da descentralização para a organização da atenção básica em saúde, objeto deste estudo.

A NOB 01/91 e 01/92 tinha na sua essência a cultura política institucional do INAMPS. Suas orientações estavam firmadas sob as propostas de repasse financeiro por produção de procedimentos, controle do financiamento pelo nível federal, recursos voltados para a área hospitalar e ambulatorial dos prestadores públicos e privados dos municípios e estados sem que esses entes federados pudessem direcionar os recursos recebidos para outras áreas ou ações em saúde. Vale ressaltar que embora previsto por lei (LOS 8080/90), com essa norma operacional não ocorreu o repasse automático fundo a fundo. Por outro lado, pode-se dizer que essas normas contribuíram para o avanço da municipalização com o envolvimento dos secretários municipais no direcionamento da políticas de saúde (Levcovitz, *et al* 2001). Porém, essa norma não trazia proposições específicas para a mudança do modelo de atenção à saúde, nem fazia menção específica à atenção básica.

Nesse contexto do início dos anos 90, no âmbito da atenção básica, cabe mencionar a institucionalização do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma política nacional, fruto de experiências anteriores no território nacional com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Em 1992, é realizada a IX Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central “Municipalização é o Caminho”. Nesta conferência foram discutidos os desafios do processo de descentralização da política de saúde no país.

A NOB 01/93 foi resultado do documento elaborado pelo Grupo Especial de Descentralização (GED) - “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” - e dos inúmeros debates que envolviam o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestora Tripartite. Dentre as características marcantes dessa portaria podem ser apontadas: o seu teor mais dialogável com os entes federados, já que se preocupava em

¹⁴ As Normas Operacionais Básica representaram em um dado momento, década de 1990, uma das principais medidas tomadas para implementação do Sistema Único de Saúde, no território brasileiro, através do processo de descentralização. Tais portarias possuem diferenças importantes entre si, pois foram sendo modificadas, complementadas e em maior ou menor grau substituídas umas pelas outras.

considerar as diversidades econômicas, sociais, políticas e gerenciais, dos entes federados; o reconhecimento da importância das parcerias entre os gestores dos diferentes níveis para a reestruturação da política de saúde; o seu processo transitório de repasse de responsabilidades para os municípios e os estados – gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena; e a implantação, de fato, do mecanismo de transferência fundo a fundo para municípios com gestão semiplena, o que gerou maior autonomia para esses municípios (Levcovitz *et al* 2001).

De acordo com os autores, a habilitação dos estados no processo de assunção de novas responsabilidades com o setor saúde não foi tão expressivo nesse momento. Entretanto, há que se considerar que essa norma favoreceu uma maior participação tanto dos estados quanto dos municípios no processo de condução e responsabilização com a implantação do sistema de saúde. Novamente, a norma não trazia dispositivos relativos ao modelo da atenção em saúde. Porém, a gradual intensificação do processo de descentralização provocou debates e demandas dos gestores municipais relativos à organização dos sistemas locais de saúde, o que foi importante para a entrada da atenção básica na agenda da política nacional de saúde em meados dos anos 1990.

O debate provocado pela descentralização e a experiência precursora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – considerando tanto seus aspectos positivos como as suas limitações assistenciais - deram subsídios para a formulação, em 1994, do Programa de Saúde da Família.

De acordo com o primeiro documento sobre o PSF, divulgado pelo MS, em 1994, o PSF tinha como proposta colaborar com a organização e a municipalização do SUS implementando os princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação social atendendo, principalmente os brasileiros, em áreas de risco, incluídos no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Para a implantação do programa era exigido tanto o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como do Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 1994).

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu a presidência da República e de acordo com Castro e Fausto (2012) no seu governo a atenção primária ganhou espaço na agenda decisória da política de saúde. Modificações importantes na condução do Programa Saúde da Família e no seu papel na atenção básica foram realizadas nessa gestão.

Nesse mesmo ano, na gestão do ministro Adib Jatene, o PSF foi transferido da FUNASA para a Secretaria de Assistência e Promoção à Saúde. Nesse momento, segundo Viana e Dal Poz (1998), houve o rompimento com a ideia de programa vertical e operado através de convênio, passando o programa a ser remunerado pela tabela de procedimentos do SIA-SUS. Essa modalidade de financiamento também tinha suas limitações o que evidenciou a necessidade de combinar diferentes tipos de remuneração.

O modelo assistencial tradicional e o de saúde da família coexistiam no SUS, porém para o PSF havia uma remuneração diferenciada que favorecia e pressionava a sua expansão e sua adoção nas áreas de risco e com uma população mais carente (VIANA & DAL POZ, 1998).

Aqui vale apontar que apesar do PSF ter sido um avanço, quando comparado às outras modalidades de serviços prestados na atenção básica do país, esse programa seguiu, inicialmente, com uma proposta de implantação focalizada de risco nos pequenos municípios brasileiros o que fortaleceu uma perspectiva restritiva da atenção básica. O Ministério da Saúde revidava às “acusações” que indicavam o caráter focalista do programa. Para o Ministério da Saúde o PSF tratava-se de um modelo substitutivo da rede básica tradicional.

Apesar das críticas o novo modo de pensar saúde através do PSF com enfoque na família, com a adscrição de clientela, com a perspectiva do cuidado integral e longitudinal, com a superação do cuidado centrado no saber médico, com a construção do vínculo com a comunidade e superação da espera por demandas, agindo preventivamente sobre a vida dos indivíduos e da coletividade, deu potencial visibilidade política ao programa que lhe conferiu o status de uma política governamental prioritária no governo de FHC e permanência nas agendas de governo das gestões futuras.

Nesse contexto é estabelecida a NOB 96 que teve um papel fundamental no processo de institucionalização do PSF como estratégia para transformação do modelo de atenção em saúde que na prática significou também um maior acesso da população aos serviços de atenção primária.

No que diz respeito a essa norma operacional e sua regulamentação posterior podem ser citadas algumas características marcantes, de acordo com Levcovitz *et al* (2001): a consolidação do papel do gestor municipal; as novas condições de gestão: avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual (para os estados) e plena da atenção básica e plena do sistema municipal (para os municípios); o fortalecimento da gestão através das CIT e CIB; as

alterações nos repasses fundo a fundo, com a valorização da transferência automática, apesar de ainda serem realizados, de uma forma residual, repasses de acordo com os serviços produzidos, a proposta de modificação do modelo assistencial através do PACS e do PSF, gerenciamento e a execução da Atenção Básica pelo gestor municipal e incentivo financeiro para a atenção básica – Piso da Atenção Básica fixo e variável (PAB fixo e PAB variável) ¹⁵.

As novas exigências provindas com a NOB 96 demarcaram aspectos importantes na consolidação e organização do sistema de saúde nos municípios. No que diz respeito à atenção básica, essa norma marcou questões importantes – implantação dos Fundos Municipais de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde, exigências com o processo de formação dos trabalhadores do SUS como condições para a contrapartida financeira do Ministério da Saúde - que reconheceram o Programa Saúde da Família como uma estratégia para a organização do sistema de saúde e coordenação do cuidado.

Nesse sentido, a atenção básica, através do Programa Saúde da Família (PSF), que anos depois passa a ser designado como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi vista como uma possibilidade não só de transformação do modelo de atenção à saúde, mas também como reorientadora e coordenadora do cuidado em saúde.

De acordo com Levcovitz e Garrido (1996), a NOB 96 favoreceu fundamentalmente a transformação do PSF como uma estratégia cujo objetivo estava fundamentado na ideia da reestruturação e transformação do modelo através de unidade de saúde da família que funcionariam como porta de entrada do sistema, do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, responsabilização territorial, incentivos financeiros para a implantação da estratégia e a utilização da mesma como organizadora do sistema de saúde.

Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde apontam que de 1994 a março de 2008, em âmbito nacional, houve aumento no número de equipes e na cobertura populacional pelas equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, aumento da adesão por parte dos

¹⁵ A implementação de fato da NOB 96, com a operacionalização dos incentivos financeiros ao PACS e PSF, só foi iniciada em 1998, depois de regulamentação complementar a NOB 96, emitida ao final de 1997, que definiu o Piso da Atenção Básica fixo e o Piso da Atenção Básica variável, visando fortalecer a atenção primária e a expansão do PSF e PACS no território nacional (BRASIL, 2005).

municípios ao PSF e PACS e ainda o aumento no número de equipes de saúde bucal e na cobertura populacional por essas equipes¹⁶.

O fato de a ESF ser implantada principalmente em municípios de pequeno e médio porte favoreceu o debate, nos início dos anos 2000, sobre a necessidade de ampliar o acesso dos serviços de atenção básica, por meio da ESF, para a população dos grandes centros urbanos que sofria com a insuficiência e até mesmo com a ausente cobertura por equipes de saúde da família. Foi nesse contexto que o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) foi pensando.

Esse projeto foi uma iniciativa do MS, viabilizado através de um acordo com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento, que visou apoiar, por meio de recursos financeiros, a expansão, a consolidação e a qualificação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

O PROESF foi formulado tendo como objetivos centrais a expansão da Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos; incentivar a melhoria nos processos de trabalho e no desempenho dos serviços de saúde do país, através da formação e capacitação profissional e desenvolver e aperfeiçoar a implantação de estratégias de monitoramento e avaliação.

Tal proposta foi constituída por três fases de acordo com documento do Ministério da Saúde - Apresentação Geral do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Brasil, 2014a).

A primeira fase ocorreu de 2000 a 2007, com a participação de 184 municípios. A expansão foi intensa no ano de 2004, sendo menor, mas ainda crescente nos demais anos da primeira fase do projeto (BRASIL, 2014a). Os resultados do projeto apontam um aumento de 43% no número de equipes de saúde da família implantadas, com uma extensão de cobertura de 25,7% para 34,4% nesse período.

A segunda fase do projeto se iniciou em 09 de setembro de 2009 com previsão de duração de três anos, com término em 30 de março de 2013 e está relacionada com o momento de publicação da portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de

¹⁶ As informações apontadas foram oferecidas pelo Ministério da Saúde no ano de 2004 através do endereço eletrônico: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php>. Atualmente esta página não está mais disponível na internet. Tais dados foram adquiridos a partir de slides de uma aula ministrada na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Atenção Básica e da portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011 que institui o Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade, Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). No site do Departamento de Atenção Básica do MS, até o momento da pesquisa não constava nenhuma informação acerca da 3ª fase do projeto. É importante salientar que durante a pesquisa o município do Rio de Janeiro estava executando atividades do PMAQ.

Nos anos 2000, outras propostas para a atenção básica ocorreram. Castro e Fausto (2012) apontam que a nova conjuntura política de 2003, representada pela candidatura do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), gerou expectativas no que diz respeito à condução da atenção básica no país.

Para as mesmas autoras, o conteúdo dos documentos oficiais revelam que a atenção primária ganhou especial destaque na agenda do MS durante o governo Lula, pois observa-se a ênfase da atenção básica no Plano Plurianual da Saúde, a expansão das equipes e o acompanhamento das metas relativas a Saúde da Família pela Presidência da República, a inclusão da atenção básica como um dos eixos do Pacto pela Vida, a publicação da Política Nacional da Atenção Básica em 2006, a inclusão da atenção básica em aproximadamente 13% das metas do Plano Mais Saúde e o aumento dos recursos para essa área.

De acordo com Machado e Baptista (2012) o primeiro mandato de Luis Inácio Lula da Silva se voltou para a reestruturação administrativa¹⁷ do Ministério da Saúde que favoreceu a atuação federal em campos estratégicos como insumos e recursos humanos, até então relegados a segundo plano.

Especialmente com relação à Estratégia Saúde da Família, nesse governo, as autoras sinalizam o seguinte:

“A Estratégia Saúde da Família, adotada como marco no governo anterior, também permaneceu na agenda federal como prioritária para a reorientação do modelo de atenção em saúde. Tal política expressou inovações incrementais relacionadas à incorporação de novos profissionais na atenção

¹⁷ Conformação da Secretaria de Atenção à Saúde e a criação de quatro novas secretarias: a de Vigilância em Saúde, a de Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde (SGTES), a de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCCTIE) e a de Gestão Estratégica e Participativa.

básica e à ampliação do acesso para populações em situação de maior vulnerabilidade social, como indígenas, quilombolas, ribeirinhos e assentados (nesse caso, sob influência do governo Lula)” (Machado e Baptista, 2012: 156).

Em 2006 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Básica, incorporando no seu bojo as propostas de uma atenção primária abrangente, colocando-a como porta de entrada principal do SUS e como reorganizadora do sistema local de saúde.

Ainda no âmbito da atenção básica outras estratégias relevantes foram adotadas para o fortalecimento desse nível de atenção. Em 2003 o Programa de Saúde Bucal com a proposta de implantação de equipes de saúde bucal no nível primário e atenção especializada com a oferta de medidas de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentados pela portaria nº 2.488 de outubro de 2011, com o objetivo de consolidar a atenção básica através da ampliação da oferta de serviços, ações intersetoriais, de prevenção e promoção da saúde, segundo o Ministério da Saúde.

A respeito do processo de expansão do PACS e da ESF no país, segue uma tabela construída a partir dos dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e referentes ao período que vai de julho de 1998 até janeiro de 2009. Salienta-se que não foi possível inserir nessa tabela dados referentes aos anos anteriores a esse período, visto que o Sistema de Informação sobre a implantação do PACS e da ESF só foi implantado a partir de 1998.

Segue, após a tabela 1, os gráficos (1 e 2) com a cobertura populacional pela ESF a partir do ano de 1999. Tais informações foram extraídas dos dados ofertados pelo departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b).

O próximo capítulo apresenta brevemente a trajetória institucional da saúde e da atenção básica no município do Rio de Janeiro anterior ao SUS, buscando trazer elementos para a compreensão do contexto que influenciam as escolhas realizadas para atenção básica do município no período de 1990 a 2008, foco de análise desta pesquisa, cujos resultados são apresentados nos capítulos III e IV.

Tabela 1 – Implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família no Brasil segundo o DAB/MS no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2009.

Período	Município com ACS	Teto ¹	Nº de ACS Cadastrados no sistema*	Nº de ACS implantados**	Proporção de cobertura por ACS	Municípios com eSF	Teto ²	Nº de eSF cadastradas no sistema*	Nº de equipes de SF implantados**	Proporção de cobertura populacional por eSF
01/99	3.341	0	84.142	82.391	28,17	1.147	0	3.121	3.100	6,63
01/00	3.887	0	107.553	106.480	34,39	1.753	0	4.563	4.528	9,20
01/01	4.318	0	134.653	134.694	42,42	2.762	0	8.737	8.733	17,65
01/02	4.820	0	158.772	155.847	47,50	3.738	0	13.687	13.559	26,20
01/03	5.077	0	179.174	176.405	52,86	4.187	0	17.229	16.847	32,13
01/04	5.151	436.613	187.714	184.934	54,20	4.498	72.786	19.312	19.182	35,89
01/05	5.095	449.714	195.604	193.059	55,60	4.618	73.889	21.353	21.274	39,10
01/06	5.249	450.748	211.821	209.446	58,66	5.005	73.884	24.964	24.872	44,88
01/07	5.304	472.522	221.888	219.579	59,11	5.117	77.361	27.125	26.861	46,42
01/08	5.290	479.313	219.520	215.212	57,62	5.157	78.479	28.195	27.806	47,32
01/09	5.341	482.450	234.692	227.665	59,68	5.220	79.020	29.769	29.057	49,03

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, 2014. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família no Brasil. Competência: Janeiro de 1999 a Janeiro de 2009.

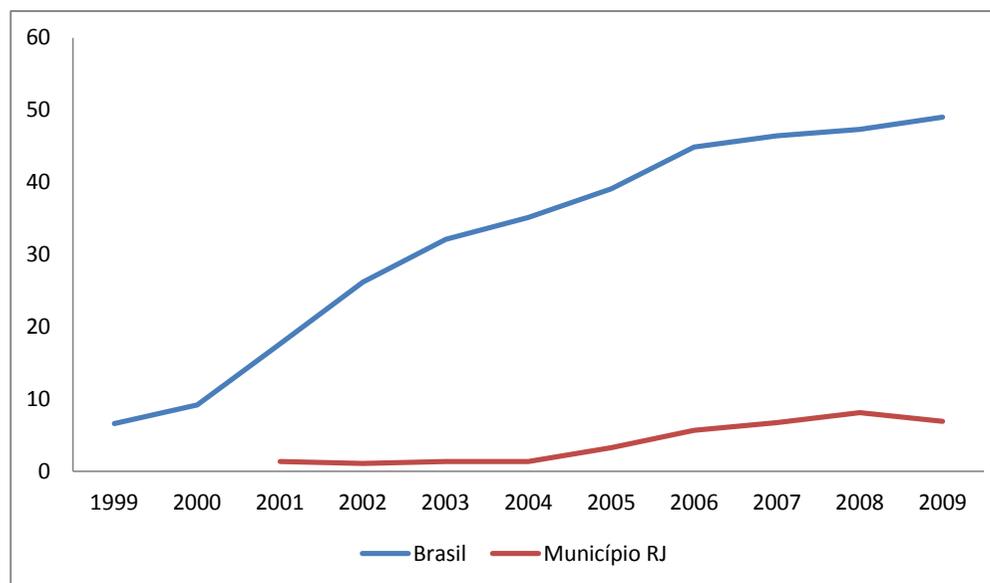
¹O teto se refere ao número ao número total de ACS vinculados às equipes de ACS ou às de equipes de SF aprovados pelo MS para receber incentivo federal.

² O teto se refere ao número total de equipes de saúde da família aprovadas pelo MS para receber incentivo federal.

* Nº de ACS ou de equipes de SF cadastrados pelo gestor municipal no sistema de cadastro definido pelo Ministério da Saúde para esse fim.

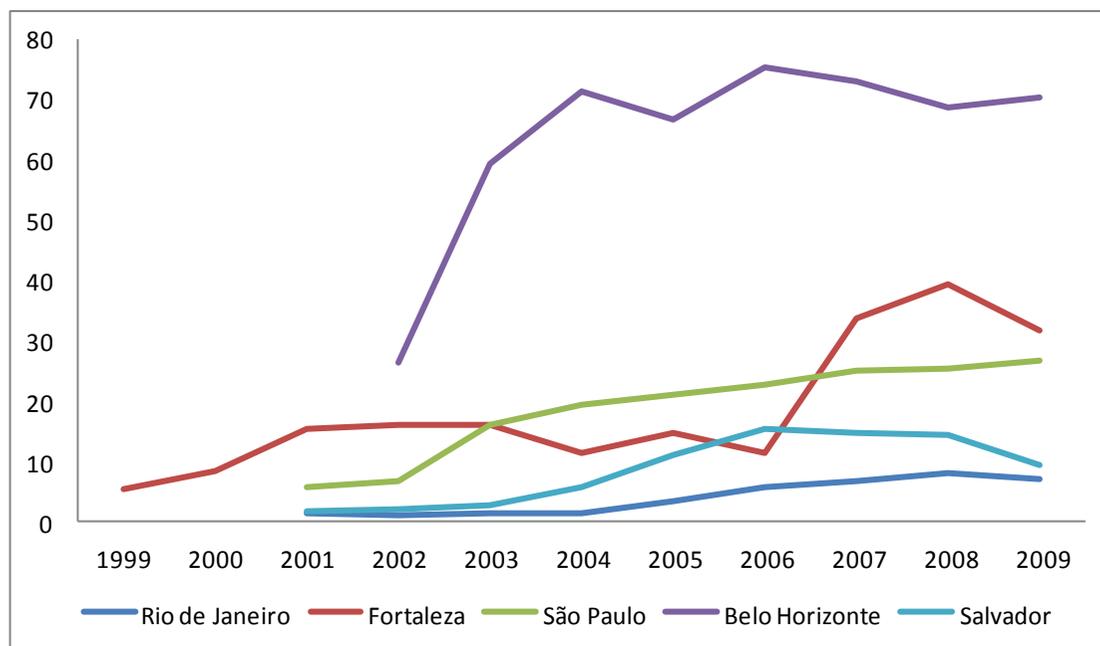
**A implantação se refere ao nº de ACS e ESF aptos a receber o incentivo financeiro pelo MS.

Gráfico 1 - – Cobertura populacional pelas equipes de saúde da família no Brasil e no município do Rio de Janeiro de janeiro de 1999 a janeiro de 2009.



Fonte: produzido pela autora a partir dos dados do MS/SAS/Departamento de Atenção Básica, 2014b.

Gráfico 2– Cobertura populacional pelas equipes de saúde da família em grandes centros urbanos do Brasil de janeiro de 1999 a janeiro de 2009.



Fonte: produzido pela autora a partir dos dados do MS/SAS/Departamento de Atenção Básica, 2014b

Capítulo 2 - A trajetória institucional da saúde e da atenção básica no Rio de Janeiro

Este capítulo apresenta aspectos históricos e político-institucionais que antecedem o período de foco do estudo – anos 1990 e 2008 – mas que somam elementos para a compreensão do desenho atual do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro, com ênfase no desenvolvimento da atenção básica desse município.

Não se pretende esgotar o debate nem realizar uma revisão extensa da história da saúde no município, mas busca-se, a partir de trabalhos de outros autores, reunir informações sobre o processo de construção do sistema de saúde do Rio de Janeiro.

Foram referências importantes para este capítulo os estudos de: Goulart (1996), sobre o movimento municipalista no Brasil; Campos (1999), sobre os Centros Municipais de Saúde no Rio de Janeiro; Parada (2001), sobre a construção do sistema estadual de saúde no RJ; Fausto (2005), sobre a atenção primária na política de saúde brasileira; Souza (2010), sobre a dinâmica das relações intergovernamentais no processo de descentralização da saúde no município do Rio; dentre outros, que contribuem para a compreensão da construção da trajetória do sistema de saúde e da atenção básica no município do Rio.

Para a caracterização do modo de organização e produção de saúde na cidade do Rio de Janeiro serão considerados três momentos diferentes da história dessa cidade: de 1889 a 1960 – período que o Rio de Janeiro era Distrito Federal da República, capital do país; de 1960 a 1975 – período caracterizado pela divisão do território em dois estados, estado do Rio de Janeiro e estado da Guanabara; e de 1975 a 1989 – período posterior à fusão entre os estados da Guanabara e do Rio de Janeiro e anterior ao início da implementação do SUS no município do Rio.

1889-1960: a capital federal e o seu modo de produzir saúde

A história da saúde do Rio de Janeiro no período de 1889 a 1960 se confunde com a história da saúde no Brasil, visto seu protagonismo enquanto capital federal. O fato da cidade do Rio de Janeiro ter sediado a capital do país, do período colonial até 1960, lhe garantiu

visibilidade política e econômica importantes. Essa herança lhe rendeu ao longo da sua história poder e destaque, mas também desafios e dificuldades.

Desse longo período, é preciso considerar dois momentos da capital federal. Um primeiro, que corresponde à República Velha, de 1889-1930, e um segundo a partir da Revolução de 1930, quando ocorrem mudanças significativas na organização político-institucional da capital, com reflexos em várias áreas de atuação estatal, inclusive na saúde.

O contexto político, social e econômico que marca esse período é caracterizado pelo intenso processo de industrialização e urbanização nos grandes centros, em especial no Rio de Janeiro, situação que exigia da saúde pública novas proposições e unidades de saúde.

É nesse contexto que surge em 1927, no Rio de Janeiro, o 1º Centro de Saúde – Centro de Saúde de Inhaúma, com o objetivo de superar as atividades das repartições sanitárias, especializadas em uma doença endêmica, e ser uma unidade acessível à população, na lógica da distritalização. Suas ações eram pautadas na educação, prevenção e profilaxia, com a proposta de criar uma nova consciência sanitária nos indivíduos e famílias. Assim, os Centros de Saúde desde a década de 1920, já ensaiavam uma organização de atenção em saúde voltada para um território.

É importante lembrar que a discussão acerca de elaboração de uma unidade de saúde (Centro de Saúde) com responsabilização sanitária por um dado território (distritalização) teve importante influência da experiência exitosa em Nova York com os Centros de Saúde e os Distritos Sanitários.

Até 1930, o Rio de Janeiro possuía quatro Centros de Saúde, a saber: Inhaúma, Bangu, Jacarepaguá e Penha, e somente em 1934 houve uma expansão dessa organização na capital.

Todos os Centros de Saúde foram instalados em áreas afastadas, visto que havia o cuidado em não se ferir poderes locais previamente estabelecidos, como no caso das Delegacias Federais de Saúde, estruturas subordinadas às inspetorias especializadas e responsáveis, principalmente, pela fiscalização das edificações. Tanto as Delegacias de saúde como os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, foram transformados em Centros de Saúde nesse período, de modo que os doze distritos sanitários existentes, tinham em seu território um Centro de Saúde (CAMPOS, 1999).

Na década de 1940, houve um processo de transferência dos Centros de Saúde, antes subordinados ao Departamento Nacional de Saúde, para a Prefeitura do Distrito Federal. O governo federal, nesse período, tinha como objetivo político consolidar sua influência sobre os estados da federação e uma de suas propostas para os estados foi a implantação de Centros de Saúde nas capitais e nas grandes e médias cidades do interior do país. Aqui vale apontar um ambiente político favorável à expansão dos Centros de saúde: Barros Barreto¹⁸, era, nesse período, Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde e divulgava a ideia de que os Centros de Saúde representavam a proposta sanitária que melhor atendia as demandas de saúde da população. Esse fato contribuiu fundamentalmente para a expansão bem sucedida dos Centros de Saúde pelo Brasil (CAMPOS, 1999).

As unidades de saúde construídas na capital do país do período colonial até 1960, já constituía uma extensa rede de serviços de saúde. De um lado um conjunto de serviços vinculados ao Ministério do Transporte Indústria e Comércio (MITC) e do outro, serviços vinculados ao Ministério da Saúde. Este último responsável, principalmente, pelas ações de cunho preventivista que não se articulavam com os serviços vinculados aos IAP, responsáveis pela assistência médica individual.

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.

¹⁸ João de Barros Barreto foi um médico sanitarista que fez curso de aperfeiçoamento no Instituto Oswaldo Cruz, em 1918, e na *Johns Hopkins School of Hygiene and Health* de Baltimore e na *Harvard School of Public Health* de Boston, em 1924-1925. Traz para o contexto brasileiro a influência americana na organização da saúde.

1960-1974: Os serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro e no Estado da Guanabara

Em 1960, com a transferência da capital para Brasília, os limites territoriais do Rio de Janeiro foram redefinidos através de dois estados: Estado do Rio de Janeiro e Estado da Guanabara, este coincidia com o ex-Distrito Federal, atual município do Rio de Janeiro. Os aspectos políticos, econômicos e sociais diferiam significativamente nos dois estados, o que traria importantes repercussões no momento pós-fusão, momento em que o estado da Guanabara se transforma em município do novo estado do Rio de Janeiro.

Vale salientar que o estado do Rio de Janeiro se conformava em um estado politicamente e economicamente fraco em comparação ao estado da Guanabara com forte expressão político institucional nos mais diversos setores. A consequência dessa diferença de poder e representatividade entre os dois estados é a conformação de um município forte e com uma atuação autônoma em relação ao estado.

No período pré-fusão o estado da Guanabara (ex-Distrito Federal) possuía um importante parque industrial o que gerou uma forte economia nesse estado. Além disso, sua população vivenciou momentos históricos importantes que propiciou um dinamismo na vida política, considerável quando comparado a outros estados brasileiros. O estado da Guanabara era a capital da cultura nacional com grandes eventos culturais e porta de entrada para o intercâmbio internacional. Possuía um colégio eleitoral expressivo, representado pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) que tinha ideias contrárias ao regime militar, situação que preocupava o Governo Federal (PARADA, 2001).

O estado da Guanabara recebe a saúde pública em péssimo estado e uma das primeiras formulações desse novo governo foi a criação, em 1962, das Regiões Administrativas, a transformação do Departamento de Saúde Pública em Superintendência de Saúde Pública (SUSAP) e a criação da Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME). Esses órgãos foram estratégicos na reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde desse governo, com a SUSEME coordenando os serviços hospitalares e a SUSAP assumindo a coordenação dos tradicionais serviços de saúde pública (CAMPOS, 1999).

Com a justificativa de se superar a dicotomia existente ente a saúde pública e a medicina previdenciária e com o objetivo de integrar as práticas de prevenção e assistência no interior dos Centros de Saúde, a SUSAP foi integrada, em meados da década de 60, à SUSEME.

Essa integração significou uma subordinação da SUSAP às políticas traçadas pela SUSEME. Não houve um rompimento rigoroso com as práticas já exercidas nos Centros de Saúde e sim um incremento, visto que foi inserido o atendimento médico ambulatorial e procedimentos diagnósticos antes realizados somente no ambiente hospitalar. Com essas modificações na assistência os Centros de Saúde passaram a ser denominados de Centros Médico Sanitário (CMS) (CAMPOS, 1999).

De acordo com o mesmo autor, os CMS se tornaram unidades orçamentárias e se estruturaram nos serviços de pediatria, tuberculose e medicina preventiva. Dessa forma eram unidades que se dedicavam aos graves problemas das doenças transmissíveis do estado da Guanabara.

Os CMS eram considerados unidades de saúde mais complexas por conterem essa assistência médica e diagnóstica, que para época representava um importante avanço quando comparadas a unidades existentes em períodos anteriores. Entretanto, essa reformulação assistencial se limitou a algumas unidades de saúde e mesmo com esse esforço para a transformação da assistência a legislação sanitária não se modificou muito.

De acordo com Parada (2001), o Estado da Guanabara possuía os CMS, localizados por regiões administrativas; o que simulava certo grau de regionalização, e hospitais gerais e especializados. Não estava posta a lógica de regionalização utilizada atualmente pela saúde pública, entretanto os hospitais foram distribuídos nas localidades considerando a facilidade de acesso da população. A assistência em saúde oferecida pelo estado assegurava tanto o atendimento em saúde pública como de assistência médica.

Apesar de haver nos anos 1960 uma reformulação dos papéis da Secretaria Municipal de Saúde na perspectiva da junção das ações de cunho assistenciais com as de cunho preventivista, no âmbito dos CMS, o crescimento hegemônico da medicina previdenciária conformou um modelo de atenção à saúde voltado para o cuidado individual, fragmentado e especializado.

Sabe-se que já na década de 1970, o setor saúde do estado da Guanabara possuía um importante aparato de serviços públicos de saúde de vinculação estadual e federal, hospitais universitários, militares e hospitais destinados aos servidores públicos federais e estaduais, além de uma rede de serviços privados contratados e conveniados pelo INPS para a prestação de assistência médica individual (MACHADO, 2001).

Além disso, já existia uma rede própria municipal que dispunha de unidades básicas e alguns grandes hospitais de emergência como o Hospital Miguel Couto (1936), o Hospital Souza Aguiar (1955), o Hospital Salgado Filho (1955) e o Hospital Lourenço Jorge (1955)¹⁹. Estes hospitais assumiram um papel importante na atuação do município do Rio de Janeiro no que diz respeito à oferta de serviços de pronto atendimento à população. Cabe ressaltar ainda o espaço ocupado pela instituição hospitalar tanto no âmbito da gestão como no âmbito social, ou seja, a representatividade social desses serviços de saúde em um contexto no qual a assistência médica era restrita. Essa história nos faz compreender a cultura hospitalar, principalmente os serviços de emergência, como parte importante do setor saúde do município.

Com relação à Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara, Parada (2001) sinaliza que esta possuía total autonomia na sua política de saúde, visto que possuía capacidade instalada para a resolução dos seus problemas. A relação da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara com o MS e INPS era pontual e informal.

No que diz respeito ao estado do Rio de Janeiro, esse possuía uma economia predominantemente agropecuária, pouca expressão no parque industrial com a maioria dos municípios pobres e dependentes do Governo Federal; pouco estímulo cultural e baixa potencialidade para ultrapassar fronteiras. Não tinha a mesma expressão política que o estado da Guanabara, embora tivesse um considerável colégio eleitoral devido à concentração populacional localizada na Baixada Fluminense. A expressão em votos dessa população era representada pela Aliança Renovadora Nacional (ARENA), partido da situação na época (PARADA, 2001).

No que diz respeito ao setor saúde, o estado do Rio de Janeiro possuía os Centros de Saúde, nos distritos sedes, e postos de saúde, nos demais distritos das cidades, visto que o Centro de Saúde, como vimos, foi pensado para as grandes e médias cidades que passavam pelo processo de urbanização e industrialização. Seus hospitais estavam voltados para as

¹⁹ O Hospital Miguel Couto inicia sua trajetória em 1933 como Hospital Regional Periférico da Gávea passando a ser denominado Hospital Miguel Couto em 1936. O Hospital Souza Aguiar foi fundado em 1907 como Posto Central de Assistência tornando-se Hospital Souza Aguiar em 1955. O Hospital Salgado Filho tem sua história iniciada em 1920 através do Serviço Auxiliar de Pronto Socorro do Méier, em 1955 após variadas reformas estruturais e funcionais o serviço passou a ser denominado de Hospital Salgado Filho. Já o Hospital Lourenço Jorge inicia em 1955 como Posto de Assistência Lourenço Jorge subordinado ao Hospital Miguel Couto, posteriormente o posto de assistência foi desligado do Hospital Miguel Couto e após algumas reformas no seu funcionamento e estruturais é inaugurado em 1996 como Hospital Lourenço Jorge (COSTEIRA, 2003).

especialidades priorizadas pelos programas verticais do MS, como o de tuberculose, o de saúde mental, o de hanseníase e o de pediatria.

Do ponto de vista dos serviços básicos de saúde no estado do Rio de Janeiro, Campos (2007) sinaliza que em 1965 existiam em torno de 39 unidades que ofertavam os serviços básicos em saúde pública: Varíola, Febre Tifóide, Poliomielite e Tuberculose. E em 1966, inicia-se a reformulação dos serviços básicos em uma lógica mais abrangente, com a inserção do atendimento médico ambulatorial, como vimos anteriormente, embora limitada a algumas unidades e sem uma expansão considerável pelo território.

O estado do Rio de Janeiro não possuía ambulatórios e hospitais gerais, logo os pacientes com doenças crônicas ou agudas que estivessem fora do espectro dos programas citados anteriormente, não eram responsabilidade da secretaria de saúde, visto que esta se pautava nas ideias do que se estruturava a partir da lógica de programa voltados para o controle de doenças específicas, como um legado da tradição campanhista e, portanto, não estava preparada em dar respostas às demandas de assistência médica individual. O atendimento médico voltado para a assistência individual era realizado nos municípios através dos Postos de Atendimento Médico (PAM), da rede contratada e conveniada ao INPS e pelas entidades filantrópicas (PARADA, 2001).

Diferentemente da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara, a Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro comportava-se como um braço do Ministério da Saúde.

Em 1975, ainda no contexto da ditadura, ocorre a fusão do estado da Guanabara com o estado do Rio de Janeiro em meio à crise do modelo de atenção em saúde que irá produzir discussões e manifestações a favor da transformação do setor saúde e do modelo de atenção prestado nos anos seguintes.

O pós-fusão e suas implicações para o campo da saúde

Em 1975 o Presidente Geisel decide pela fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, com o último transformado em capital do novo estado, adquirindo o *status* de município, e passando a ser nomeado cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com Sousa (2010), o fim do estado da Guanabara representou uma das armas utilizadas pelo governo federal para conter os movimentos de oposição. Geisel pretendia, ainda, transformar o estado do Rio de Janeiro em um polo industrial e tecnológico do país.

Com essa reestruturação, o antigo estado da Guanabara, agora então município do Rio de Janeiro, perdeu progressivamente seu prestígio e poder político, com mudanças nos âmbitos político, social e econômico.

Com a fusão recria-se a Secretaria Municipal de Saúde que passa a coexistir com a Secretaria Estadual de Saúde. As unidades de saúde existentes até então, em um processo marcado pela disputa de poder²⁰. O município do Rio de Janeiro recebeu a saúde pública com sérios problemas a enfrentar.

Ao novo município do RJ foram repassados os hospitais gerais com emergência e alguns especializados (ortopedia, pediatria e geriatria) que à época estavam subordinados à Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME), todos situados na zona central, sul e norte da cidade, além dos Centros Municipais de Saúde (CMS). Ao novo estado do Rio de Janeiro foram repassados os institutos especializados e os hospitais gerais com emergência da zona suburbana e oeste da cidade, preferencialmente os construídos ao longo das vias férreas. O governo federal ficou responsável pela administração dos hospitais originados dos IAP e pelos Postos de Atendimento Médico (PAM) (SOUSA, 2010).

Para a Secretaria de Saúde do novo município do Rio de Janeiro (antigo estado da Guanabara) não houve dificuldades para a assunção das suas responsabilidades, visto que não houve mudanças significativas na organização, financiamento e modelo de atenção ofertado pelo estado da Guanabara. Ao passo que a Secretaria de Saúde do novo estado do Rio de Janeiro

²⁰ De acordo com Parada (2001) a distribuição das unidades de saúde entre as secretarias foi realizada de uma maneira em que pouca importância foi dada ao perfil ideal de como deveria ser as novas redes estadual e municipal de saúde.

enfrentou grandes dificuldades para assumir as suas novas responsabilidades, pois herdou do estado da Guanabara um aparato assistencial mais complexo e com institucionalidade próprias.

Assumir a assistência médica curativa exigia um novo perfil e mais gastos. O custeio das unidades de saúde, em um primeiro momento, teve um aporte do governo federal para o estado enfrentar o desafio da fusão, entretanto esse suporte financeiro diminuiu com o tempo, contribuindo para uma queda na qualidade dos serviços de saúde transferidos ao novo estado (PARADA, 2001).

A organização dos serviços estaduais e municipais não era facilmente compreendida pela população e a estadualização de alguns serviços significou a criação de mais uma instância desarticulada e sem referência dentro do município. No espaço territorial da cidade existia um importante conjunto de serviços públicos de saúde sob a coordenação de diferentes governos que se mantinham desarticulados.

De acordo com Campos (2007), a nova legislação sanitária municipal manteve basicamente o mesmo rol de princípios e funções e não houve a integração da saúde pública com a assistência clínica. As iniciativas de organização dos Centros de Saúde eram muito mais por parte dos governos locais, já que o governo federal priorizava a medicina previdenciária em detrimento da saúde pública:

Todo o crescimento da estrutura médico previdenciária era decidida a partir do Governo Federal e se deu à margem do poder público municipal, ainda destinado a oferecer serviços de saúde pública e prestar o atendimento de emergência em seus hospitais próprios (CAMPOS, 1999:60).

No que diz respeito à atenção básica, nesse momento da história, foram acrescentadas às tarefas dos Centros de Saúde, ainda que de forma fragmentada, especializada e sob as diretrizes do Ministério da Saúde, ações que não foram incorporadas na medicina previdenciária, como o tratamento para tuberculose, para hanseníase, emissão de atestados de saúde e de saúde escolar e alguns procedimentos médicos e diagnósticos, de forma tímida e secundária (Campos, 1999).

O autor aponta ainda que essas reformulações foram importantes para a construção da atenção primária nas futuras décadas e que o grande ganho foi consolidação de uma estrutura física que seria remodelada nos anos seguintes.

Acerca do processo de fusão, Parada (2001) considera que a junção de um estado forte com um estado fraco trouxe duas consequências importantes na área da saúde. A primeira diz respeito à transformação de um estado forte em município, e de um estado politicamente e economicamente fraco em estado, com uma capital política e economicamente mais forte. A segunda diz respeito aos conflitos das relações federativas entre os entes deste novo estado, com o peso do município do Rio de Janeiro, com um histórico de poder político e econômico forte, e o novo Estado do Rio de Janeiro e demais municípios. Nesse contexto, o município do Rio de Janeiro seguia com a administração dos seus serviços de saúde autonomamente sem se integrar ou se subordinar a Secretaria Estadual de Saúde.

Na década de 1980, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) administrava suas ações seguindo as orientações do MS, sem planejar ou implantar um sistema de saúde estadual. Já a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), coordenava os seus serviços, consolidados desde o tempo da capital federal. Esta secretaria desenvolveu um plano de cuidados primários com a construção de postos de saúde – Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde (UACPS) - que introduziram a assistência ambulatorial curativa na rede ambulatorial da prefeitura e que antecipou a mudança de perfil das unidades ambulatoriais construindo as bases da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no município do Rio de Janeiro (PARADA, 2001).

De acordo com Machado (2001), as tensões nas relações intergovernamentais, já sinalizadas nesse momento da história da saúde, são um dos aspectos que dificultam a implantação do Sistema Único de Saúde posteriormente, nos anos 90. De acordo com a autora, a atuação autoreferida do município do Rio de Janeiro persiste nos anos de 1990, quando o processo de descentralização evidencia com vigor os conflitos federativos e as dificuldades de constituição de um sistema de serviços de saúde integrado na cidade, bem como limites na articulação com outros municípios.

Os conflitos decorrentes desse processo de fusão e das perdas e ganhos de poderes, a partir da nova conformação do Rio de Janeiro, influenciaram fortemente na relação e nas decisões políticas entre o estado e o município do Rio de Janeiro. A política de saúde, no palco

dessa disputa de poder que é inerente aos processos políticos, avança ou recua a depender do contexto que se vive, das alianças construídas, dos interesses colocados, da gestão vigente, entre outros fatores, que fortalecem ou fragilizam a implementação de uma política sócia.

Quadro 2 – Contexto-político institucional nacional e internacional e as principais ações e políticas de saúde no Brasil de 1889 a 1988

Período	Contexto político-institucional nacional e internacional	Contexto Político-institucional do Rio de Janeiro	Ações e políticas de saúde
1889-1960 Rio de Janeiro - Capital Federal	<ul style="list-style-type: none"> - 1889/1930: República Velha - Reforma urbana - Expansão da população e dos serviços - Experiência exitosa com os Centros de Saúde e Distritos Sanitários em Nova York/Estados Unidos da América 	<p>O contexto do Rio de Janeiro se confunde com o contexto nacional pelo fato do Rio de Janeiro ser a capital do país</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de saúde baseadas no higienismo e campanhismo; - 1903: Gestão de Oswaldo Cruz – saneamento urbano - 1918: Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública; - 1910/1920: Ênfase no saneamento rural - Criação dos Postos de Saneamento e profilaxia Rural; - 1923: Criação das Caixas de Aposentadoria e pensão - 1927: Criação do 1º Centro de Saúde – Inhaúma, Rio de Janeiro;
	<ul style="list-style-type: none"> - 1934: Estado Novo – Reforma Vargas - Intenso processo de industrialização e crescimento urbano; - Criação MESP (1930) - Criação MTIC (1930) - Criação MS (1953) - Desenvolvimentismo e industrialização - Tendência descentralizante de 1946/1964 		<ul style="list-style-type: none"> - Década de 1930: criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão - 1934: Expansão os Centros de Saúde para a Prefeitura do distrito federal; - 1942: Criação do Serviço Especial de Saúde Pública - 1950: disputa para a introdução do atendimento clínico individual nos Centros de Saúde - 50/60: estagnação da organização Centro de Saúde
1960-1974 Rio de Janeiro – Estado da Guanabara	<ul style="list-style-type: none"> - Transferência da Capital para Brasília - Divisão do Estado do Rio de Janeiro e Estado da Guanabara – (1960) - Estado da 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado do Rio de Janeiro - A expressão votos era representada pela ARENA - Politicamente e economicamente fraco 	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de Saúde nos distritos sedes - Postos de saúde nos demais distritos - Hospitais voltados para os programas do MS - Ações de cunho predominantemente preventivista - Década de 60/70: Programas de extensão de cobertura

	<p>Guanabara recebe saúde em péssimo estado</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1964: Golpe Militar - Ditadura Militar - Centralização do poder - Autoritarismo - intenso investimento no modelo médico privatista - Rompimento das discussões sobre descentralização - Saúde Pública x medicina previdenciária - Crise do sistema previdenciário Programas de Extensão de Cobertura 1966: Unificação dos IAP – Criação do INPS 1969/1973: Presidente Médici (ARENA) - “Milagre Econômico” - 1974: Geisel eleito presidente (ARENA) - Política econômica começa apresentar problemas - Crise mundial do petróleo 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco estímulo cultural - Pouca expressão no parque industrial 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Estado da Guanabara - Autonomia política e financeira - Colégio eleitoral representado pelo MDB - Grande estímulo cultural - Reestruturação da SMS do Estado da Guanabara 	<ul style="list-style-type: none"> - 1962: Criação da SUSEME: responsável pelos serviços hospitalares - 1962: Criação da SUSAP: responsável pelos serviços de Saúde Pública - Criação das Regiões Administrativas - Centros de Saúde por região administrativa - Inserção do da consulta médica e de exames diagnósticos nos Centros de Saúde que passaram a ser chamados de Centros Municipais de Saúde; - Oferecia atendimento tanto em saúde pública como assistência médica individual - Hospitais com vinculação federal e estadual, hospitais universitários e rede privada contratada pelo INPS.
<p>1975-1988 Rio de Janeiro – Município do Estado do Rio de Janeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto de crise se apresenta com arrocho salarial, desemprego e aumentos das desigualdades sociais. - Programas de Extensão de cobertura/ 1976: PIASS 	<ul style="list-style-type: none"> - 1975: Fusão entre Estado da Guanabara e Estado do Rio do Rio de Janeiro - Fusão de um estado forte com um estado fraco 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitais gerais e especializados, Centros Municipais de Saúde, Postos de Saúde, hospitais federais e PAM, esses últimos sob a responsabilidade do governo federal - Reformulações no atendimento realizado nos CMS

	<ul style="list-style-type: none"> - Movimento municipalista da saúde - Encontros do Movimento Municipalista - Cenário internacional: Conferência de Alma Ata (1978) e Bellágio (1979) - I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (1979) - VII Conferência Nacional de Saúde (1980) - Movimento pela Reforma sanitária (década de 70 e 80); - criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (1982) - Ações Integradas de Saúde (1983 a 1985): as AIS favorecem a criação de instâncias colegiadas - Nova República (1985); - Sistemas Unificados de Saúde (1986) - VIII Conferência Municipal de Saúde/Brasília (1986) - Assembleia Nacional Constituinte – Constituição Federal (1988) 	<p>Formação do novo Estado do Rio de Janeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ex- Estado da Guanabara passa a status de município – Cidade do Rio de Janeiro - Criação da Região Metropolitana do Rio de Janeiro - 1979: II Encontro Municipal do Setor Saúde - Niterói 	<ul style="list-style-type: none"> - Acrescidas as ações dos Centros Municipais de Saúde tratamento para Tuberculose, Hanseníase, emissão de atestados, procedimentos médicos e diagnósticos - Repartidas as unidades de saúde entre a SES e a SMS SMS não enfrentou grandes dificuldades para administrar suas novas unidades, diferente da SES - SES administrava suas ações seguindo a orientação do MS - SMS administrava suas ações de forma mais autônoma - Serviços da SES e SMS desarticulados <p>-Estado do RJ – Secretaria estadual de saúde – incorpora institutos específicos e hospitais gerais localizados no subúrbio; organização dos serviços estaduais sem articulação com os municipais.</p> <p>-Município do Rio de Janeiro – Secretaria municipal de saúde – autonomia política e administrativa; recebe hospitais gerais e especializados da antiga Suseme, localizados na zona sul, centro e norte; Centros municipais de saúde incorporam Programas do Ministério da Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programas de extensão de cobertura: projeto Piloto Rocinha e Agentes Comunitários em Manguinhos -Construção das UCPS – através das AIS - Criação do INAMPS (1977) - AIS (1983) - Expansão das AIS (84/85) - SUDS (1986)
--	---	--	---

Fonte: produzido pela própria autora

Capítulo III - Os rumos da atenção básica no município do Rio de Janeiro na década de 1990

Este capítulo enfoca o contexto político-institucional e a política de saúde no município do Rio de Janeiro na década de 1990, dando ênfase aos aspectos relacionados à organização da atenção básica do município e à Estratégia Saúde da Família, cuja implantação se inicia em 1995 nessa cidade.

É importante sinalizar que a década de 1990 foi caracterizada por diferentes governos municipais, destacando-se a permanência de um mesmo Secretário Municipal de Saúde no período de 1991 a 2001 (Quadro3). Nesse sentido, optou-se por analisar essa década a partir da caracterização da política municipal de saúde ao longo dos diferentes momentos, considerando os avanços e limitações na atenção básica.

É importante apontar que não há a pretensão de esgotar a discussão acerca dessa gestão, mas sim de trazer elementos que possam subsidiar e suscitar discussões futuras acerca do sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro.

Quadro 3 - Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde da cidade do Rio de Janeiro de 1990 a 2001

ANO	PREFEITO	SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
1990 – 1993	Marcelo Alencar	Ronaldo Luiz Gazolla ¹
1993-1997	Cesar Maia	Ronaldo Luiz Gazolla
1997-2001	Luiz Paulo Conde	Ronaldo Luiz Gazolla

Fonte: construído pela própria autora a partir dos Diários Oficiais do Município do Rio de Janeiro.

¹Ronaldo Gazolla assumiu a SMS em março de 1991. Antes dele, houve outros secretários municipais de saúde durante o governo de Marcello Alencar.

A gestão municipal de saúde: o contexto político institucional da atenção básica

No âmbito da saúde, os primeiros anos da década de 1990 foram marcados pelo forte debate em torno da universalização, financiamento e descentralização do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, o processo de descentralização ganha especial destaque por ter se conformado em medida fundamental para a implantação e organização dos sistemas municipais

de saúde e ainda por ter representado um ponto de inflexão importante no papel dos entes governamentais na gestão desses sistemas.

Compreender o espaço ocupado pelo debate acerca da descentralização da saúde nos anos 1990 e as prioridades da gestão municipal do Rio de Janeiro é importante para reconsiderarmos algumas questões relacionadas aos investimentos feitos na atenção básica do município nesse período.

No que diz respeito ao processo de descentralização, o município do Rio de Janeiro merece especial destaque, por ter sido palco de intensas disputas de poder entre os três entes governamentais, disputas essas que se davam tanto no campo político quanto no campo técnico assistencial.

As relações de conflito entre os gestores federal, estadual e municipal geraram sérios impasses no processo de municipalização²¹ impedindo avanços importantes para os desdobramentos do SUS no município. Para Sousa (2012), a descentralização fiscal, com o estabelecimento da autonomia de cada esfera governamental, não foi suficiente para garantir a resolução dos conflitos entre os entes governamentais. Essa realidade refletia mais um desafio posto nesta década para a implantação e consolidação do sistema de saúde.

Esse ambiente de instabilidade nas relações intergovernamentais é reafirmado pela maioria dos atores entrevistados ao apontarem as diferentes culturas institucionais como potencializadoras de situações de conflitos, o que impedia uma relação mais orgânica entre os entes governamentais. Corroborando com o que foi exposto segue a fala de um dos entrevistados:

“Uma especificidade do Rio de Janeiro é que não dá para analisar o Rio de Janeiro sem entender que o RJ era capital do país, com uma gigantesca rede de hospitais públicos federais, estaduais, municipais e que marcam ainda hoje fortemente a organização do sistema. Segundo, o RJ é o município dos 3 ministros: o Ministro da Saúde, federal, o secretário estadual e o secretário

²¹ Uma das grandes reivindicações nos anos 1970 e 1980 era a descentralização, processo visto como solução para superara a ineficiência, a corrupção e a ausência de participação no processo decisório advindos do modelo centralizador operado pelo Regime Militar. A descentralização previa a transferência de funções para a gestão municipal – processo denominado de municipalização cujo objetivo se pautava na reestruturação nacional de organização de serviços através da transferência de atividades até então desempenhadas pelo governo federal, com financiamento sob a responsabilidade dos três entes governamentais e a provisão dos serviços a cargo dos municípios (Arretche, 2002).

municipal, isso sempre foi motivo de conflito, não no sentido de conflito político, mas de uma série de culturas institucionais distintas, estruturas distintas que sempre impediram uma relação mais orgânica, uma programação mais integrada e isso parece simples de resolver, mas não é.” (entrevistado 5).

De acordo com Sousa (2012), o processo de municipalização no Rio de Janeiro contou, em diversas situações, com negociações mais diretas entre município e governo federal, visto o distanciamento do estado nesse processo, que por vezes dificultou e até impediu o avançar do município no desenvolvimento da sua gestão²².

Nos primeiros anos da década de 1990, como visto, as discussões e disputas dentro do setor saúde estavam fortemente voltadas para o processo de implantação do SUS e nesse contexto a atenção básica não encontrou espaço nos debates e nas agendas governamentais. Isto explica, pelo menos em parte, os baixos investimentos financeiros e os rumos da atenção básica nesse período.

Em 1990, o município do RJ recuperava-se da crise que se arrastava desde o período da fusão. Para o setor saúde, o início da década de 90, representou o começo de uma gestão que perduraria por quase dez anos. Ronaldo Luiz Gazolla, médico cirurgião, com trajetória de longa atuação no Hospital Miguel Couto, foi nomeado Secretário Municipal de Saúde pelo Prefeito Marcelo Alencar, ainda em março de 1991 e permaneceu na gestão municipal até janeiro de 2001, passando pelo primeiro mandato do Prefeito Cesar Maia e pelo mandato do Prefeito Luiz Paulo Conde.

A gestão de Ronaldo Gazolla se iniciou em um contexto de intenso debate acerca da reformulação do papel do município na administração e no financiamento do sistema de saúde municipal.

De acordo com as entrevistas realizadas, a gestão desse secretário foi marcada por uma atuação cautelosa, voltada em um primeiro momento para uma organização interna da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), com investimentos na profissionalização da gestão e na elaboração de estratégias que dessem suporte para as ações da

²² De acordo com Sousa (2012) o período que abrange a década de 90, mostra que a relação entre os presidentes e os governadores sempre foram conflituosas ou de pouco diálogo, mesmo quando o presidente e o governador do estado eram do mesmo partido ou vinham de uma mesma linha política.

secretaria de saúde²³. Esse “*investimento interno*”, com o olhar mais apurado para a gestão, serviu para preparar a SMS/RJ para um segundo momento, que esteve relacionado com a assunção das unidades federais e estaduais que seriam, futuramente, transferidas para o município.

A opção do município por uma *descentralização interna* revelava a intenção de estruturar a secretaria municipal de saúde para *a posteriori* assumir a coordenação do sistema local e a gestão da rede de serviços. A pouca disposição em se lançar numa municipalização prematura acabou por organizar a sua estrutura administrativa e fazer valer o princípio da autonomia entendida como capacidade de autogoverno (Sousa, 2012: 85).

Ainda de acordo com a maioria dos entrevistados, a gestão desse secretário foi marcada por importantes investimentos na área hospitalar e nas ações programáticas²⁴. O interesse no investimento nestas últimas e a necessidade de organizá-las no interior dos serviços de saúde se expressou na criação, no interior da SMS/RJ, da Superintendência de Saúde Coletiva, em agosto de 1992, após a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 05 de outubro de 1991 ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Figura 1)²⁵. O relatório dessa conferência compreende uma forte crítica ao modelo privatizante do Governo Collor, indicando que, no campo da saúde, a política nacional utilizou uma política de esvaziamento do setor público caracterizada pela diminuição real de recursos alocados e implantação de um modelo de financiamento baseado na produção de serviços, o que estimularia a corrupção e a desorganização de qualquer sistema de saúde público (SMS, 1991a).

Nessa conferência deu-se prioridade ao debate acerca da viabilização do sistema público de saúde frente ao desmonte que ocorria em nível nacional com as privatizações do

²³ Uma das ações marcantes foram os investimentos para a elaboração de um sistema de informação que desse suporte às ações da SMS/RJ.

²⁴ Foi dada especial atenção para programas como o de Saúde da Mulher, de Saúde da Criança -com a implantação do Teste do Pezinho-, Saúde do Trabalhador, Doenças Crônicas, entre outros.

²⁵ Eixos de discussão da I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: *Modelo Assistencial, Implantação do SUS, Financiamento e Gerenciamento do SUS, Recursos Humanos e a Municipalização – PCCS e Participação Popular no SUS*.

setor de serviços, sem deixar de lado a discussão sobre a municipalização, fortemente influenciada pelo do governo federal.

É importante destacar que essa Conferência se constituiu em um marco histórico dentro do município por: reunir vários segmentos para a discussão das diretrizes da política de saúde no município; discutir os resultados da auditoria realizada nos hospitais federais, suas reais condições e os custos de manutenção; debater as normas para o funcionamento do Conselho Municipal e propor a criação dos distritos sanitários como estratégia para a organização dos serviços de saúde.

Figura 1 - Foto da I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



Fonte: Diário Oficial, 1991b. Saúde em Foco – Encarte Especial. SMS/RJ.

I Conferência Municipal de Saúde é um marco na história do Rio de Janeiro. Na foto, da esquerda para a direita Laerte Vaz Mello (presidente do Cremerj), Ronaldo Luiz Gazolla (Secretário Municipal de Saúde), Luiz Paulo Corrêa da Rocha (Secretário de Obras) e Mário Dias (vereador do PDT)

No que diz respeito à atenção básica observou-se, através das entrevistas e do relatório da conferência, que esse nível de atenção não ocupou lugar privilegiado nos debates ocorridos na I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, apesar de terem surgido nesse espaço algumas propostas relacionadas diretamente com esse nível de atenção. Foram elas: definição de diagnóstico da área de abrangência das unidades de atenção primária, atendimento integral à população e ampliação do horário de atendimento nos postos de saúde (SMS, 1991a).

Os programas de saúde eram a principal forma de ofertar o atendimento em saúde nos serviços básicos. De acordo com a maioria dos entrevistados, os programas possuíam limitações assistenciais, pois restringiam o atendimento aos pacientes que se enquadravam em determinadas doenças e com isso não respondiam às novas demandas de saúde da população, que ao longo dos anos teve transformações no seu perfil epidemiológico.

No que diz respeito às unidades de serviços básicos, o município possuía os Centros Municipais de Saúde (CMS), os Postos de Saúde (PS), as Unidades Auxiliares de Cuidados Primários em Saúde (UACPS) e Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário (UMAMP); as últimas posteriormente foram transformadas em Unidades Integradas de Saúde (UIS)²⁶.

De acordo com Moura (2009), as UACPS tiveram sua implantação ainda na década de 1980, como forma de ampliar a cobertura, nos moldes de uma atenção primária seletiva e focalizada. Essas unidades, que atuavam na prevenção e tratamento de agravos, receberam esse nome para se diferenciar das unidades tradicionais que já existiam.

A mesma autora sinaliza que a implantação das primeiras UACPS ocorreu na Zona Oeste, região considerada pelos gestores da época como um grande deserto sanitário, sendo o Centro Municipal de Bangu uma das poucas unidades existentes naquela região²⁷.

A implantação dos Postos de Saúde também se dava nas localidades desprovidas de assistência em saúde, principalmente nas favelas e bairros periféricos do município, assim como as demais unidades de serviços básicos.

Houve iniciativas relacionadas à ampliação da oferta de serviços básicos no município, por exemplo, a criação da Lei 1837 de 09 de dezembro de 1991, que dispõe sobre a instalação de postos de saúde, creches e cursos profissionalizantes nas favelas do município²⁸.

Segundo a lei supracitada e no que diz respeito, estritamente, à criação dos postos de saúde, estes deveriam oferecer tratamento ambulatorial e de emergência, serviços de vacinação

²⁶ Segundo Moura (2009) a junção de alguns centros de saúde com unidades hospitalares ou maternidades também deram origem à unidades denominadas de Unidades Integradas de Saúde.

²⁷ Campos (1999) menciona em seu trabalho que a escolha pela Zona Oeste, para a implantação das UACPS, também se deu como uma estratégia para facilitar a inserção dessas novas unidades na rede de serviços, pois como uma nova proposta de oferecer atenção em saúde enfrentaria conflitos com as unidades de saúde tradicionais já existentes, especialmente com os CMS, que possuíam uma cultura institucional arraigada e uma atuação fortemente delimitada dentro dos distritos sanitários.

²⁸ Identificada por meio de pesquisa no Diário Oficial do Município.

e odontológico durante vinte e quatro horas por dia. A implantação dos postos deveria ser proporcional ao número de habitantes de cada favela, um posto para cada 20 mil moradores, e localizados em diferentes pontos do aglomerado habitacional.

A discussão sobre a implantação dos Postos 24 horas também fez parte das gestões municipais subsequentes, entretanto, de acordo com um dos entrevistados a dificuldade em alocar profissionais de saúde nessas unidades inviabilizou essa proposta.

Outro exemplo de proposta relacionado à oferta de serviços básicos, mas que não estava ligada às unidades básicas de saúde, foi o Programa Saúde-Rio, voltado para a lógica educativa com foco na população pobre das favelas e periferias do município. Seguem os artigos que constituem a lei²⁹ que dispõe sobre esse programa:

Artigo 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a criar, no âmbito da secretaria Municipal de Saúde, o Programa Saúde-Rio nas comunidades carentes do Município.

Artigo 2º - O Programa Saúde-Rio destinará a esclarecer e orientar, através de palestras e aulas à população carente, desenvolvendo noções básicas de primeiros socorros, higiene, nutrição, moléstias infecto-contagiosas, prevenção contra AIDS e a manipulação de remédios caseiros.

Parágrafo Único – As palestras serão ministradas pelos profissionais pertencentes ao quadro da Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 3º - A Associação de Moradores de cada área ficará encarregada de marcar previamente as palestras, organizar, divulgar e incentivar a comunidade quanto à importância da sua participação.

Artigo 4º - Periodicamente, no prazo máximo de noventa dias, será feita a visitação a cada comunidade carente, com a finalidade de colher informações e necessidades para melhor aprimoramento do trabalho desenvolvido em cada

²⁹ Ofício GP/ nº 426 de 06/06/1991, Lei nº 1716 (Ano V, nº 106, RJ, quinta-feira, 15/08/1991, p. 1, Leis Sancionadas.

área (Diário Oficial do município do Rio de Janeiro, Ano V, nº 106, RJ, quinta-feira, 15/08/1991, p. 1, Leis Sancionadas)³⁰.

Vale ressaltar ainda, a experiência com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que já ocorria desde o final da década de 1980. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído em 1991, pelo Ministério da Saúde após experiências exitosas no Ceará, somadas às demais experiências em outros municípios do país, foi implantado no município do Rio de Janeiro prioritariamente nos locais menos assistidos de atendimento em saúde.

De acordo com um dos entrevistados: *“O PACS foi fortemente implantado na Zona Oeste, onde tinha as UACPS. Nós que estávamos na gestão naquele período, consideramos que a implantação do PACS foi uma estratégia bem sucedida”* (Entrevistado 3).

Ainda em 1991, na gestão do Prefeito Marcelo Alencar foi realizado estudo para verificar a viabilidade da transferência das unidades do INAMPS/MS para o município.³¹ Tal estudo mostrou que gerencialmente e financeiramente o município teria dificuldades de gerir as novas unidades de saúde sendo uma opção da gestão uma municipalização de forma mais ponderada e cautelosa, seguindo algumas prioridades (SOUSA, 2012). Esse modo de gerir marca a atuação de Ronaldo Gazolla, que permanece na gestão municipal nos oito anos subsequentes.

Diante dos resultados do estudo supracitado, o Secretário de Saúde Ronaldo Gazolla propôs uma municipalização gradual das unidades do INAMPS, uma racionalização dos recursos e de pessoal - o que faria com que o estado e o próprio INAMPS se responsabilizassem por algumas unidades - e a revisão do modelo de financiamento que era adotado, considerado pelo secretário de saúde como inviável para a consolidação do SUS. A Figura 2 mostra uma matéria acerca do estudo mencionado.

³¹ “Estudo de viabilidade da incorporação das unidades do INAMPS no município do Rio de Janeiro” Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro/Janeiro de 1992.

Figura 2 - Foto de matéria retirada do Jornal Notícias do Rio, editado pela Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro em dezembro de 1991



Fonte:

Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Janeiro de 1992. Matéria sobre o 'Estudo de viabilidade de incorporação das unidades do INAMPS no município do Rio de Janeiro.'

Em agosto de 1992 é sancionada a lei³² que modifica a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A lei cria e extingue cargos e funções. Dentre as iniciativas dessa lei está a criação da Superintendência de Saúde Coletiva, como mencionado anteriormente. Segue relato de um dos atores entrevistados acerca do trabalho exercido pela Superintendência de Saúde Coletiva da SMS/RJ:

“Foi um trabalho de estruturação programática mesmo. Quando eu cheguei na secretaria tinha o programa de Hipertensão, o Programa do Adulto que era uma, três ou quatro pessoas, então realmente a gente deu envergadura, robustez a esses programas. A gente criou mesmo a estrutura de uma

³² Lei nº 1888 de 17/08/1992

superintendência com várias coordenações, com várias gerências. Era uma estrutura na qual tínhamos 150 pessoas trabalhando no nível gerencial dos programas. Realizava-se muitas capacitações, atualizações que acompanhavam as normatizações do ministério. Era com isso que a atenção básica do município também trabalhava” (Entrevistado 3).

Nesse período a gestão municipal estava com suas forças centradas no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, financiamento e descentralização.

No que diz respeito à atenção básica o trabalho nesse nível de atenção estava fortemente baseado nas ações programáticas e de forma pontual e incipiente através do trabalho de agentes comunitários de saúde. A comunidade de Manguinhos, por exemplo, desde o final dos anos 80 já contava com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

No final de 1992 ocorreram as eleições e Cesar Maia foi eleito prefeito da cidade do Rio de Janeiro. Em janeiro de 1993 é iniciado o primeiro mandato desse Prefeito, que convida Ronaldo Luiz Gazolla a continuar como secretário municipal de saúde³³.

De acordo com Sousa (2012) o início dessa gestão se caracterizou por iniciativas que valorizavam a descentralização interna: investimento gerencial, organização interna e criação de mecanismos e instrumentos de informação³⁴.

De acordo com a mesma autora, a introdução do sistema de preços e a revisão dos contratos e dos processos de licitação foram medidas prioritárias dessa gestão. Também, um importante passo dado nesse momento foi a criação das dez áreas de planejamento com suas coordenações - Coordenações das Áreas de Planejamento³⁵ (CAP) – que seriam instâncias

³³ O conteúdo das entrevistas mostra que havia nessa gestão um esforço para a construção de uma gestão mais participativa, com o nível local, regional e central participando na construção de propostas para a saúde do município.

³⁴ Em 20 de maio de 1993 a Portaria Federal nº 545, dispõe sobre as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da NOB 01/93 (Brasil, 1993).

³⁵ De acordo com o Diário Oficial do município do Rio de Janeiro a Resolução SMS nº 431 de 14/04/1993 discorre sobre a instituição das Áreas de Planejamento Sanitário na cidade do Rio de Janeiro. No decorrer das entrevistas e de acordo com a pesquisa bibliográfica identificou-se as Áreas de Planejamento de Saúde que supomos ser a mesma estrutura.

responsáveis pela administração, articulação e organização das unidades de saúde nos territórios.

A nova gestão tinha como objetivo uma descentralização gerencial na qual os coordenadores das áreas de planejamento pudessem participar e decidir sobre as questões dos seus territórios. Essa dinâmica é reconhecida pela maioria dos entrevistados como um avanço no processo de regionalização do sistema de saúde no município.

A fala de um dos entrevistados reafirma o exposto:

“Definimos nesse período a atenção regional, com gradativa transferência da gestão para essas regiões de modo a dar autonomia para as regiões. As coordenações regionais cumpriram um papel muito importante na gestão. Decidimos pela regionalização, pela gestão profissionalizada e revisamos os contratos” (Entrevistado 1).

De acordo com um dos entrevistados, na gestão de Ronaldo Gazolla o processo de descentralização de poder para as CAP nos anos subsequentes foi lento, com um período de estagnação, situação que gerou conflitos internos na Secretaria Municipal de Saúde:

“[...] a ideia era ir passando o poder para as coordenações das regionais, em 96 essa transferência estava ocorrendo, em 98 estagnou com as eleições para governador e em 99 o secretário não levou adiante essa proposta” (Entrevistado 1).

De acordo com a maioria dos entrevistados, havia um receio por parte da gestão municipal acerca do processo transferência das unidades federais. Esse receio se dava tanto pela falta de clareza da política de investimentos, como pelo reconhecimento de que havia uma fragilidade gerencial dentro da secretaria, que não possuía um quadro profissional preparado para assumir as responsabilidades exigidas por esse processo.

Nesse contexto, e com os descompassos do setor saúde no município, como problemas sérios de corrupção nos contratos com os prestadores de serviços e intensa desorganização dos

serviços de saúde, principalmente nas unidades federais, a gestão municipal fez a opção, em um primeiro momento, por assumir a condição de gestão incipiente da NOB 01/93.

Em suma, na habilitação da gestão incipiente a Secretaria Municipal de Saúde deveria assumir, de acordo com os dispositivos da portaria, as responsabilidades com os contratos e cadastramento dos prestadores de serviços, com o controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares (público, privados e filantrópicos), com assunção das unidades ambulatoriais públicas e incorporação à rede de atenção em saúde de serviços básicos, de vigilância epidemiológica e sanitária, nutrição, educação e reabilitação para os casos relacionados aos acidentes de trabalho (BRASIL, 1993).

Na prática o processo de municipalização no município do Rio de Janeiro representou experiências conflituosas e desgastantes entre os entes governamentais, visto os problemas com a reposição de profissionais nas unidades recebidas, a inflexibilidade da modalidade convenial no processo de municipalização, a inadequação no financiamento e ainda os conflitos existentes entre município e estado, que se tornaram recorrentes e impossibilitaram decisões importantes para a municipalização (SOUSA, 2012).

Ainda em novembro de 1993 foi realizada a II Conferência Municipal de Saúde que tinha como eixos o *Modelo de Atenção em Saúde e a Participação Social*. De acordo com o relatório final dessa conferência havia a necessidade de um planejamento em saúde preocupado com a interinstitucionalidade e com a efetiva articulação entre os serviços públicos e privados a fim de superar a desarticulação que havia entre a rede federal, estadual e municipal de serviços de saúde.

Sobre a questão da participação social, esse encontro discutiu o papel dos conselhos e das conferências e exigiu a implantação e consolidação dos Conselhos Distritais de Saúde e dos Conselhos Gestores de Unidades Públicas.

No que diz respeito à discussão sobre a elaboração de um novo modelo de atenção, a organização e melhoria da atenção básica ganhou espaço como uma das estratégias que possibilitariam a prática da atenção integral como superação ao modelo de atenção em saúde vigente. De acordo com o relatório dessa conferência, havia um esforço de integrar, nas unidades básicas de saúde, as ações de cunho assistencial com aquelas consideradas de cunho preventivista.

Como propostas aprovadas para a atenção básica o relatório final aponta: aumento da capacidade de resolução da atenção básica com a inserção de alguns procedimentos como suturas, realização do exame eletrocardiograma e exames básicos, que seriam definidos posteriormente, implantação do modelo médico de família com atuação multiprofissional,³⁶ superação do modelo assistencial vigente para o alcance do modelo de atenção integral e planejamento de saúde em nível distrital (SMS, 1993).

A respeito da municipalização, a primeira transferência de unidades de saúde federais para a gestão municipal ocorreu em 1995, com o repasse para o município de 15 postos de atendimento médico e 4 maternidades federais. Em 1996 a Colônia Juliano Moreira foi municipalizada.³⁷ Para a maioria dos entrevistados esse acontecimento se constituiu na primeira etapa da municipalização.

“Inicialmente, a proposta seria assumir somente os PAM, mas o prefeito na época decidiu assumir também as maternidades, visto que promessas de investimentos nessa área fizeram parte da sua campanha eleitoral.”
(Entrevistado 2).

Sousa (2012) avalia esse processo como sendo o início da assunção da rede de assistência básica no município, visto que a inserção dessas unidades no sistema de saúde municipal possibilitou um novo gerenciamento da porta de entrada, o aumento das consultas básicas e reforçou a participação das Coordenações das Áreas de Planejamento no processo de gerenciamento local.

Ainda nesse contexto, em 1995, ocorreu a III Conferência Municipal de Saúde na qual, naturalmente, a discussão sobre a municipalização das unidades de saúde federais ganhou destaque no debate. No que diz respeito à atenção básica, assim como nas conferências anteriores, não foi dada ênfase a essa discussão. Nesse momento apenas mencionou-se a

³⁶ Embora não seja o foco da nossa discussão, vale sinalizar a importância da experiência do município de Niterói a partir de 1992, com o Programa Médico de Família, que serviu de modelo e estímulo para outras experiências no estado do Rio de Janeiro.

³⁷ Em 1996 a Colônia Juliano Moreira foi municipalizada e até o ano de 1999 o Ministério da Saúde repassou para a gestão municipal os demais hospitais federais psiquiátricos: Hospital Pinel e o Centro Psiquiátrico Pedro II (SOUSA, 2012).

ampliação do Programa Médico de Família como integrante da porta de entrada do sistema de saúde municipal (SMS, 1995)..

Para a discussão acerca da implantação do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro o ano de 1995 é emblemático, visto que representa o marco inicial da trajetória de implantação das equipes de saúde da família na cidade, com a implantação das primeiras equipes na Ilha de Paquetá. O Programa Médico de Família, já executado em Niterói, influenciou de forma considerável as experiências que começaram a apontar no município do Rio de Janeiro, nesse período.

Sobre o Projeto PSF Paquetá, Cazelli (2003) assinala que as equipes de saúde da família implantadas nessa localidade foram inseridas na Unidade Integrada de Saúde Arthur Vilaboim, a única unidade de saúde existente naquele território. Nesse projeto cada equipe de saúde da família era composta por um médico e um agente comunitário de saúde, que juntos cobriam uma população de 1.350 moradores ou 400 famílias. Como uma diferenciação importante, aponta-se que foram acrescentados a essas equipes os profissionais de assistência social e nutrição.

No que diz respeito à escolha da Ilha de Paquetá, dois pontos interessantes foram identificados nas entrevistas realizadas. O primeiro foi o relato de que, antes da opção pela Ilha de Paquetá, uma proposta de iniciar a implantação das equipes de Saúde da Família pela comunidade do Vidigal teria sido inviabilizada por contratempos com a Organização Não Governamental (ONG) que participaria do processo de implantação da equipe de saúde. O segundo aspecto refere-se às características do território. A Ilha de Paquetá foi escolhida devido ao seu território limitado o que facilitaria, em tese, a *experimentação* do Programa Saúde da Família.

“Paquetá foi escolhida por ser uma área fechada, de difícil resolução pelos métodos tradicionais e também pela dificuldade de presença da equipe de ambulatório de sequência. As equipes de Paquetá eram compostas por aquelas pessoas que davam plantão de 48 horas e só voltavam um mês depois. O índice de agudização de hipertensão era altíssimo e depois do trabalho da equipe de saúde da família isso melhorou” (Entrevistado1).

De acordo com Cazelli (2003) não foi possível reproduzir a experiência de Paquetá em outras comunidades do município do Rio de Janeiro. A autora aponta que para o gestor central do PSF – Coordenação da Saúde das Comunidades da Superintendência de Saúde Coletiva – o modelo organizado em Paquetá era um modelo caro, o que inviabilizava a sua expansão naquele período e naqueles moldes. Entretanto, o trabalho com a ONG Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), a qual esteve no processo de implantação de outras experiências no campo da saúde comunitária e da família, serviu para a implantação de trabalhos posteriores no restante do município.

“No começo em Niterói se começou a fazer um pouco isso onde você tinha um médico que tinha um posto de base e ele ia à comunidade, ele visitava a comunidade, depois se desenvolveu um modelo que tornou esse processo mais caro, que era o médico da família que foi o que nós adotamos...um médico de família, alocado em um posto de enfermagem com agentes comunitários e uma auxiliar de enfermagem, basicamente isso. Então você tinha um grupo de ACS, dependendo 10, 11, 12 ACS, você tinha um médico de família e você tinha uma auxiliar de enfermagem, Enfermeiras às vezes, mas era mais auxiliar de enfermagem.”(Entrevistado 4).

De acordo com dois entrevistados, a segunda experiência com o trabalho na lógica do modelo saúde da família foi na Comunidade da Maré, com a implantação do trabalho dos agentes comunitários de saúde nos Centros Integrados de Educação Pública (CIEP). Um dos entrevistados aponta que no início houve um embate com o conselho de medicina, que não admitia que aquele trabalho fosse realizado sem a presença do médico, dessa forma o médico foi incorporado à equipe.

Nesse mesmo período foi implantado o trabalho dos agentes comunitários de saúde na Comunidade do Vigário Geral que, assim como a experiência do Projeto Maré, não seguia as orientações do Ministério da Saúde para a implantação do PACS. Tanto na Maré como em

Vigário Geral, a administração desses trabalhos foi realizada pelas Associações de Moradores (AS) desses locais, através acordo com a SMS/RJ³⁸.

A fala que segue relata os problemas que surgiram com os acordos realizados com as Associações de Moradores para por em prática essas propostas nas comunidades.

“Primeiro os acordos eram com as ONG, acordamos com a Associação de Moradores. Tentamos expandir os acordos com as associações para Santa Cruz e Paciência, mas não deu certo, pois as Associações de Moradores se mostravam corruptas, mostrou-se dominada pelo tráfico, em alguns lugares as unidades ficavam degradadas” (Entrevistado 1).

Moura (2009) sinaliza ainda duas experiências pensadas especialmente para a realidade da Zona Oeste da cidade, no que diz respeito à alocação de profissionais para as unidades básicas dessa região. A primeira experiência foi com a cooperativização das unidades básicas de saúde da Zona Oeste que permitia um pagamento diferenciado para os profissionais de nível superior que cumprissem uma carga horária semanal de 24 horas. Essa proposta foi pensada como saída para superar a grande defasagem de profissionais estatutários nessas unidades.

A outra experiência, que fazia contraposição à descrita no parágrafo anterior, era o Projeto 40 horas no Posto de Saúde Dr. Alvimar de Carvalho. Esse projeto tinha como modelo a proposta lançada no Hospital Salgado Filho e como objetivo incentivar a fixação dos profissionais estatutários nas unidades básicas através de uma gratificação pelo cumprimento de 40 horas semanais.

“[...] o concurso público nunca supriu nenhuma especialidade, enfermeira ou auxiliar de enfermagem nunca em favela dominada por traficante e tinha que terceirizar para poder na terceirização alocar o pessoal daquela própria área

³⁸ De acordo com Cazelli (2003), as experiências do Projeto Maré e Vigário Geral não foram inseridos no organograma e fluxograma da SMS e ficaram sob a responsabilidade da CAP 3.1.

porque o pessoal de fora não queria ir, então já começou a ter problema com o concurso público em função da presença do traficante” (Entrevistado 4).

O período de 1993 a 1997 (governo do Prefeito Cesar Maia) pode ser caracterizado por um momento de organização interna da Secretaria Municipal de Saúde atrelada à reestruturação do sistema municipal, cuja discussão acerca da implantação do SUS continua no centro do debate, mas com especial atenção para o processo de descentralização da gestão e municipalização dos serviços. Esse processo, como mencionado, foi extremamente conflitivo e difícil para o município do Rio de Janeiro.

O contexto de recuperação de uma crise, o processo de reordenamento e reestruturação interna da SMS, a difícil relação entre os entes governamentais e as dificuldades do processo de municipalização, eram desafios colocados para a gestão municipal, que concentrou os seus esforços para enfrentá-los.

Somado a esses também devem ser considerados como obstáculos para maiores investimentos na atenção básica: a defesa de um modelo de atenção à saúde voltada para o cuidado hospitalar, com altos investimentos nesse nível de atenção em detrimento da atenção básica; problemas de alocação de profissionais nas unidades básicas de saúde em decorrência do elevado índice de violência nos territórios nos quais essas unidades estavam instaladas e as relações insustentáveis com organismos civis para a implantação de equipes de saúde da família nos territórios.

De acordo com o conteúdo do relatório da IV Conferência Municipal de Saúde a discussão sobre o processo de municipalização das unidades federais se constituía em uma das principais discussões naquele momento. No âmbito da atenção básica a discussão girava em torno da necessidade de articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis de atenção, organização do atendimento prestado pelos Centros Municipais de Saúde, Posto de Atendimento Médico (PAM) e implantação do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro em articulação com agentes comunitários de saúde e atenção básica (SMS, 1997).

Na V Conferência Municipal de Saúde a discussão sobre o processo de municipalização continuou a ser o foco principal do encontro. No âmbito da atenção básica é levantada a proposta de construção de consultórios simplificados nas comunidades do RJ com

mais de 2500 famílias garantindo atendimento primário de modo a ajudar a diminuição das filas nos grandes hospitais (SMS, 1999).

Nesse contexto, à atenção básica não ocupava centralidade nos debates do setor. O PSF e o PACS nesse período são implantados de forma experimental, pontual e voltados para as populações em situação de risco. O momento político e econômico do município “apagava” a discussão acerca da atenção básica, enquanto no país esta ganhava espaço nas agendas políticas.

Nas eleições de 1996, sem possibilidades de concorrer à reeleição³⁹, visto que esta ainda não havia sido instituída, Cesar Maia indica o Secretário de Urbanismo, Luiz Paulo Conde, para prefeito da cidade. Cesar Maia e Luiz Paulo Conde faziam parte do mesmo partido político, na época o Partido da Frente Liberal (PFL)⁴⁰. A campanha desse candidato estava pautada na continuidade de uma política voltada para o estabelecimento da ordem urbana (SOUSA, 2012). Conde foi eleito e Ronaldo Luiz Gazolla permaneceu como Secretário Municipal de Saúde durante todo o seu mandato.

Nesse processo Cesar Maia se preparou para disputar as eleições para governadores do estado do Rio de Janeiro que ocorreriam em 1998. Nessas eleições, Cesar Maia (PFL) foi derrotado por Antony Garotinho representante do Partido Democrático Trabalhista (PDT). De 1995 a 1999 o estado do Rio de Janeiro foi governado por Marcelo Alencar, que representava o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

A conformação político partidária representou, em diversos momentos, impasses para as negociações e articulações políticas entre município e estado do Rio de Janeiro. Nesse contexto, a cidade do Rio de Janeiro caminhava com o processo de municipalização na condição de gestão incipiente e se preparava para avançar na condição de gestão semiplena, que lhe daria mais autonomia administrativa e financeira para gerir o sistema de saúde.

De acordo com Sousa (2012) o processo para habilitação na gestão semiplena também foi muito conflituoso, pois além das incertezas com relação aos repasses financeiros e corresponsabilização do gestor federal nesse processo, as divergências político partidárias, entre estado e município, também se constituíam em um problema a ser enfrentado. Nesse

³⁹ As reeleições para Presidentes Governadores Estaduais e do Distrito federal e Prefeitos somente é institucionalizada em 1997 com a Emenda Constitucional nº 16.

⁴⁰ Partidos dos quais Luiz Paulo Conde fez parte: PFL (1995-2002); PSB (2002-2003) e PMDB (2003-presente).

contexto, o processo de habilitação na condição de gestão semiplena foi adiado, ao mesmo tempo em que era implantada a NOB 96 com novas propostas para a participação do município na gestão do sistema municipal.

Segundo a mesma autora as divergências entre estado e município favoreceram as negociações diretas entre gestor municipal e federal. Após intensas discussões nas reuniões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), com discordâncias e tentativas de negociações entre estado e município, em 1998 a cidade do Rio de Janeiro assumiu a condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), em negociação direta com o gestor federal.

Em dezembro do mesmo ano, ainda com discordâncias e intensos debates entre município e estado, era negociada a assunção da Gestão Plena Municipal de Saúde (GPMS) pelo município do Rio de Janeiro. O processo de assunção dessa modalidade de gestão foi permeado por intensas disputas políticas entre os entes governamentais. A gestão estadual alegava que o município não cumpria as exigências para assumir a GPMS na qual atenções básicas, especializadas e hospitalares passariam a ser de responsabilidade gerencial da Secretaria Municipal de Saúde.

Em um contexto de conflitos políticos e discordâncias partidárias a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, no seu último ato e antes da entrada no novo secretário de saúde (Antony Garotinho que havia feito a promessa, em campanha eleitoral, de assinar a habilitação do município do Rio de Janeiro na GPMS) assinou a habilitação do município nessa modalidade de gestão. Ronaldo Luiz Gazolla em concordância com esse ato passa a executar as ações pertinentes à essa modalidade a partir do ano seguinte, 1999.

Com a nova habilitação do município, outras unidades federais foram repassadas entre o ano de 1999 e 2000: Hospital da Piedade, Hospital Cardoso Fontes, Hospital do Andaraí, Hospital da Lagoa, Hospital de Ipanema, Hospital Raphael de Paula Souza, Hospital Psiquiátrico Pedro II e Hospital Psiquiátrico Philipe Pinel. Segue quadro com as unidades municipalizadas no período de 1995 a 2000. Segue o quadro 4 com todas as unidades municipalizadas de 1995 a 2000.

Quadro 4 - Unidades municipalizadas de 1995 a 2000 de acordo com o Relatório de Inspeção Ordinária/Unidades de saúde do Tribunal de Contas Municipal do Rio de Janeiro

Ano da municipalização	Unidades Municipalizadas
1995	<p>-15 PAM e 4 Maternidades: PAM: de Botafogo, da Treze de Maio, da Henrique Valadares, da Praça da Bandeira, do Meier, de Del Castilho, de Ramos, da Penha, de Irajá, de Madureira, de Bangu, de Deodoro, de Jacarepaguá, de Campo Grande e da Ilha do Governador. Maternidades: da Praça XV, Carmela Dutra, Alexander Fleming e Leila Diniz.</p>
1996	<p>-1 Hospital Psiquiátrico Federal Colônia Juliano Moreira</p>
1999	<p>- 2 Unidades de Saúde Federais Hospital de Jacarepaguá (Cardoso Fontes) e Hospital da Piedade.</p>
2000	<p>- 6 Unidades de Saúde Federais Hospital do Andaraí; Hospital de Ipanema; Hospital da Lagoa; Instituto Psiquiátrico Philippe Pinel; Centro Psiquiátrico Pedro II e Hospital Raphael de Paula e Souza.</p>

Fonte: Relatório de Inspeção Ordinária/Unidades de Saúde. TCMRJ Secretaria de controle externo, 2001.

Com o processo de municipalização o município do Rio de Janeiro havia aumentado consideravelmente a sua rede de serviços e conseqüentemente, suas responsabilidades político-administrativas e financeiras com o sistema de saúde municipal. No final de 1999 a SMS/RJ já tinha aumentado consideravelmente sua capacidade instalada e enfrentava sérios problemas com os repasses financeiros que deveriam ser feitos pelo Ministério da Saúde⁴¹.

No que diz respeito à atenção básica e de acordo com o relato da maioria dos entrevistados, foi apontado que nos anos 1990 esse nível de atenção não era de fato uma prioridade na agenda governamental do município do Rio de Janeiro contrapondo a agenda governamental no âmbito federal que garante espaço na sua agenda para discussões e investimentos nesse nível de atenção. A década é denominada por alguns como “*uma década da reestruturação*” da rede de serviços no município.

“A década de 90 foi a “*década de reestruturação*”, da criação da rede de serviços de saúde, da discussão sobre a regulação. Desde essa época se discutia a questão da regulação de leitos, pois os hospitais federais e os estaduais não colocavam seus leitos na regulação, problema que temos até hoje no município” (Entrevistado 3).

Na gestão do Ronaldo Gazolla, observaram-se baixos investimentos na implantação das equipes de saúde da família, o que para maioria dos entrevistados tinha uma forte vinculação com o momento político do setor saúde no município do RJ, pois o processo de municipalização ocupava a centralidade do debate e consumia os maiores esforços e investimentos da SMS.

Ao final da gestão de Ronaldo Gazolla, o arranjo da atenção básica estava composto pelos Centros Municipais de Saúde, pelos Postos de Saúde e pelos Postos de Atendimento

⁴¹ De 1995 a 1999 foram municipalizadas as seguintes unidades: 15 PAM, 4 maternidades federais, Hospital da Piedade, Hospital de Jacarepaguá, Hospital do Andaraí, Hospital da Lagoa, Hospital de Ipanema, Hospital Rafael de Paula Sousa, Hospital Psiquiátrico Pinel, Centro Psiquiátrico Pedro II e Colônia Juliano Moreira (SOUSA, 2012)

Médico. Tal modelo de atenção básica se estruturou no decorrer de várias décadas, com um modo de atuar instituído e com uma história de formação que lhe dava raízes e certa legitimação social. Esse modelo enfrentou na década de 1990 a discussão sobre o caráter substitutivo do Programa Saúde da Família, que seria nacionalmente induzido como uma estratégia para a reestruturação do modelo de atenção no SUS.

Nesse contexto se apresentaram resistências à adoção do PACS e do PSF na cidade do Rio de Janeiro, em dois âmbitos principais. O primeiro é o da gestão, visto que a Secretaria Municipal da Saúde que já estava organizada para gerir CMS, PAM e PS, unidades que da sua forma ofertavam serviços de atenção básica à população. O segundo concerne ao ponto de vista dos próprios profissionais de saúde dessas unidades, que em determinados momentos disputavam espaço físico com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde. Segue a fala de um dos entrevistados que aponta essa resistência.

“Lá atrás a gente pensava na PSF como uma proposta para a ampliação de cobertura. Então para locais onde tivesse menos assistência. Quando fosse introduzida a equipe deveria ser nas áreas mais carentes, nas áreas mais vulneráveis, é óbvio. Então seria na Cidade de Deus que até hoje não entrou, seria na Zona oeste que tinha poucas unidades de saúde. Algumas tentativas foram de transformação do modelo na Zona Oeste que tinha as UACPS que já tinha uma redinha então, tentava-se mudar essa lógica, mas com resistência dos profissionais, até hoje tem! Acho que tinha resistência em todos os níveis. Não tinha uma hegemonia com relação ao PSF. Tinha um grupo que queria e um grupo que não queria.” (Entrevistado 3).

“Hoje em qualquer espaço que você vá tem lugar para o Saúde da Família. Para você ver que uma posição política forte influencia. Os diretores dos centros de saúde falavam não tem lugar para colocar o Saúde da Família aqui. Aí tinha que alugar um lugar fora. Então era difícil, pois foi muito contra-hegemônico.” (Entrevistado 4).

Essa situação pode explicar em parte a forma pontual e experimental da implantação das equipes de saúde da família na década de 1990 no município do Rio de Janeiro. As tensões colocadas para a transformação do modelo de atenção eram reais e esse entendimento nos dá

subsídios para adentramos em uma discussão mais aprofundada dos rumos da atenção básica nesse período. É necessário considerar o modelo de atenção em saúde historicamente adotado, tanto no que se refere à centralidade do cuidado hospitalar, como no que concerne à existência prévia de um dado modelo de atenção básica. Esses dois elementos explicam em parte as resistências de diversos atores municipais às orientações da política nacional, que apresentava o PSF como um modelo substitutivo para a atenção básica.

Sobre o processo de implantação das equipes de PACS e de PSF, Cazelli (2003) através do seu estudo sinaliza pontos importantes desse processo no município. Segundo a mesma autora, a partir de 1999 a SMS decide aumentar a cobertura assistencial através do PACS e do PSF de modo a reorientar o modelo tradicional ambulatorial, orientação vinda do nível federal. Para tal foi criado o Núcleo de Saúde da Comunidade (NSC) ligado à Superintendência de Saúde Coletiva e que tinha como função operacionalizar essa nova forma de organização.

O PSF e o PACS exigiam matrizes diferentes das que vinham sendo utilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, nesse sentido foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade que favoreceu, conjugada a vontade política e os incentivos para a implantação dessa proposta, a institucionalização desses programas no âmbito da secretaria.

É importante apontar que nesse momento havia, na esfera federal, importantes incentivos financeiros voltados para a atenção básica. A implantação da NOB 96, por exemplo, proporcionou a partir de 1998, em nível nacional, uma expansão real do PSF e do PACS. Tal expansão esteve diretamente relacionada ao quesito financiamento, que passou a contar com o Piso de Atenção Básica (PAB), com os componentes fixo e variável.

O reconhecimento, por parte do governo federal, do Programa Saúde da Família como uma estratégia tanto para a mudança das práticas de saúde quanto para organização do sistema de saúde também contribuiu para o aumento dos recursos destinados à atenção básica.

A existência de incentivos financeiros específicos para a Estratégia Saúde da Família influenciou muitas gestões municipais a implantar a ESF, principalmente naqueles municípios de pequeno e médio porte.

Já o município do Rio de Janeiro pela sua trajetória histórica no campo da saúde, por ser um município de grande porte, pela sua independência financeira e momento político que estava vivendo, nos anos de 1990, não priorizou a organização da atenção básica e não aderiu

de forma expressiva às estratégias induzidas nacionalmente. Como visto, essa dinâmica está relacionada com a trajetória histórica da atenção básica no município, o que rendia resistência e tensões no processo de transformação do modelo de atenção.

É importante considerar também que, dos aspectos supracitados, a compreensão conceitual e prática do que deveria ser a atenção básica é um fator importante para compreendermos as escolhas realizadas pelos gestores municipais. De acordo com dois entrevistados, o fato de o secretário de saúde⁴² ter a sua formação voltada para o cuidado hospitalar e ter importante apoio do prefeito para investimentos nessa área teria favorecido maiores investimentos na área hospitalar quando comparado aos investimentos na atenção básica. Essa discussão será explorada mais a frente.

Além disso, o funcionamento dos programas de saúde no âmbito da atenção básica, principalmente, se constituía em um modo organização que do ponto de vista da gestão respondia a um modo de produzir saúde que fora adotado naquele período.

De acordo com Cazelli (2003), no ano de 2000 somente três comunidades receberam equipes do Programa Saúde da Família – Antares, Parque João Goulart e Mandela de Pedra. No mesmo ano, nove comunidades receberam equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde - Complexo da Mangueira, Complexo de São Carlos, Complexo do Turano, Tijuquinha, Vila Vintém, D. Jaime Câmara, Parque João Wesley, Esperança e Woodrow Pimentel. Também em 2001, o número de equipes do PACS implantadas (seis) foi superior ao número de equipes do PSF (apenas duas) (Quadro 5).

⁴² Ronaldo Luiz Gazolla foi Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro durante toda a década de 1990. Gazolla era médico, cirurgião geral, com importante atuação no Hospital Municipal Miguel Couto.

Quadro 5 - Implantação das equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde de 1995 a 2000, no município do Rio de Janeiro

Localidade	Ano	Bairro	Programa	Área Programática
Ilha de Paquetá	1995	Ilha de Paquetá	PSF	
Comunidade do Borel	1999	Tijuca/Zona Norte	PSF	2.2
Comunidade do Canal do Anil	1999	Jacarepaguá/Zona Oeste	PSF	4.0
Comunidade do Royal	1999	Ilha do Governador/Zona Norte	PSF	3.1
Vila Canoas	1999	São Conrado/Zona Sul	PSF	2.1
Vilar Carioca	1999	Campo Grande/Zona Oeste	PSF	5.2
Comunidade Antares	2000	Santa Cruz/Zona Oeste	PSF	5.3
Parque João Goulart e Mandela de Pedra	2000	Manguinhos/Zona Norte	PSF	3.1
Curicica	2000	Jacarepaguá/Zona Oeste	PSF	4.0
Complexo da Mangueira	2000	Mangueira/Centro	PACS	1.0
Complexo de São Carlos	2000	Estácio/Catumbi/Rio Comprido/Centro	PACS	1.0
Complexo do Turano	2000	Tijuca/Zona Norte	PACS	2.2
Tijuquinha	2000	Alto da Boa Vista/Zona Norte	PACS	2.2
Vila Vintém	2000	Padre Miguel/Zona Oeste	PACS	5.1
D. Jaime Câmara	2000	Realengo/Zona Norte	PACS	5.1
Parque João Wesley	2000	Campo Grande/Zona Oeste	PACS	5.2
Esperança	2000	Campo Grande/Zona Oeste	PACS	
Woodrow Pimentel	2000	Campo Grande/Zona Norte	PACS	5.2
PSF Portus (subsidiado pelo programa Médicos Sem Fronteira)	2001	Costa Barros/Zona Norte	PSF	3.3
Caricó	2001	Penha/Zona Norte	PACS	3.1
Colégio	2001	Vila São Jorge	PACS	3.3
Costa Barros	2001	Fazenda Botafogo/Zona Norte	PACS	3.3
Mangaratiba	2001	Mangaratiba/Zona Oeste	PACS	5.3
Acrescentado mais 2 equipes de saúde da família para o Vilar Carioca	2001/2002	Campo Grande/Zona Oeste	PSF	5.2
PSF Lapa (Parceria com a Universidade Estácio de Sá)	2001	Lapa/Centro	PSF	1.0

Fonte: Produzida pela autora a partir de Cazelli (2003).

Segundo a mesma autora, a escolha dos primeiros locais para a implantação das equipes desses do PSF e do PACS esteve relacionada com a existência de algum trabalho em saúde comunitária, estrutura física e facilidade de acesso. As primeiras experiências de inversão de modelo ocorreram na Zona Oeste. Posteriormente os critérios de escolha seguiam a seguinte lógica:

Demanda de serviços de saúde comunitários pelas organizações comunitárias; demanda dos Conselhos Distritais, orçamento cidadão, do programa “Favela Bairro”; facilidade de implantação e acesso da comunidade; vazios assistenciais – estratégias de ampliação de cobertura; critério de Risco, com seleção de áreas de extrema carência e presença de um IDH-M baixo; facilidade para identificar prioridades e estabelecer estratégias apropriadas (Cazelli, 2003:73).

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS, 2014), até dezembro de 2000 o município do Rio de Janeiro possuía 22 equipes de saúde da família, o que representava uma cobertura populacional de 1,36%, distribuída em 10 localidades da cidade.

No que diz respeito ao PACS, a mesma fonte indica que até dezembro de 2000 o município do Rio de Janeiro possuía 294 Agentes Comunitários de Saúde, que cobriam 3,02% da população do município.

Diante do exposto, o momento que vai de 1997 a 2001 pode ser caracterizado pela franca municipalização dos hospitais federais, pela absorção de novas responsabilidades da gestão municipal com o sistema de saúde, por conflitos políticos importantes entre gestor estadual e municipal, por dificuldade de gerenciamento das novas unidades de saúde absorvidas no processo de municipalização e por resistências a na adoção de um novo modelo de atenção em saúde, pautado numa atenção básica orientada pela ESF.

Cabe destacar os problemas relacionados à formação e reposição de recursos humanos na área da saúde, especialmente para a atenção básica. A baixa quantidade de profissionais formados nessa área e a ausência de concurso público para esse nível de atenção também se constituíram em desafios colocados para a atenção básica do município do Rio de Janeiro. Outro

desafio mencionado foi a questão da violência nos territórios, que impediriam a lotação e fixação de profissionais, principalmente do profissional médico.

No final do seu mandato Luiz Paulo Conde rompeu politicamente com Cesar Maia, uma vez que ambos optaram por disputar as eleições municipais em 2000. Nessas eleições, a cidade do Rio de Janeiro contou com quatorze candidatos a Prefeito⁴³ no primeiro turno. O segundo turno foi disputado por Luiz Paulo Conde e Cesar Maia. O último venceu as eleições com 51% dos votos e em janeiro de 2001 iniciou o seu segundo mandato como Prefeito.

⁴³ Cesar Maia, Luiz Paulo Conde, Ronaldo Cezar Coelho, Benedita da Silva, Leonel Brizola, Gilberto Ramos, Alfredo Sirkis, Domingos Brazão, Alexandre Cardoso, Cyro Garcia, Alexandre Cobbett, Oswaldo Souza e Paulo Sérgio Pinho.

Capítulo IV - A atenção básica no município do Rio de Janeiro nos anos 2000

Neste capítulo daremos continuidade à discussão acerca dos rumos da atenção básica no município do Rio de Janeiro no período que vai de 2001 a 2008. Esse período corresponde ao segundo e ao terceiro mandatos do prefeito Cesar Maia, nos quais a saúde esteve sob gestão de três diferentes secretários municipais: Sergio Arouca, Ronaldo Cezar Coelho e Jacob Kligerman (Quadro 6).

Quadro 6 - Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde do período de 2001 a 2008

ANO	PREFEITO	SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE
2001-2005	Cesar Maia	Antonio Sergio Arouca*
		Ronaldo Cesar Coelho
2005-2008	Cesar Maia	Jacob Kligerman

*Sergio Arouca permaneceu como Secretário Municipal de Saúde por aproximadamente 6 meses, sendo substituído por Ronaldo Cezar Coelho.

Assim como no capítulo anterior será feita a tentativa de apontar os elementos políticos institucionais que repercutiram na organização do sistema de saúde, com ênfase na atenção básica, na gestão de cada um desses secretários de saúde.

O contexto mais geral desse período pode ser caracterizado pela intensificação dos desafios e dificuldades advindos do processo de municipalização. De acordo com Alves e Machado (2008), frente às dificuldades provenientes da municipalização das unidades federais, foram previstos aumentos nos tetos financeiros para a cidade do RJ.

De acordo com as mesmas autoras o Ministério da Saúde previa com essa medida apoiar o município na reposição da força de trabalho de cinco hospitais municipalizados, visto as grandes dificuldades com a reposição e manutenção de recursos humanos que o Rio de Janeiro enfrentava. Como estratégias de apoio aos municípios o Ministério da Saúde atuou mediante: financiamento da bolsa de residência nos hospitais municipalizados; pagamento dos

servidores; investimento em obras, equipamentos e áreas prioritárias, como por meio do QualiSUS⁴⁴, e o Programa de Extensão da Saúde da Família.

Ainda em decorrência das dificuldades do processo de municipalização, vale mencionar a realização de uma intervenção federal no município em 2005 – que será retomada adiante – que culminou na refederalização de hospitais municipalizados, com investimentos posteriores em obras, tecnologia, aquisição de insumos, e contratação de recursos humanos.

No âmbito da SMS, no que diz respeito aos investimentos na atenção básica, de 2001 a 2008, foram identificados três momentos diferentes.

Um primeiro momento é representado pela gestão do secretário de saúde Sergio Arouca que foi iniciada em janeiro de 2001 e perdurou por aproximadamente cinco meses, quando se destaca a elaboração de proposta de **expansão massiva** das equipes de saúde da família em áreas prioritárias no município do Rio de Janeiro, que no entanto não foi concretizada.

O segundo momento, que se inicia com a saída de Sergio Arouca em 2001 e vai até meados de 2006, sob gestão do secretário de saúde Ronaldo Cesar Coelho, é caracterizado por uma **expansão focalizada** das equipes de saúde da família.

O terceiro momento, de meados de 2006 (gestão de Ronaldo Cesar Coelho) até dezembro de 2008 (gestão do secretário Jacob Kligerman), se configura como um **momento de tímida implantação** de equipes de saúde da família e investimentos na atenção básica. Esse período é marcado por pressões para a reorganização do sistema municipal de saúde, após a ocorrência da intervenção federal no município em 2005 que evidenciou fragilidades na atenção à saúde e exigia resposta do governo municipal.

Em âmbito nacional esse terceiro momento se insere em um contexto de indução do Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família para os grandes centros urbanos (PROESF).

⁴⁴ Política de Qualificação da Atenção da Saúde do Sistema Único de Saúde, lançada em 2004 com o objetivo de elevar o nível da qualidade da assistência prestada à população no SUS.

A gestão de Sergio Arouca e a atenção básica: a ousadia interrompida

Sergio Arouca, médico sanitарista, com representatividade política e importante trajetória na Saúde Pública brasileira, permaneceu no cargo de secretário de saúde por aproximadamente cinco meses.

A nomeação de Sergio Arouca para a SMS foi precedida por intensas disputas políticas. De acordo com dois entrevistados, o prefeito da época não tinha intenção de nomeá-lo para a assunção do cargo de secretário de saúde. Isso só ocorreu devido às pressões externas, principalmente as advindas do Partido Popular Socialista (PPS), partido no qual militava Sergio Arouca. O PPS indicou esse membro do partido para representá-lo na atual gestão da Prefeitura por identificar a SMS como instância estratégica para Sergio Arouca pôr em prática o projeto político para a saúde, formulado por alguns dos membros desse partido⁴⁵.

A gestão Arouca buscou alterar os rumos da gestão anterior, que esteve à frente da SMS por, aproximadamente, dez anos. Apontavam-se como características negativas da gestão anterior: prioridade conferida à área hospitalar e a determinados programas de saúde pública; terceirizações de recursos humanos para o enfrentamento de dificuldades em alocar profissionais em determinadas áreas e unidades de saúde da cidade e para a substituição dos funcionários federais aposentados; limitado interesse na transformação do modelo de atenção básica, com baixos investimentos nessa área e por fim, relativa centralização decisória, com baixa autonomia das Coordenações de Área Programática – CAP.

Por outro lado, vale ressaltar que o secretário de saúde anterior, Ronaldo Gazolla, teve uma atuação importante na gestão municipal, que foi fortalecida pela sua história dentro do município. Apesar de sua gestão não ser tão identificada com as propostas advindas da Reforma Sanitária, na longa gestão desse secretário bases institucionais importantes se conformaram no interior da SMS, inclusive favorecendo a continuidade de algumas políticas relevantes para a

⁴⁵ Um dos entrevistados relatou que inicialmente o prefeito Cesar Maia ofereceu a gestão da Secretaria de Cultura para o PPS, visto que esse partido elaborou um bom trabalho na área da cultura na época da campanha eleitoral. Membros do PPS, na época, não aceitaram a proposição, pois reivindicavam a Secretaria municipal de Saúde. Outro entrevistado citou que o prefeito havia convidado um membro do PPS, da linha mais clientelista, para assumir uma das secretarias. Alguns membros do partido descontentes com esse processo teriam defendido o nome de Sergio Arouca para representar o PPS na gestão da Prefeitura na SMS. Para fins deste trabalho, importa reconhecer que a entrada de Sergio Arouca envolveu disputas políticas com importante simbologia na história da saúde do município do Rio de Janeiro.

saúde pública (como a de imunizações e criação das Áreas de Planejamento em Saúde e suas coordenações).

Nos anos 90, em que pesem variações no tempo, segundo entrevistados, em geral teria havido maior sintonia entre Secretário de Saúde e Prefeito na gestão da saúde do município, além da vivacidade da descentralização ocorrida nesse período e o peso da municipalização dos hospitais nesse processo, dinâmica que teria favorecido a atuação de Ronaldo Gazolla e a sua legitimidade dentro do setor.

Também havia resistências, no interior da Secretaria Municipal de Saúde, à chegada do Sergio Arouca, em face das institucionalidades que se conformaram nos anos anteriores. O discurso de alguns dos entrevistados sugere que o clima era de desconforto, desconfiança e de receio de perda de espaço, especialmente por parte de funcionários que ocupavam cargos técnico-políticos intermediários, apesar de reconhecerem a importância, o prestígio e o potencial do novo secretário.

Esse era o contexto político institucional a ser enfrentado pelo novo secretário de saúde que tinha na sua formação e atuação as ideias da Reforma Sanitária, com a proposta da transformação do modelo de atenção muito forte no discurso político, além do desejo de promover mudanças no que tinha se pensado até aquele momento para o sistema municipal de saúde.

Aqui, abre-se um parêntese a respeito da atuação de Ronaldo Gazolla. Vale salientar as importantes contribuições desse secretário para a cidade do Rio de Janeiro, embora as mesmas já se mostrassem insuficientes para responder aos problemas de saúde do município que exigiam ações em saúde para além do cuidado hospitalar e dos programas tradicionais do Ministério da Saúde.

“[...] desde o início ocorreram muitos conflitos exatamente porque o Arouca entrou para questionar todo o modelo que existia antes, não a qualidade do trabalho do Gazolla, porque foi perfeita, mas o foco tinha que mudar radicalmente na nossa visão. Isso na nossa visão. O foco não podia ser o hospital, nem o pronto-socorro nem o Miguel Couto, o foco tinha que ser uma rede com um forte olhar sobre a determinação social, da saúde, da intersetorialidade e do PSF” (Entrevistado 5).

Arouca tomou posse do cargo de Secretário Municipal de Saúde no Conselho Municipal de Saúde, o que, segundo um dos entrevistados, representou um ato inovador e subversivo, além de simbolizar o compromisso desse secretário com a participação popular.

Na posse, Sergio Arouca apresentou José Gomes Temporão, como Subsecretário de Saúde, e Lucia Souto como subsecretária da nova instância que seria criada naquela gestão - Subsecretaria de Cidadania e Qualidade de Vida - responsável pelos Programas Saúde da Família, Violência não/Segurança Participativa e Cidade Saudável.

De acordo com a maioria dos entrevistados, a principal proposta dessa gestão envolveu a discussão acerca da necessidade de transformar o modelo de atenção em saúde que estava posto, centrado no hospital, tanto do ponto de vista dos investimentos alocados quanto do ponto de vista da produção de saúde.

Arouca defendia a tese de que para a superação do modelo de atenção vigente era necessária a compreensão da atenção básica como nível assistencial estratégico dentro de uma rede articulada; estratégico tanto no que se refere às possibilidades de aumento no acesso aos serviços de saúde, como nas mudanças de práticas e na oferta de um cuidado integral e construído a partir das necessidades da população.

É nesse contexto que nasce a proposta de **expansão massiva** das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro, proposta esta que, apesar de não ter sido executado, marcou a trajetória da atenção básica do município.

Um dos projetos defendidos por alguns dos membros da equipe da gestão de Sergio Arouca foi o projeto “A implantação da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades”⁴⁶ como proposta para a transformação do modelo de saúde que estava posto.

O objetivo desse projeto era “*Implantar a Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, com cobertura total nas comunidades de alto risco social (favelas, loteamentos irregulares e conjuntos habitacionais de baixa renda) e cobertura de mais de 60% nas populações urbanas desassistidas atualmente, reorganizando o Sistema Único de Saúde*”

⁴⁶ Projeto cedido por um dos entrevistados.

(SMS, 2001, p. 21). O mesmo seria executado por meio da implantação de 610 equipes de saúde da família.

“Aí ele entra com essa proposta de fazer a reorientação do modelo de atenção para a qual era necessário fazer em escala a implantação da ESF no município. Optou-se pela ESF porque se considerava que era uma mudança radical do modelo, pois rompia com a saúde compartimentalizada, com o processo de trabalho fragmentado e na linha de produção, com o modelo biomédico e radicalizava na amplitude da cobertura, pois a gente tinha muita consciência que sem escala não haveria mudança no modelo de atenção.” (Entrevistado 8).

Observa-se que nesse projeto ainda que fosse defendida uma proposta de expansão massiva das equipes de saúde da família pelo município, havia a preocupação com a parcela da população social e economicamente mais vulnerável. De acordo com o projeto, o maior número de equipes seriam implantadas na Zona Oeste (AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3), área que apresentava altos índices de morbimortalidade e baixa concentração de serviços de saúde. Na figura 3 é sinalizada a quantidade de equipes que seriam implantadas em cada Área de Planejamento.

Figura 3 - Distribuição das equipes de saúde da família por Área de Planejamento segundo o projeto "A implantação da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades, 2001"

AP 1 18 equipes	AP 2.1 46 equipes	AP 2.2 14 equipes	AP 3.1 140 equipes
AP 3.2 26 equipes	AP 3.3 49 equipes	AP 4 81 equipes	AP 5.1 100 equipes
	AP 5.2 60 equipes	AP 5.3 76 equipes	

Fonte: produzido pela própria autora a partir dos dados do projeto "A implantação da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades" (SMS, 2001)

O referido projeto apontava a necessidade de ações em saúde baseadas nos condicionantes sociais e nos princípios da integralidade, universalidade e participação social como essenciais para o enfrentamento da complexidade do novo perfil epidemiológico, também produto das desigualdades sociais.

Naquele momento, as dificuldades para a implantação da ESF nos grandes centros urbanos já se conformavam em um grande desafio que levantou, inclusive, questionamentos importantes acerca da viabilidade dessa estratégia nas cidades de grande porte.

O projeto definia a Estratégia Saúde da Família como uma possibilidade de oferecer um cuidado integral, com práticas diferenciadas; melhorias no acesso aos serviços de saúde; trabalho intersetorial para o enfrentamento da violência e da desigualdade social; inclusão social e pluralidade dos conceitos.

De acordo com um dos entrevistados, após sete anos de implantação do Programa Saúde da Família, o diagnóstico que se tinha era de uma implantação lenta e concentrada nas pequenas e médias cidades do país. Diante desse contexto e com a proposta de expansão das

610 equipes pelo município do Rio de Janeiro, Sergio Arouca organizou uma reunião com os secretários de saúde das capitais do país para a discussão acerca da ESF nos grandes centros urbanos.

“No início da gestão fomos ao Barjas Negri para apresentar o projeto das 600 equipes de saúde da família. Todo georeferenciado. Todo organizado para pedir mais financiamento para as grandes cidades, pois com aquele financiamento não era possível a adesão nas grandes cidades. Inauguramos uma conversa que se desdobrou em uma reunião que Arouca fez com os secretários das capitais. Não faltou nenhum. Todos os secretários vieram. Essa reunião aconteceu no Hotel Glória e foi com todos os secretários de capital, o que gerou um documento chamado **Carta do Rio**. O encontro foi uma estratégia importante porque duas capitais do Brasil estavam com secretários que eram sanitaristas, Sergio Arouca, aqui no Rio de Janeiro e Eduardo Jorge, em São Paulo. Os dois tinham proposto uma ampliação em escala, sem nem combinar um com o outro, mas é claro, eram sanitaristas.” (entrevistado 8)(Grifo nosso).

O rompimento com a fragmentação das ações de saúde e dos programas oferecidos pelo setor público, através do avanço de ações intersetoriais juntos aos órgãos públicos, colegiados existentes e distritos sanitários era a base do projeto. Ainda como proposta o projeto fazia o seguinte apontamento:

Dessa forma a Estratégia Saúde da Família deverá ser integrada aos Programas da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro: Favela Bairro, Bairrinho, Saneamento da Zona Oeste e demais programas de governo, de modo que os esforços de intervenção urbana e de mobilização comunitária contemplem ações promotoras de saúde. Será um canal para a implantação de outros programas prioritários como o combate à violência, à proteção ao parto e ao nascimento, o combate ao uso das drogas, os programas de reabilitação de deficientes, os cuidados com os idosos, etc. Deverá estar adaptado às diferenças existentes na cidade, como por exemplo, entre a Rocinha e a Zona Oeste, adaptando equipes e modos de procedimentos; isso significa a integração de outros profissionais, sejam ou não da área da saúde, conforme as necessidades apontadas, por exemplo, professor de educação física em áreas com grande número de

diabéticos ou hipertensos., sociólogos em áreas de grande violência, cuidadores de idosos etc (SMS,2001, p. 4).

Para o enfrentamento do desafio de implantação das equipes de saúde da família nos municípios de grande porte, também era sinalizada a necessidade de alterações na Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2001(NOAS 2001), no quesito financiamento, visto que deveria ser considerada a complexidade dos grandes centros urbanos. Uma questão importante, também colocada como dificuldade enfrentada pela ESF, estava relacionada aos baixos investimentos na atenção básica e à questão da violência nas grandes cidades.

De acordo com esse projeto três eram os critérios de escolha para a implantação das equipes de saúde da família:

1. Áreas de maior risco social: segundo os critérios dos indicadores de Desenvolvimento Humano e Condições de Vida processados pelo PNUD⁴⁷/IPEA⁴⁸/Prefeitura do Rio de Janeiro;
2. Dados Epidemiológicos: segundo os indicadores de saúde publicados pela Secretaria Municipal de Saúde que aponta para as áreas de maior risco sanitário;
3. Organização Social: áreas e zonas territoriais onde exista organização comunitária local e/ou Conselho Distrital. (SMS, 2001, p.21).

Outro aspecto do projeto que chamou atenção foi com relação à contratação de profissionais para as equipes de saúde da família. De acordo com o projeto mencionado, foram levadas em consideração as experiências anteriores com ONG, cooperativas e associação de moradores, experiências mal sucedidas, visto os atrasos nos pagamentos dos profissionais, dificuldades nas prestações de contas e relações trabalhistas conflituosas. Conforme um dos entrevistados:

“O programa Saúde da Família era contratado pelas Associações de Moradores e era uma coisa terrível, uma roubalheira, uma influência do

⁴⁷ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

⁴⁸ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

tráfico, o dinheiro que era repassado não era pago aos agentes, o médico não ficava, o dinheiro sumia.” (Entrevistado 7).

Esses problemas se constituíram em dificuldades para a implantação das equipes de saúde da família desde a gestão anterior. Nesse sentido, Sergio Arouca e sua equipe concluíram que a melhor alternativa para a contratação era através do cargo efetivo mediante três modalidades: recrutamento de profissionais que já atuavam na atenção básica, utilização de bancos de concurso e realização do concurso público (SMS, 2001).

O recrutamento de profissionais que já estão na rede. Propicia, ao mesmo tempo, o redimensionamento dos recursos humanos atualmente existentes, acarretando uma otimização e melhor aproveitamento de nosso “capital intelectual” numa nova proposta de modelo de assistência. As unidades de atenção básica deverão se tornar unidades de saúde da família, reorientando o modelo de atenção. Numa segunda etapa, faremos a busca do banco de concursados, para a contratação imediata, considerando os perfis específicos para a composição das equipes. Temos bancos de médicos, epidemiologistas, enfermeiros e auxiliares, odontólogo e técnicos de higiene dental. Finalmente, numa terceira e última etapa, a realização de concurso público para as vagas ainda não preenchidas pelas modalidades anteriores descritas. (SMS, 2001, p. 23).

A proposta colocado no referido projeto para a contratação de profissionais para a ESF mediante aproveitamento e realocação de profissionais e do concurso público foi de encontro à lógica do governo municipal vigente que, desde a gestão passada, utilizava a contratação por meios das terceirizações como medida para enfrentar o problema relacionado à insuficiência de recursos humanos no sistema de saúde municipal, agravado com o processo de municipalização dos hospitais federais.

Essa foi mais uma disputa que trouxe desgaste para a relação do secretário de saúde com o Prefeito, segundo um dos entrevistados. Tal situação gerava fragilidades no interior da SMS e dificuldades para a implantação de projetos com a finalidade de transformar o modelo de atenção em saúde vigente.

Segue a fala de um dos entrevistados a respeito dos conflitos e das resistências frente à proposta de Sergio Arouca, ressaltando tensões relacionadas à escolha entre alocar pessoal nos hospitais ou na atenção básica:

“O que o Arouca queria? O Arouca queria que eu não suprisse os hospitais de pessoal. Eu baixei um decreto para a realização do concurso público, mas dei a autorização para a contratação direta por eles (Arouca e um dos membros da sua equipe), com a Secretaria de Saúde formalizando o contrato depois, e eles desistiram. Aí o pessoal que entrava não era colocado no hospital, os hospitais passaram a não atender e o hospital querendo ou não é o núcleo. Você chega à emergência e morre gente porque não tem plantonista. Eles falavam ‘vamos colocar gente na atenção básica’. E eu disse para o Arouca que era melhor ele sair, pois eu ia suprir os hospitais de gente e isso não era contraditório, até porque no Saúde da Família tinha o problema da violência que dificultava a alocação de profissionais para as unidades de saúde da família.” (Entrevistado 4)

Como dito, o projeto apresentado anteriormente foi formulado e defendido por um grupo da gestão de Sergio Arouca. No entanto, vale salientar que havia no interior da equipe dessa gestão visões e propostas distintas para a organização da atenção básica do município naquele momento. Um exemplo era a proposta apresentada por Mario Hamilton, outro dirigente municipal da equipe de Sergio Arouca, como ilustra a fala de um dos entrevistados.

“Tinha a visão da Lucia Souto que queria expandir de uma forma muito significativa o PSF que até então... quer dizer a gente percebeu quando a gente chegou que (o PSF) era uma coisa extremamente restrita que estava lá em Paquetá, aquela coisa bem restrita mesmo, como mais um programa...um programinha e a Lúcia não...ela queria expandir de uma forma maciça o SF. Ela queria implantar de uma forma rápida, então isso era o que ela colocava. E o Mário Hamilton não queria fazer dessa forma, ele tinha uma formação mais sólida na área de planejamento, ele queria fazer isso estabelecendo áreas prioritárias no início da implantação que era a Zona Oeste. Então ele focou na Zona Oeste que era a área mais carente, sabidamente a mais carente do município do Rio de Janeiro, era uma área desassistida, então ele queria

começar por lá a implantação do saúde da família e no caso da atenção básica que funcionava no modelo tradicional de programas que já estava dado para o município todo ele queria fazer uma alteração da programação que abrisse as portas das unidades porque o que mais incomodava o Mário Hamilton era aquela coisa das distribuição dos números. O incomodava a “porta fechada” das unidades básicas que ele falava que era um absurdo então isso tinha que mudar.”(Entrevistado 11).

O termo “porta fechada”, mencionado pelo entrevistado, era referente ao modo de funcionamento das unidades básicas sob a lógica dos programas de saúde, os quais limitavam a assistência médica para os usuários do serviço que se enquadravam em alguns dos programas da época, hipertensão, tuberculose, saúde da mulher, entre outros. Para aqueles que necessitavam da assistência em saúde e se encaixavam em nenhum desses programas, restava disputar uma vaga para atendimento médico, o que incomodava alguns membros da gestão, como citado pelo entrevistado.

Naquele período existia a crítica ao modelo da atenção básica calcada na lógica dos programas que, apesar da sua funcionalidade era uma forma de ofertar atenção em saúde que engessava e limitava o acesso de muitos usuários. Essa questão gerou resistências importantes dentro da secretaria municipal de saúde, pois estava colocada a discussão entre grupos mais antigos, provindos da gestão de Ronaldo Gazolla e que trabalhava sob essa lógica, e um grupo mais novo vindo com a gestão de Sergio Arouca, com outros entendimentos e com outras propostas para o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro.

Outra proposição de Sergio Arouca relatada por um dos entrevistados era a autonomia do secretário de saúde para gerir a totalidade dos recursos da saúde e a descentralização administrativa e orçamentária das Coordenações das Áreas Programáticas, o que também ia de encontro à atuação centralizadora da gestão municipal.

A descentralização do poder decisório e financeiro para as coordenações de área estaria vinculada à discussão acerca da transformação do modelo de atenção em saúde, visto que se tratava de uma proposta que tinha no seu bojo a perspectiva da articulação das áreas de planejamento e das suas unidades, assim como a ativa participação das coordenações de área no processo de construção de uma rede de serviços de saúde. Segue a fala de um dos entrevistados que corrobora.

“Tinha uma questão crítica para o Arouca que era ter maior autonomia enquanto secretário para gerir a saúde. Então para ele uma questão crucial era instituir o Fundo Municipal de Saúde como instrumento para dar maior autonomia à gestão, o que não existia de fato [...] Ele tinha uma equipe e queria formular com essa equipe e implementar coisas novas...isso era uma coisa que ele trazia, radicalizar a coisa da descentralização com a coisa da autonomia do secretário de saúde para a gestão do sistema municipal de saúde. Uma outra coisa era a expectativa que ele tinha de promover um processo de descentralização no sentido de desconcentração administrativa da SMS para as coordenações de áreas, era uma coisa que ele queria também.”
(Entrevistado 11)

Diante do exposto, observa-se que as propostas de investimentos na conformação de uma rede articulada com ênfase na Atenção Básica como organizadora do sistema de saúde, da nova forma de contratação de profissionais para a área da saúde, especialmente para a atenção básica, e a descentralização do poder para as Coordenações das Áreas de Planejamento, eram ideias que não dialogavam com a linha política traçada pela Prefeitura do Rio de Janeiro, portanto na contramão da política posta para o município.

Observou-se que as proposições relativas à atenção básica foram valorizadas no âmbito da SMS pela nova equipe gestora, mas não lograram reconhecimento político como estratégicas para o enfrentamento dos problemas no setor saúde do município. Essa dinâmica foi influenciada pelo contexto político municipal, mas também pelo modo de produção de ações e serviços de saúde até então predominante no município.

Após intensos conflitos com o Prefeito, Sérgio Arouca saiu do cargo de Secretário de Saúde e, portanto não conseguiu por em prática as suas propostas. Com a saída desse secretário, ainda em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde foi assumida por Ronaldo Cezar Coelho.

As propostas da gestão de Ronaldo Cezar Coelho para o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro.

O novo secretário municipal de saúde, Ronaldo Cezar Coelho⁴⁹, era administrador de empresas (banqueiro) e Deputado Federal desde 1987. Nos anos seguintes, o secretário acumulou sua nova função com a de deputado, alternando momentos em que ele se licenciava formalmente do mandato legislativo e outros em que ele se afastava temporariamente do cargo municipal para atuar no Congresso, como na votação de projetos relevantes⁵⁰.

Na época, a secretaria municipal passava por sérios problemas orçamentários, consequentes dos novos gastos e das novas responsabilidades provenientes do processo de transferência das unidades federais de saúde para à gestão municipal. Nesse contexto e de acordo com um dos entrevistados, a experiência de Ronaldo C. Coelho no campo da administração contribuiu para que o mesmo fosse nomeado secretário municipal de saúde.

De forma geral, o novo secretário deu seguimento à linha política do Prefeito, diferentemente do secretário anterior, que havia proposto modificações substanciais para o modelo de atenção em saúde adotado até então pelo município.

Na gestão de Ronaldo Cezar Coelho, Mauro Célio de Almeida Marzochi, médico, professor e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, com importante atuação no campo da Saúde Pública foi convidado a assumir o cargo de subsecretário de saúde.

Um dado importante a respeito da trajetória desse subsecretário está relacionado ao fato do mesmo ter acompanhado projetos exitosos em Londrina, no início dos anos 80, no campo da atenção primária à saúde, numa modalidade incomum para época, viabilizada por meio de parceria entre a Universidade Estadual de Londrina e a Prefeitura local⁵¹.

⁴⁹ Na época filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

⁵⁰ Segundo informações da Câmara dos Deputados (2014), Ronaldo Cesar Coelho licenciou-se do mandato de Deputado Federal na legislatura 1999-2003, para exercer o cargo de Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 6 de novembro de 2001 a 4 de abril de 2002 e no período de 8 de outubro de 2002 a 30 de janeiro de 2003. Licenciou-se do mandato de Deputado Federal na legislatura 2003-2007, para exercer o cargo de Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 18 de fevereiro a 5 de agosto de 2003, no período de 15 de agosto de 2003 a 02 de abril de 2004 e no período de 15 de junho de 2004 a 21 de fevereiro de 2006.

⁵¹ Londrina tinha uma tradição importante na área da saúde coletiva e se notabilizava pelo seu peso político, cultural e demográfico na Região Sul do país, além de servir de modelo e celeiro para as instituições e serviços de saúde (Goulart, 1996).

O exercício de dois cargos públicos, simultaneamente, pelo secretário de saúde, impossibilitou a sua participação em determinados debates e negociações, situação que exigiu um maior protagonismo do subsecretário de saúde nos processos decisórios da SMS. Segue a fala de um dos entrevistados que indica os efeitos da dupla função assumida por Ronaldo Cezar Coelho na época:

“Ronaldo Cezar Coelho tinha uma postura completamente diferente da postura do Ronaldo Gazolla. Aquele era deputado federal e tinha uma carreira política. A cada votação na Câmara dos Deputados, Ronaldo Cezar Coelho era exonerado e como o seu subsecretário de saúde não tinha carreira política era ele quem ficava aqui e era com ele que a gente conversava, mas o secretário era oficialmente o Ronaldo Cezar Coelho.” (Entrevistado 2)

Em 2001, o número de unidades de saúde no município do Rio de Janeiro já havia aumentado substancialmente com o processo de municipalização/transferência de unidades de saúde federais, com a criação de novas unidades de saúde e com a implantação de módulos de equipes de saúde da família em alguns locais do município. Se por um lado esse processo representou um avanço na implantação do SUS no município, por outro representou, também, novos desafios a serem enfrentados pela gestão municipal.

No mesmo ano foi produzido pelo subsecretário dessa gestão um documento intitulado “*Reestruturação do Sistema de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro*”, que expressava de forma objetiva um diagnóstico compartilhado por amplos setores com relação à excessiva centralização política e administrativa nas ações, atividades e procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde, além de apontar a insuficiente transferência de recursos por parte do Ministério da Saúde e a desarticulação entre os serviços de saúde (SMS, 2001). Esse documento impulsionou a discussão acerca da descentralização da gestão municipal de saúde.

O quadro encontrado pela atual gestão da SMS, portanto, se caracterizava por uma verdadeira exaustão administrativa. Fazia-se mister uma proposta que atendesse à necessidade de implantar uma rede hierarquizada e descentralizada, visando a agilidade na solução de problemas, transparência

na administração dos recursos que tendem a ser insuficientes, eficácia e eficiência nos serviços oferecidos à população. (SMS, 2001, p.2)

De acordo com o subsecretário de saúde da época, uma das principais propostas dessa gestão era criação de uma rede de serviços articulada capaz de melhorar a atenção à saúde no município e conformada a partir da descentralização administrativa e orçamentária para às Coordenações das Áreas Programáticas. Nessa perspectiva, o Programa Saúde da Família foi apontado como elemento estratégico para ajudar na organização da atenção básica e da rede de serviços de saúde.

Na redefinição do conceito de saúde associado ao direito ao acesso, e agora à qualidade de vida (e não somente aos serviços de saúde), destaca-se o Programa Saúde da Família, proposto pelo governo brasileiro, aperfeiçoando experiências internacionais. Essa estratégia, elegendo a família como o núcleo social alvo em um território definido, agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da vigilância em saúde. Daí a necessidade desse Programa também assumir a reorientação da atenção básica à saúde, contemplando a educação, moradia e estilos de vida, além da universalidade do acesso pela população à informação, e a melhores condições de vida em todos os espaços de convivência. No processo de construção da qualidade de vida, a necessidade do trabalho em rede é imprescindível, implicando a articulação entre os serviços, a academia (desenvolvimento tecnológico e pesquisa), a administração pública, a sociedade civil, entre outros, devendo ser gerenciados coletivamente e descentralizada como estratégia ao enfrentamento cotidiano dos problemas de saúde e de seus determinantes (Mazorchi, 2001: editorial).

Nesse contexto, Cesar Maia criou um grupo de trabalho, para a discussão acerca da descentralização da gestão através da criação dos Subsistemas de Saúde, composto por integrantes das Secretarias Municipais de Saúde, de Administração, de Educação e da Fazenda, além da participação de membros da Controladoria Geral do Município, da Procuradoria Geral do Município e da Empresa Municipal de Informática da Cidade do Rio de Janeiro (IPLANRIO) (SMS, 2001).

No interior da Secretaria Municipal de Saúde o debate ocorreu a partir da formação de um grupo de trabalho composto pela Subsecretaria de Saúde, pela Assessoria de Planejamento e pelas suas Superintendências. Também houve abertura para a participação dos servidores através de espaço criado na internet e nas reuniões realizadas nas Áreas Programáticas (SMS, 2001). O debate fomentado pelos dois grupos de trabalho mencionados deu origem ao documento “*Descentralização da gestão municipal do Rio de Janeiro*”⁵².

A descentralização da gestão municipal do Rio de Janeiro foi uma das principais propostas da nova gestão. Como objetivo da proposta era apontado:

Melhorar a qualidade da atenção à saúde no Município do Rio de Janeiro por meio de ações de alta definição estratégica que serão, numa primeira etapa, facilitadas por um novo modelo organizacional descentralizado, e caracterizado pela autonomia administrativa e orçamentária das Coordenadorias de Áreas Programáticas – CAP’s, constituindo um conjunto de subsistemas que reorientarão o atendimento em saúde no Município do Rio de Janeiro; Expandir a descentralização e o processo de “autonomização” para algumas unidades de saúde em virtude de sua complexidade e quantidade de atendimentos(SMS, 2002).

Vale salientar que a ideia da descentralização da gestão municipal tornando as CAP instâncias corresponsáveis pela administração e organização do sistema de saúde municipal já era defendida por representantes da SMS desde a década de 1990. Naquela década as CAP já assumiam, ainda que de forma inicial, responsabilidades técnico-administrativas com as unidades de saúde dos seus respectivos territórios.

Como visto anteriormente, Sergio Arouca também já havia feito essa proposta durante a sua gestão na qual, dentre outras questões, defendia a descentralização administrativa e orçamentária das Coordenações das Áreas Programáticas.

De acordo com o documento *Descentralização da gestão municipal do Rio de Janeiro*, um dos propósitos seria a formação e o foco nos Subsistemas de Atenção à Saúde⁵³, e não nas

⁵² Documento cedido por um dos entrevistados , proposto para a gestão da SMS a partir de agosto de 2001 e aprovado em 2002.

⁵³ Definidos como conjunto de unidades e serviços de saúde integrados, segundo ações programáticas de caráter integral e adequadas para atender às necessidades dos usuários (SMS/ RJ - Documento cedido por um dos entrevistados).

unidades de saúde, de modo a evitar a conformação de “ilhas de excelência” que seriam unidades ou serviços de difícil acesso para a população. Outro propósito do projeto seria fomentar um trabalho de articulação pelas CAP, de modo a torná-las responsáveis pelo gerenciamento e organização local⁵⁴.

Nesse contexto e de acordo com o Plano Estadual de Saúde (2001 a 2004), os macroproblemas da saúde apontados nesse período eram: a insuficiência na cobertura do PSF na região na Metropolitana I (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense), a deficiência na atenção materno infantil, a deficiência na atenção ao paciente com Tuberculose e Hanseníase, a prevalência elevada de AIDS nessa região, as dificuldades para garantir atendimento de média e alta complexidade à população, a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes), o modelo de saúde mental hospitalocêntrico, as deficiências na prestação de assistência hospitalar e a política de recursos humanos inadequada (BRASIL, 2005).

Existe na Cidade do Rio de Janeiro, uma produção excessiva de consultas de pronto atendimento e baixa oferta de consultas básicas. A produção de 0,87 consultas básicas por habitante está muito aquém do mínimo preconizado pelo Pacto da Atenção Básica do SUS que é de 1,5 consultas básicas por habitante/ano. Essa informação salienta um aspecto fundamental na organização do sistema de saúde no Município do Rio de Janeiro e em toda a Região Metropolitana I: a insuficiência da rede básica de saúde, praticamente inexistente na região, se for considerada a necessidade de oferecer cobertura e resolutividade na atenção a toda à população (BRASIL, 2005, p. 46)

Apesar do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro de 2001-2004 apontar como uma das deficiências da região Metropolitana I a atenção materno infantil, é importante salientar que no município do Rio de Janeiro na gestão de Ronaldo Cezar Coelho foi dado um importante impulso no Programa Saúde da Mulher. Além da relevante atuação de uma equipe técnica nessa área, no interior da SMS, também foram realizados investimentos nessa área do cuidado como a reforma e construção de Maternidades⁵⁵.

⁵⁴ Para a implementação da descentralização da gestão a figura do articulador regional seria necessário para promover as negociações e integração entre as CAP.

⁵⁵ Maternidade Leila Diniz, Maternidade do Hospital Geral de Acari entre outras.

O município do Rio de Janeiro enfrentava naquele período um alto índice de mortalidade infantil que ultrapassava a média nacional o que tornou os investimentos na área materno-infantil um compromisso municipal. Segue a fala de um dos entrevistados:

“[...]tínhamos maternidades decadentes com infraestrutura precaríssima e falta de profissionais, então a maneira que se viu de enfrentar o problema da mortalidade infantil que o mundo inteiro sabe como faz, como se compara, foi investir pesadamente nas maternidades através de um programa da prefeitura chamado de Programa Saúde da Mulher e da Criança. Então novas maternidades foram projetadas e as já existentes como a de São Cristovão foi totalmente remodelada” (Entrevistado 7)

Observou-se que nessa gestão uma das grandes preocupações do secretário de saúde estava relacionada com os indicadores de saúde. O panorama do setor saúde do município do Rio de Janeiro se apresentava com resultados negativos. Para o enfrentamento desse problema a gestão municipal de saúde investiu nos programas como possibilidades para superar os desafios que estavam postos. O Programa Saúde da Mulher foi um dos destaques dessa gestão, segundo o entrevistado.

Outro programa que se destacou nessa gestão foi o Programa Remédio em Casa, proposta de Ronaldo C. Coelho para o enfrentamento das dificuldades relacionadas à dispensação de medicamentos para pacientes com diabetes ou hipertensão. O objetivo era a entrega domiciliar, através dos Correios, de medicamentos para hipertensos e diabéticos em fase de manutenção da terapia farmacológica, visando aumentar a adesão ao tratamento e diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Esse projeto, criado em 2002, foi pensado inicialmente para atender aos Programas de Hipertensão e Diabetes. O projeto piloto foi implantado em 10 unidades; ao final de 2003 a implantação do projeto já tinha sido concluída e 109 unidades já participavam desse programa. Em 2004, iniciou-se a implantação do Programa Remédio em Casa junto ao PSF, entretanto essa fase do projeto não teve importante expansão como no ano anterior.

Na gestão de Ronaldo C. Coelho, de 2001 a 2005, não houve grandes inovações ou ampliação da atenção básica. O projeto idealizado por Sérgio Arouca de expansão do PSF não

teve continuidade, o que pode ser um indício de que essa era uma proposta que se restringia a gestão de um secretário e não uma proposta do governo municipal vigente naquela época.

Segue a fala de um dos entrevistados que indica a não continuidade do projeto de expansão das equipes de saúde da família idealizado por Sergio Arouca e sua equipe:

”Aquele projeto com aquela amplitude se perdeu. Na gestão do novo secretário era outra proposta, outro projeto e era isso que se queria mesmo, outro projeto. A intenção e o gesto foram totalmente casados. A intenção era outra e aquilo lá não era compatível. Aquilo não era projeto do Prefeito era projeto nosso, dos sanitaristas, da reforma sanitária que ocupamos aquele espaço no peito e na raça porque ele nem queria nomear o Arouca como Secretário.” (Entrevistado 8)

À luz dos relatos da maioria dos entrevistados podem ser apontados alguns fatores que contribuíram para que a atenção básica não ocupasse um lugar importante na agenda política da gestão de Ronaldo Cezar Coelho: 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. Segue a fala de um dos gestores da época:

“Então houve isso, não houve uma priorização da implantação das equipes de saúde da família. O Programa Saúde da Família que era o xodó da primeira equipe da SMS, que era a equipe do Arouca, teve que ser relegado não só pela falta de investimento, mas também pela inviabilidade dos mecanismos que se tinha naquela época. O programa Saúde da Família era contratado pelas Associações de Moradores e era uma coisa terrível, uma roubalheira, uma influência do tráfico, o dinheiro que era repassado não era pago aos agentes, o médico não ficava, o dinheiro sumia. Então, historicamente, você vai ver que o

Saúde da Família só vai avançar a partir de 2009 quando se criam mecanismos de gestão um pouco mais confiáveis, que não são completamente confiáveis, mas que eram mais confiáveis do que as associações de moradores. Então, por um lado, a APS se implantou, se reformou muitas unidades de saúde se fez a conversão de unidades de saúde em ESF e isso se fez sim! Mas foi de uma maneira muito lenta e foi muito lenta porque a gente queria fazer nas unidades que já eram municipais e que dependiam única e exclusivamente da gestão municipal independente da associação de moradores... seria inviável fazer aquilo naquela época com o tráfico dominando as favelas, nas comunidades existentes... mas eu sei que a gestão até o meu período, de 2001 até 2006, o Saúde da Família cresceu muito pouco.” (Entrevistado 7).

O conteúdo exposto acima é reforçado com as informações apresentadas na tabela 6, sobre a cobertura estimada das equipes de ACS e de SF.

Tabela 2 - Número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde no período de janeiro de 2001 a 2005 – Município do Rio de Janeiro

Mês/ano	Teto ¹	Nº de ACS credenciados pelo MS*	Nº de ACS cadastrados no sistema**	Nº de Agentes Comunitários de Saúde implantados**	Estimativa da população coberta	Proporção da cobertura populacional estimada	Teto ²	Equipes de SF credenciadas pelo MS	Equipes cadastradas no sistema**	Nº de equipes de saúde da família implantadas***	Estimativa da população coberta	Proporção da cobertura populacional estimada
Janeiro/2001	0	294	294	294	169.050	3,01	0	22	22	22	75.900	1,35
Janeiro/2002	0	3.948	221	221	127.075	2,15	0	631	19	19	65.550	1,11
Janeiro/2003	0	3.948	519	519	298.425	5,06	0	631	23	23	69.350	1,35
Janeiro/2004	14.843	3.948	559	559	321.425	5,41	2.474	631	23	23	79.350	1,34
Janeiro/2005	14.935	3.948	1.038	1.038	596.850	9,99	2.489	631	57	57	196.650	3,29

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, 2014b. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Unidade Geográfica: município do Rio de Janeiro. Competência: Janeiro de 2001 a Janeiro de 2005.

¹O teto se refere ao número total de ACS vinculados às equipes de ACS ou às de equipes de SF aprovados pelo MS para receber incentivo federal.

² O teto se refere ao número total de equipes de saúde da família aprovadas pelo MS para receber incentivo federal.

*Nº de ACS e equipes de SF defendidos em proposta apresentada pelo gestor municipal e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela CIB.

** Nº de ACS ou de equipes de SF cadastrados pelo gestor municipal no sistema de cadastro definido pelo Ministério da Saúde para esse fim.

*** A implantação se refere ao nº de ACS e ESF aptos a receber o incentivo financeiro pelo MS.

De acordo com um dos entrevistados, o orçamento municipal sofria com custos onerosos dos grandes hospitais, com os esquemas corruptos de desvio de dinheiro no setor saúde e ainda com a problemática que envolvia os recursos humanos, pois a maioria dos servidores federais que foram transferidos para o município estava se aposentando. Segue a fala de um dos entrevistados que participou da gestão do secretário de saúde Ronaldo Cezar Coelho:

“[...] tinha os custos dos hospitais que eram unidades muito antigas, a manutenção predial, a incorporação de novas tecnologias e a manutenção desses equipamentos com o repasse do governo federal que era insuficiente, não só para manter o hospital, mas para manter a força de trabalho. Ia depender do município abrir concursos para contratar médicos, enfermeiros e auxiliares para recompor a mão de obra que ia se exaurindo pela aposentadoria dos profissionais antigos e o município não tinha capacidade para isso e o conflito com o grupo do Sergio Arouca se deu exatamente” nesse momento, pois a prefeitura teria que optar pela implantação da atenção primária no município todo como uma prioridade ou se atendia as reivindicações de uma rede hospitalar que estava em colapso e que custava muito caro e que politicamente para o gestor municipal era mais interessante pois dava visibilidade, saia na imprensa todos os dias.”(Entrevistado 7).

De acordo com Alves e Machado (2008), desde o início dos anos 2000 a gestão municipal do Rio de Janeiro já enfrentava sérios problemas com a gestão dos hospitais federais que foram municipalizados a partir de 1999, tais como: filas para atendimento, precariedade nos serviços assistenciais, dificuldades de reposição de pessoal, greves de servidores, fechamento dos setores de urgência e emergências de grandes hospitais, falta de insumos e outros.

Segundo as mesmas autoras, para o enfrentamento desses problemas o Ministério da Saúde, entre 2003 e início de 2005, lançou mão de ações pontuais e fragmentadas; como a implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), estímulo à adesão de projetos e programas na atenção básica, financiamento de bolsas de residências nas unidades municipalizadas, manutenção do pagamento dos servidores e investimentos em obras e equipamentos nessas unidades.

No âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde alegava que o município não estaria aderindo a programas prioritários do governo federal – Programa de Apoio à Expansão da Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitário de Saúde e Programa de Saúde Bucal. Na perspectiva do gestor federal, isso teria contribuído para a crise assistencial no município, visto que tais programas seriam fundamentais para diminuir as demandas nas urgências e emergências hospitalares.

Apenas nesses três programas, considerados pelo gestor federal como prioritários para a organização da Atenção Básica e fundamentais para desafogar os hospitais que realizam Média e Alta Complexidade, a Prefeitura Municipal teria aberto mão de receber R\$ 56.501.868,00, por falta de investimentos comprovados junto ao Ministério da Saúde (Alves e Machado, 2008: 226).

De acordo com um dos entrevistados, nesse contexto de crise o processo de descentralização administrativa que se desenvolvia no município sofreu retração e na necessidade de contenção de gastos, com vistas a uma estabilidade financeira e reorganização gerencial das unidades de saúde, a SMS adotou uma postura centralizadora, pois assumiu com maior rigor o controle orçamentário.

Para isso, a Secretaria Municipal de Saúde firmou um convênio com a Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB), empresa pública de direito privado, com autonomia para a contratação de pessoal e com flexibilização na gestão. O objeto do convênio seria uma consultoria para apoiar a Secretaria Municipal de Saúde no processo de contenção de gastos.

Nesse contexto, houve uma subdivisão da subsecretaria de saúde como estratégia para melhor coordenação e enfrentamentos das questões diretamente relacionadas à crise no sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro. Dentre os atuantes nessa nova conformação da subsecretaria de saúde estava o Subsecretário de Saúde da época, Mauro C. A. Mazorchi, e o médico oncologista Jacob Kligerman, que viria a se tornar Secretário de Saúde posteriormente.

Vale salientar que em meio à crise que estava colocada na saúde pública do município – de caráter assistencial, administrativo e político - ocorreram as eleições municipais de 2004,

que culminaram com a reeleição de Cesar Maia, vindo a cumprir o seu terceiro mandato como prefeito, fato até então inusitado na vida política da cidade do Rio de Janeiro⁵⁶.

A permanência, por tantos anos, de um prefeito pode trazer tanto implicações positivas como negativas. No caso da cidade do Rio de Janeiro, isso fica evidente quando consideramos os diversos momentos pelos quais o município passou para avançar no seu sistema de saúde.

No início de 2005, para o enfrentamento da crise nos hospitais municipalizados o Ministério da Saúde trabalhou com negociações relativas à regularização da assistência à saúde através do aumento no teto financeiro para cobrir despesas com pessoal nos hospitais municipalizados em 1999, investimentos em equipamentos e reformas nas unidades municipalizadas e propostas de retorno à gestão federal do Hospital de Ipanema e do Hospital da Lagoa.

As dificuldades de negociação entre o município e o governo inviabilizaram as possibilidades de acordo, o que culminou na publicação do Decreto Presidencial 5392 de março de 2005, que declarava estado de calamidade no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Através desse decreto era dado o direito ao Ministério da Saúde aos bens, serviços e servidores dos Hospitais Federais de Ipanema, Lagoa, Cardoso Fontes e Andaraí, além dos Hospitais Municipais Souza Aguiar e Miguel Couto. Tal decreto permitia também, por parte do Ministério da Saúde a compra emergencial de equipamentos, medicamentos e insumos e ainda a contratação temporária de profissionais de modo a suprir as necessidades dos hospitais (BRASIL, 2005b).

De acordo com Alves e Machado (2008), no período de março a agosto de 2005, a intervenção do Ministério da Saúde nos assuntos relacionados à crise nos hospitais municipalizados foi feita por meio de ações como: apadrinhamento dos hospitais refederalizados pelos institutos federais para a realização de compras e abastecimento,

⁵⁶ A permanência de Cesar Maia é um evento que chama bastante atenção, pois, até então foi a primeira vez na história da prefeitura da cidade que um prefeito cumpriu três mandatos, além de conseguir lançar e eleger um sucessor que deu continuidade aos seus projetos. Nas eleições municipais de 1996, Cesar Maia indicou Luis P. Conde pela impossibilidade de uma reeleição. De acordo com os documentos e matérias de jornal da época, Luis P. Conde no seu mandato deu continuidade aos projetos idealizados por Cesar Maia: Favela Bairro e Rio Cidade, por exemplo. Entretanto, Conde rompeu politicamente com Cesar Maia e disputou com este o cargo de prefeito nas eleições de 2000, como já mencionado.

realização de obras, compra de insumos, de equipamentos, de medicamentos, abertura de serviços e de salas cirúrgicas e a contratação temporária de pessoal.

A desabilitação do município da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e a intervenção federal em unidades historicamente municipais – o Hospital Municipal Souza Aguiar e o Hospital Municipal Miguel Couto – acirraram as tensões entre governo municipal e federal o provocaram um fato jurídico inédito em meio aos conflitos políticos.

Nesse contexto, a Prefeitura entrou com uma ação junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), responsável pela mediação de conflitos federativos. O STF considerou inconstitucional a intervenção federal nos hospitais municipais e determinou o seu retorno à administração municipal, como resume um entrevistado:

“O Governo federal, por sua vez, ao invés de negociar de outra forma, resolveu promover uma intervenção no município federalizando inclusive os hospitais de emergência que tradicionalmente foram da Prefeitura. Então a intervenção federal ao invés de representar um ato construtivo, acabou criando um fato jurídico quando incorporou os hospitais que eram de responsabilidade da Prefeitura, criou um fato jurídico. Isso foi para o STF e este por 10 votos a 0 obrigou o Governo Federal a devolver os hospitais para o município.” (Entrevistado 7)

No âmbito federal, tal processo culminou ainda na saída do cargo do Ministro da Saúde Humberto Costa, com sua substituição pelo Ministro Saraiva Felipe⁵⁷.

Ainda de acordo com o relato de um dos entrevistados, Cesar Maia julgou lenta a atuação do Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Cezar Coelho diante do processo de intervenção, o que o fez negociar com o novo Ministro da Saúde da época, Saraiva Felipe, sem

⁵⁷ Cabe ponderar que a mudança do Ministro da Saúde Humberto Costa (vinculado ao PT, no cargo desde 2003) já vinha sendo cogitada antes da crise do Rio, em virtude da recomposição da base de apoio político ao Governo Federal e da aproximação com o PMDB. Na época, houve até mesmo rumores de que a intervenção federal no Rio – além de consequência da complexa crise por que passava o município e dos conflitos políticos entre Governo Federal e Prefeito - poderia ser interpretada como uma estratégia de um dado grupo técnico-político prorrogar a sua permanência à frente do Ministério da Saúde. O fato é que, após a decisão do STF, confirmou-se a mudança de Ministro da Saúde, sendo o cargo assumido por Saraiva Felipe, médico sanitário e Deputado Federal pelo PMDB-MG. A refederalização de hospitais já seria então formalizada na gestão ministerial de Saraiva Felipe.

a presença do secretário municipal de saúde, para tratar de assuntos referentes à crise do sistema municipal de saúde e à refederalização dos quatro hospitais que haviam sido municipalizados no início dos anos 2000 e que haviam sido objeto da intervenção em 2005:

“[...] do ponto de vista orçamentário esses hospitais foram ficando cada vez mais pesados para o município. Então o Prefeito reclamava. Enquanto o Secretário de Saúde optou por uma renegociação com o MS, pois pegou o processo original em reunião com os Ministros e com os técnicos de Brasília, negociou um novo orçamento que era inclusive reconhecido pelo próprio MS, visto que estava subfinanciado a questão do custeio e dos recursos humanos, que estava trabalhando na reformulação, mas de uma maneira um pouco demorada e o Prefeito, passando por cima do secretário que estava inclusive em Brasília, achando que o processo estava demorando demais, em um gesto intempestivo, devolveu as unidades para o governo Federal.” (Entrevistado7).

A negociação com Saraiva Felipe, de acordo com o relato de um dos gestores da época, se deu de uma forma equilibrada e sem conflitos. As solicitações do prefeito foram atendidas pelo novo ministro da saúde de modo que, no final de 2005, muito dos problemas advindos com o processo de municipalização já estavam equalizados e seguia uma nova fase na Prefeitura da Cidade. Ronaldo Cezar Coelho permaneceu na gestão da Secretaria Municipal até fevereiro de 2006, quando saiu para se candidatar ao Senado. Nesse contexto, Jacob Kligerman assumiu a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Mais uma gestão findava sem transformações substanciais na atenção básica, apesar dos dados do Ministério da Saúde indicarem um tímido aumento no número tanto de equipes de saúde da família quanto de agentes comunitários de 2004 para 2005.

Esse pequeno crescimento pode está relacionado à política de indução do Ministério da Saúde para a implantação da Saúde da Família como estratégia para o enfrentamento dos problemas do setor saúde do município, principalmente os relacionados com o processo de municipalização, através do PROESF, por exemplo. Vale acrescentar que apesar de haver um crescimento real no número de equipes de agentes, a cobertura populacional pela ESF ainda era baixa, mas não pode ser desconsiderado o conjunto de unidades de saúde que conformavam a atenção básica do município do Rio de Janeiro como os PAM, CMS, PS, já apresentados

anteriormente e com um importante papel na assistência à população, tanto através dos programas de saúde como através da assistência médica por demanda livre.

Compreender o papel, a importância e o lugar dessas unidades no sistema de saúde municipal é fundamental para não elaborarmos o discurso superficial e pouco reflexivo de inexistência de uma atenção básica no município do Rio de Janeiro. Tal discurso anula aspectos importantes da conformação da atenção básica do município e desconsidera momentos históricos essenciais para a compreensão dos rumos da atenção básica no Rio de Janeiro. Anula ainda a atuação e participação dos diferentes atores sociais que estiveram nesse processo de construção.

A gestão de Jacob Klingerman e a atenção básica no município do Rio de Janeiro

Jacob Klingerman era um médico oncologista, com importante trajetória no Instituto Nacional do Câncer (INCA) desde a década de 1970 e que participava da gestão de Cesar Maia desde 2005. Com a saída de Ronaldo Cezar Coelho, Jacob assumiu a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, permanecendo até janeiro de 2009.

A gestão desse Secretário de Saúde coincidiu com o momento em que o município do Rio de Janeiro superava alguns problemas decorrentes do processo de transferências das unidades de saúde federais e voltava a assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal, anulada pelo governo federal no momento da crise da saúde pública desse município.

“Pelo que eu saiba Jacob Klingerman foi convidado pelo Ronaldo Cezar Coelho. Dr. Jacob estava saindo do INCA e o INCA era modelo, eu não gosto de falar isso, mas era um modelo de excelência de gestão na saúde pública. Eu acredito que a entrada dele também tenha conotação política apesar de que lá dentro do INCA, a sua gestão, nunca teve uma conotação partidária, óbvio que política sempre tem, pois é o ministro quem indica o secretário de saúde, então política sempre tem, mas nunca houve uma coisa forte de política partidária. Aí foi quando o Partido dos Trabalhadores (PT) entrou e houve um racha lá dentro do INCA que era assim: quem era da antiga gestão não servia e realmente foi todo mundo saiu. E aí eu acho que para ele

vir para a SMS teve uma conotação política partidária, pois ele foi diretor do INCA na gestão do Serra e o Ronaldo Cesar Coelho era do mesmo partido do Serra, então estou fazendo isso por associação, mas acho que não seja predominante à capacidade técnica dele, capacidade técnica de gestão como um todo, apesar da inexperiência dele com o SUS, pois o INCA, isso é uma crítica que a gente faz, é como se ele não fizesse parte do SUS, assim como até hoje os hospitais federais não se acham fazendo parte do SUS. A gente tem os contratos com os hospitais universitários e a gente chega lá e tem assim: esses hospitais tem convênio com o SUS. Então ele não é SUS, ele acha que ele tem convênio com o SUS.” (Entrevistado 10).

Para um dos entrevistados o momento da entrada de Jacob Kligerman foi um momento político de tranquilidade na secretaria de saúde, momento este que coincidia com a devolução dos hospitais federais, com a reassunção da Gestão Plena de Saúde do Município e consequentemente com a diminuição das insatisfações no que tange aos problemas com os hospitais tanto por parte da gestão, quando por parte dos profissionais e usuários dos serviços.

“Ronaldo Cezar Coelho foi candidato ao Senado e aí entrou o Jacob Kligerman, que coincidiu com a entrada do Ministro da Saúde Saraiva Felipe. Que pôde resolver os nossos problemas, ele equacionou o problema financeiro e a prefeitura, ali com Jacob, em 2005/2006/2007/2008 não estava em um momento de crise, estava em um momento de tranquilidade. Quando eu falo de tranquilidade para um político é porque foi um momento em que as reclamações caíram, as matérias de imprensa desapareceram nesse período.” (Entrevistado 4).

Por outro lado, um dos entrevistados aponta que algumas das principais dificuldades dessa gestão estavam relacionadas com problemas como: crise de desabastecimento, problemas no pagamento dos serviços de segurança, falta de insumos e nesse sentido investimentos para expandir serviços era inviável. Segue a fala de um dos entrevistados.

“Algumas coisas foram feitas muito timidamente que eram algumas obras que era para dar mais segurança e conforto para os profissionais e pacientes, mas foi um período muito, muito complicado.” (Entrevistado 10).

Também foi apontado por alguns dos entrevistados a separação e desarticulação que havia dentro da secretaria no ano de 2006, no que diz respeito aos níveis de atenção, o que de alguma forma fortalecia as ideias e as práticas que favoreciam a desarticulação entre esses serviços. Nesse contexto a atenção básica e a atenção hospitalar construíam trabalhos em superintendências separadas e com a entrada de Jacob Kligerman a Subsecretaria de Atenção à Saúde (SUBAS) agregou a coordenação de atenção básica e a coordenação de atenção da atenção hospitalar, entre outras.

“Quando eu entrei tinha a Superintendência de Saúde Coletiva, mas mudou o organograma para acabar com separação entre a atenção hospitalar e a atenção básica, criou-se a SUBAS (Subsecretaria de atenção à saúde) e nessa subsecretaria tinha a coordenação das urgências e emergências, coordenação hospitalar, coordenação de atenção básica, coordenação de apoio técnico, então ficava todo mundo na mesma subsecretaria.” (Entrevistado 10).

Assim como nas gestões passadas, esse secretário de saúde conformou uma equipe técnica para lhe acompanhar na gestão da secretaria de saúde. À luz dos relatos dos entrevistados, houve naquele momento relações de conflito entre o grupo da gestão anterior e o trazido pelo novo secretário de saúde, conflitos também enfrentados pelos secretários anteriores. Um relato importante sobre a equipe desse secretário é que havia uma “certa oposição” desse novo grupo ao grupo anterior o que fez com que componentes da gestão anterior saíssem da SMS. A fala seguinte conta um pouco.

“O grupo do Jacob Kligerman era meio que oposição ao grupo da Luciana Borges, então o grupo da Luciana Borges foi saindo[...] naquela ocasião tinha em cada área o que a gente chamava de supervisor operacional e eles estavam em um processo de desgaste muito grande....ninguém queria

ficar à frente [dessa coordenação] porque todos sabiam que a gestão do Jacob era curta e não queriam desgaste com a próxima gestão.” (Entrevistado 9).

Outra característica dessa gestão e formulada a partir dos conteúdos das entrevistas estava relacionada aos conflitos existentes entre as diferentes coordenações da própria secretaria de saúde, conflitos esses que muitas vezes impediam o andamento de determinados projetos e realizações por parte da SMS e sua equipe. Alguns entrevistados apontam as difíceis relações de poder e como essas transformavam a secretaria em um ambiente desfavorável para a reflexão e construção de propostas com vistas à melhoria do sistema de saúde municipal.

Nesse contexto, o grupo que ficava à frente do processo de implantação das equipes de saúde da família, na gestão passada, dissolveu-se e a saída de alguns integrantes deu lugar para novos atores. Nesse período, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde Família (PROESF) finalizava a sua primeira fase, que foi de 2003 a 2007, tendo ocorrido uma expansão expressiva de equipes de saúde da família e cobertura populacional por essa estratégia no âmbito nacional.

Os dados do Ministério da Saúde apontam que, de dezembro de 2003 a junho de 2007, houve um aumento de 43% no número de equipes de saúde da família implantadas no país, com um aumento de cobertura de 25,7% para 34,4% na cobertura populacional. A expansão foi mais intensa no ano de 2004. De 2005 a 2007 houve uma tendência de crescimento, mas de forma menos acentuada (Brasil, 2014b).

No município do Rio de Janeiro, de acordo com dois entrevistados, os resultados advindos do PROESF, no que diz respeito à expansão das equipes de saúde da família, não foram relevantes, ou seja, o projeto não teria sido um grande indutor de expansão do número de equipes. A tabela 3 mostra a evolução das equipes e cobertura populacional estimada entre janeiro de 2005 e janeiro de 2009.

Para dois entrevistados, apesar das dificuldades para a implementação do projeto, no que diz respeito à expansão de equipes, o PROESF teria sido interessante como possibilidade de realização de capacitações dos profissionais, pois até então o município do Rio de Janeiro não havia investido devidamente na formação dos trabalhadores da saúde no âmbito da atenção básica. Porém, ainda assim, os entrevistados reconheceram que essas capacitações tiveram pouco impacto nos serviços.

Quando questionado sobre a influência do PROESF no processo de expansão das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro, os entrevistados em geral não identificaram um efeito importante, como exemplificado a seguir:

“Contribuiu muito pouco. Teve alguma coisa para a capacitação. Algumas propostas, mas ele era um recurso mais para o apoio institucional. A gente fez algumas pesquisas. Não foi um investimento nas unidades. Era muito difícil gastar o dinheiro, porque era um dinheiro que vinha carimbado para determinadas ações e tinha um entendimento de que não era necessário gastar ali e que podia gastar em outro lugar”. (Entrevistado 3)

“[...] (O PROESF) Pode ter apoiado um pouco, mas se você comparar a expansão de 2009 /2010 para cá foi muito maior. O PROESF não era um grande indutor. Na verdade o grande indutor da expansão eu hoje coloco como o desejo e apoio político do gestor local e apoio político e financeiro do Ministério da Saúde. Foram esses dois fatores andando juntos que propiciaram essa expansão (de 2009) porque até então nenhuma indução funcionava muito. Lógico que aumentou. 2005 para 2008, nós vimos um aumento das equipe, mas nem na área de treinamento funcionava bem nem na área de expansão funcionava bem..o PROESF tinha também essa previsão do treinamento, mas era tudo devagarzinho.” (Entrevistado 6).

No que diz respeito especialmente à atenção básica do município, nesse momento, não há grandes mudanças na sua estruturação quando comparada a estruturação da gestão passada. A atenção básica do município do Rio de Janeiro caminhava e funcionava com os seus programas de saúde e com o atendimento médico especializado (especializações básicas) através dos seus Centros Municipais de Saúde, Postos de Saúde e Postos de Atendimento Médico.

No que diz respeito aos programas de saúde, cabe salientar que no município do Rio de Janeiro, a lógica do atendimento embasado nesses programas foi fortalecida não somente pela indução dessa proposta pelo Ministério da Saúde, mas também pelo seu fortalecimento através da criação da Superintendência de Saúde Coletiva no âmbito da SMS criada ainda em 1992, como visto anteriormente, e o apoio dado a essa superintendência pelos gestores municipais. Segue uma fala que esclarece esse momento:

“A gestão de Ronaldo Cesar Coelho eu não acompanhei, eu já cheguei no finalzinho dessa gestão, mas eu lembro que na secretaria tinha essa conformação...atenção básica e atenção hospitalar. Parece-me que o forte na época da gestão do Ronaldo e não sei se isso se devia a estrutura ou à pessoa, mas a Saúde Coletiva aqui tinha um papel muito forte, muito importante e a pessoa era responsável pela Saúde Coletiva aqui, era uma das pessoas mais importantes da secretaria que era a Cristina Boaretto.”(Entrevistado 10).

Ainda nesse contexto e na gestão de Jacob Klingerman, novas unidades de saúde foram criadas com a proposta da Estratégia saúde da família. A tabela 7 mostra que o número de equipes e a cobertura estimada mais do que dobraram em quatro anos. Ainda assim, em janeiro de 2009 o alcance dessa estratégia na cidade ainda era limitado. De acordo com um dos entrevistados na gestão desse secretário de saúde não houve transformações substanciais na atenção básica, o crescimento no número de equipes de saúde da família não foi relevante frente aos desafios colocados para a atenção básica.

Uma mudança expressiva nesse quadro, com ampliação massiva da estratégia, só viria a ser experimentada a partir de 2009, com a assunção de um novo Prefeito e de uma nova equipe na Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro, configurando um novo momento, que foge ao recorte temporal deste estudo.

“Dr. Jacob era uma pessoa muito interessante, era muito carismático, escutava muito a gente, não sei se escutava e providenciava, mas ele tinha uma capacidade de escutar que era muito interessante. Na época a gente conseguiu convencer ele a montar uma unidade dentro da Faculdade Sousa Marques, a Sousa Marques ficaria pagando os agentes comunitários e a prefeitura pagaria os outros profissionais, era uma casa que ficava dentro da Sousa Marques, mas acabou. Essa gestão nova fechou essa unidade e era um modelo novo que a gente estava experimentando que era uma aproximação com as faculdades. O que ele [Jacob Kligerman] tinha de muito interessante era essa valorização dos profissionais...o Comitê de Ética foi criado na gestão dele, existia uma coisa que cada hospital fazia, mas não era com o feitio do comitê, com a seriedade do

comitê, então a gente fez a cartilha do comitê de ética, fez a câmara técnica da população negra, do saúde da família...então ele tinha essa coisa de querer estudar melhor as coisas. A gente estruturou melhor o Programa de Avaliação da Atenção Básica que era alternativo ao SIAB...a gente quis estudar melhor esses indicadores...então ele tinha essa visão, mas foi uma gestão de poucas realizações na parte da implantação da Estratégia Saúde da Família, na verdade o que já acontecia tinha que acontecer bem, pois se acontecesse mal a possibilidade era de fechar, por isso que se remanejava os profissionais para as equipes ficarem completas. Teve poucos investimento no saúde da família...” (Entrevistado 9).

De acordo com as entrevistas pôde ser observado que o olhar da gestão de Jacob Kligerman esteve voltado para a tentativa de manutenção daquilo que de alguma forma já funcionava desde a gestão passada, o modelo de atenção básica do município do Rio de Janeiro até o ano de 2008 foi aquele construído anos a fio e reconhecido pelas gestões municipais como suficiente até então.

A introdução de um novo modo de organizar o trabalho da atenção básica através das equipes de saúde da família foi algo que enfrentou obstáculos não somente no plano ideológico, mas também financeiro e político, além das questões que envolvem as culturas institucionais enraizadas nas estruturas sociais e que de algum modo têm a função de dar continuidade a discursos e práticas.

Embora alguns entrevistados façam a análise de que essa gestão representou um momento de tranquilidade política, pode-se dizer que essa gestão enfrentava um momento de crise de desabastecimento e sucateamentos das unidades municipais de saúde municipais, oriundos dos anos anteriores.

Tabela 3 - Número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde entre o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2009 – Município do Rio de Janeiro

Mês/ano	Teto ¹	ACS credenciados pelo MS*	ACS cadastrados no sistema**	Nº de Agentes Comunitários de Saúde implantados***	Estimativa da população coberta por ACS	Proporção da cobertura populacional por ACS	Teto ²	Equipes de SF credenciadas pelo MS*	Equipes cadastradas no sistema**	Nº de equipes de saúde da família implantadas***	Estimativa da população coberta	Proporção da cobertura populacional estimada
01/2005	14.935	3.948	1.038	1.038	596.850	9,99	2.489	631	57	57	196.650	3,29
01/2006	14.935	3.948	1.276	1.276	736.000	12,32	2.489	631	98	98	338.100	5,66
01/2007	15.235	3.948	1.338	1.338	769.350	12,62	2.539	631	119	119	410.550	6,74
01/2008	15.342	3.948	1.552	1.541	886.075	14,44	2.557	631	146	144	496.800	8,10
01/2009	15.403	3.498	1.659	1.634	939.550	15,25	2.567	631	126	124	427.800	6,94

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, 2014b. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Unidade Geográfica: município do Rio de Janeiro. Competência: Janeiro de 2005 a Janeiro de 2009

¹O teto se refere ao número total de ACS vinculados às equipes de ACS ou às de equipes de SF aprovados pelo MS para receber incentivo federal.

² O teto se refere ao número total de equipes de saúde da família aprovadas pelo MS para receber incentivo federal.

*Nº de ACS e equipes de SF defendidos em proposta apresentada pelo gestor municipal e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela CIB.

** Nº de ACS ou de equipes de SF cadastrados pelo gestor municipal no sistema de cadastro definido pelo Ministério da Saúde para esse fim.

*** A implantação se refere ao nº de ACS e ESF aptos a receber o incentivo financeiro pelo MS.

Capítulo V - Considerações finais sobre a trajetória da atenção básica e os desafios para a Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro

A trajetória da atenção básica no município do Rio de Janeiro revela um caminhar e uma linha histórica cheia de riquezas e detalhes que esclarecem várias questões, iniciativas e estratégias utilizadas para a consolidação desse nível de atenção no sistema municipal de saúde. De fato, a história da saúde do município contribui para a análise das contradições e desafios presentes ainda hoje na organização da atenção à saúde nessa cidade.

O município do RJ é marcado pela sua história como capital e, em razão disto, pelo conjunto de investimentos e estratégias que foram experimentadas neste território. As primeiras ações de saúde pública foram aplicadas na capital, a organização das Caixas de Aposentadoria e Pensão e posteriormente dos Institutos de Aposentadoria e Pensão também surgiram neste âmbito. A trajetória destas políticas conformaram organizações e modelos de assistência que atendiam às demandas deste território e do poder político local.

Nesse sentido, desenvolveu-se, de um lado, a consolidação de uma saúde pública com ações específicas no controle e combate das doenças, saneamento e organização da cidade, além da organização de unidades de saúde com práticas voltadas para os cuidados hospitalares, com os hospitais de tuberculose, hanseníase e psiquiátricos, e para os cuidados primários, como os Centros Municipais de Saúde, o primeiro criado em 1927; os Postos de Saúde originados em meados do século XX; as Unidades Auxiliares de Cuidados Primários e as Unidades Municipais de Atendimento Primário em Saúde, criadas no início da década de 1980, com práticas relativas aos Programas de Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde⁵⁸ e o trabalho com os agentes de saúde, iniciado em meados dessa década na comunidade de Mangueiras.

Assistiu-se, de outro lado, a conformação de um complexo médico-empresarial da saúde na capital voltado para o cuidado hospitalar e com o foco na doença, iniciado com a organização dos IAP e com expansão a partir dos anos 1950 até atingir seu modelo final de organização com o INAMPS em 1977. Os principais hospitais de assistência aos trabalhadores

⁵⁸ Na segunda metade dos anos de 1970, a V e a VI Conferências Nacionais de Saúde apresentaram e instituíram diferentes programas de saúde – programa de Saúde Materno-infantil, programa de controle das grandes endemias, programa de extensão das ações de saúde às populações rurais entre outros que somados aos programas já existentes geraram novos cuidados e reorientação na assistência prestada nos serviços de saúde de várias localidades do país, inclusive no município do Rio de Janeiro.

estavam reunidos na capital e deixavam no início dos anos 1980 um importante legado institucional para o município.

Tal modelo de atenção marcou não somente as práticas de saúde do sistema municipal do Rio de Janeiro, mas também a sua estruturação física e organizacional. Sua grande rede hospitalar adquiriu ao longo dos anos uma representatividade sociopolítica importante e foi responsável, também, pelos rumos e pelas escolhas no âmbito da política de saúde nessa cidade.

Além dos grandes hospitais do antigo INAMPS, responsáveis pela oferta da assistência médica previdenciária, coexistiam no serviço de saúde do município do Rio de Janeiro os hospitais municipais com foco na emergência e outros tipos de unidades de saúde como as instituições filantrópicas e particulares que uma vez vinculadas ao Estado prestavam serviços de saúde àqueles que não tinham direito ao acesso aos hospitais vinculados à previdência social. Também fazia parte do conjunto de serviços de saúde unidades que atuavam na prevenção e controle das doenças, na assistência à saúde através dos diferentes programas – doenças venéreas, hanseníase, tuberculose entre outros.

Até o final da década de 1980 os serviços básicos no município do Rio de Janeiro eram utilizados para ofertar alguns cuidados em saúde para a população historicamente excluída, sem acesso ao atendimento médico e residente nas áreas periféricas e de risco da cidade. Esse é um panorama geral e que caracteriza de maneira breve a organização dos serviços básicos no município no final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990.

Os anos 1990 foram marcados por profundas mudanças no arranjo da saúde pública brasileira. Nesse período os debates e as disputas no setor estavam voltados para a implantação do Sistema Único de Saúde no país através do processo de descentralização, que ao fim e ao cabo significava a transferência de funções para a gestão estadual e municipal, com a intensificação do papel dos municípios no processo de reestruturação e organização dos serviços de saúde.

No que diz respeito à gestão municipal, de 1991 a 2001, estava à frente da Secretaria Municipal de Saúde Ronaldo Luiz Gazolla, secretário de saúde que cumpriu uma gestão voltada para a organização interna da SMS e para o processo de municipalização da saúde/transferências das unidades de saúde federais para a gestão municipal.

O processo de municipalização das unidades de saúde federais, na cidade do Rio de Janeiro, representou um grande desafio para a gestão municipal. Os conflitos políticos entre os

entes governamentais (exacerbados com o processo de fusão entre o Estado da Guanabara e o Estado do Rio de Janeiro), a organização da atenção à saúde num modelo fragmentado, com lógicas diferenciadas de funcionamento traziam dificuldades a serem enfrentadas.

Somada a essas dificuldades a crise política e financeira enfrentada pela cidade do Rio de Janeiro no final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990 tornava o processo de transferência das unidades federais para o município ainda mais difícil. Havia uma forte pressão e indução do governo federal para que o processo de municipalização ocorresse.

O processo de municipalização da saúde estava dentre as grandes prioridades da gestão municipal, embora houvesse por parte do secretário de saúde daquela época a compreensão de que tal processo deveria ser realizado com cautela, pois descompassos administrativos e financeiros poderiam levar a prefeitura a um estado de colapso⁵⁹.

A municipalização da saúde exigiu um direcionamento de esforços grande por parte da gestão municipal e frente a essa situação a discussão sobre a atenção básica não estava na centralidade do debate. Outro fato que ajuda a respaldar essa afirmação está relacionado aos conteúdos dos relatórios das Conferências Municipais ocorridas na década de 1990 (I, II, III, IV e V conferências) que apresentam apenas questões pontuais a respeito da atenção básica sem discussões profundas e substanciais sobre esse nível de atenção, como visto no capítulo IV deste trabalho.

Ao passo que a discussão sobre a importância da atenção básica ganhava espaço na agenda política do governo federal, o momento político e econômico do município apagava a discussão acerca da atenção básica para dar espaço a outras prioridades e preocupações que naquele momento tomaram a agenda do governo. O processo de franca municipalização das unidades federais, exacerbado na segunda metade dos anos 1990 orientou os debates e a agenda política no setor, naquele período.

Os atores entrevistados apontaram que os importantes investimentos nessa área hospitalar faziam parte do perfil do secretário de saúde daquela época que visualizou esse nível de atenção como uma área estratégica para o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

⁵⁹ A longa gestão de Ronaldo Gazolla na saúde foi marcada por uma postura cautelosa. Isso se manifestou tanto no que diz respeito à assunção das unidades federais e ao processo de habilitação municipal, quanto na adoção de experiências com novas práticas de saúde, como as equipes de saúde da família e os agentes comunitários.

Até o final dessa década o funcionamento da atenção básica do município continuou a ser através de uma oferta de serviços básicos, com ênfase nos programas de saúde do Ministério da Saúde, com a realização de alguns tipos de ações básicas (consultas básicas, imunizações, distribuição de medicamentos relacionados aos programas). Ainda que houvesse certa organização territorial desses serviços em 'áreas programáticas', vale ressaltar que eles eram insuficientes para o atendimento da população, além de desigualmente distribuídos e com limitada capacidade de resolução dos problemas de saúde da população e baixa integração com outros serviços de saúde existentes no município.

Uma iniciativa importante dessa gestão foi a criação das Áreas Programáticas de Saúde e as Coordenações das Áreas Programáticas (CAP), com vistas à descentralização administrativa do sistema municipal. Apesar de ter sido relatado por alguns dos entrevistados que o processo de descentralização administrativa para as CAP teve poucos avanços na gestão desse secretário, é importante apontar a iniciativa de organização dos serviços de saúde pela lógica territorial.

Neste ponto, é importante ressaltar que essa lógica de organização do sistema de saúde, com a criação de coordenações em cada Área Programática suscitou uma série de conflitos entre os coordenadores e os diretores dos hospitais (vinculados a diferentes esferas de governo) que estavam inseridos nos territórios.

Para além das dificuldades apresentadas pelos hospitais em se adequar a um modelo territorial e com a perspectiva de formação de uma rede, no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 se expressaram também conflitos relacionados a problemas advindos da municipalização de hospitais federais que colocavam as direções dessas unidades de saúde sob organização e legislação municipal, situação que gerou desconfortos e muitos problemas para a gestão.

A criação da Superintendência de Saúde Coletiva, nessa gestão municipal, revela também a tentativa de estruturação da atenção básica através dos programas de saúde. Cabe salientar que essa superintendência teve importante apoio dos Secretários de Saúde Ronaldo Gazolla e Ronaldo Cezar Coelho, o que favoreceu e fortaleceu o atendimento da atenção básica sob a lógica dos programas de saúde, que estavam bem estruturados e valorizados no interior da secretaria de saúde.

No âmbito da atenção primária, o processo de municipalização com a transferência dos Postos de Atendimento Médico (PAM), iniciado em 1995, também significou um aumento na capacidade assistencial da atenção básica, pois tais unidades além de ofertar serviços médicos especializados, também realizavam um atendimento básico em saúde, antes encontrado somente no CMS, UACPS e postos de saúde.

A inserção dessas unidades no sistema municipal de saúde pode ser considerada como um momento de expansão da atenção básica, embora essa expansão não estivesse prevista como uma prioridade ou orientação política no âmbito dos serviços básicos de saúde.

Nesse mesmo ano é iniciada a implantação das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro, sendo a Ilha de Paquetá o primeiro local de atuação do Programa Saúde da Família na cidade. A implantação desse programa se deu de forma lenta, experimental e sob a lógica de mais um programa verticalizado do Ministério da Saúde, voltado para as populações de risco. Em outras palavras, longe da perspectiva de uma proposta para organização do sistema e como o primeiro contato (porta de entrada) para viabilizar o acesso aos demais níveis de atenção.

Poucas foram as equipes implantadas no município na década de 1990, e as mesmas trabalhavam de forma desarticulada com as demais unidades da atenção básica e até mesmo com o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que ocorria em algumas comunidades do município.

Vale lembrar que a década de 1990 foi o período em que se iniciou a implantação do PSF nos municípios brasileiros, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte. As grandes cidades, desde então, têm enfrentado importantes desafios para a implantação desse programa. Somente nos anos 2000 foram pensadas iniciativas para o enfrentamento das dificuldades de implantação das equipes de saúde da família nos grandes centros urbanos com a iniciativa do PROESF.

No caso do município do Rio de Janeiro há que se considerar tanto o fato de ser um grande centro urbano, com os seus desafios, como os aspectos políticos, econômicos e culturais que compunham o setor saúde no período que vai de 1990 a 2008.

Outro apontamento importante a respeito da atenção básica, nesse período, é que as primeiras equipes de saúde da família implantadas não seguiam, à risca, o que estava recomendado pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido novas ideias eram experimentadas a

depender da necessidade da comunidade na qual iria ser inserida a equipe de saúde. Esse modo particular do município do Rio de Janeiro conduzir o Programa Saúde da Família revela uma autonomia advinda dos seus tempos de capital da República e ainda certa resistência ao modelo proposto pelo governo federal.

Outra consideração importante com relação a essa experimentação está associada ao modo como essas equipes de saúde eram gerenciadas. À época Ronaldo L. Gazolla adotou a terceirização gerencial das equipes através de uma parceria com Organizações Não Governamentais e com as Associações de Moradores. Os problemas provenientes dessas parcerias, principalmente com as Associações de Moradores, estavam relacionados com o desvio orçamentário direcionado à manutenção das equipes de saúde o que impossibilitou o funcionamento dos trabalhos.

Essa dinâmica possibilita uma melhor compreensão dos rumos da atenção básica nesse momento da história e nos ajuda a entender o porquê da atenção básica não ter se conformado em uma prioridade na agenda governamental no contexto municipal – ainda que existissem ações realizadas neste âmbito. Revela também o caminho das terceirizações desde os primórdios da implantação das equipes de saúde da família no município como um elemento que deixará resquícios importantes para a política municipal de saúde.

Em 2001, com a saída de Ronaldo Gazolla, Sergio Arouca assume a nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde. A principal proposta desta gestão estava vinculada ao desejo de transformação do modelo de atenção em saúde que estava posto, voltado para o cuidado hospitalar tanto do ponto de vista financeiro quanto do ponto de vista da produção de saúde. Na gestão de Sérgio Arouca a atenção básica foi apontada uma das estratégias para a superação do modelo de atenção vigente.

É importante salientar, que não havia por parte desse secretário de saúde uma anulação ou desconsideração das realizações da gestão anterior (Ronaldo Gazolla), na verdade o que havia era o entendimento de que novas propostas no âmbito da atenção básica e investimentos consideráveis nessa área deveriam ser realizados, em especial com investimentos na atenção básica e adoção do modelo proposto pelo Programa de Saúde da Família.

É nesse contexto que nasce um projeto de expansão massiva com a implantação de mais de 600 equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro. Um projeto que trazia no seu bojo os princípios da universalidade, integralidade, participação social e ações em saúde

baseadas nos condicionantes sociais. O mesmo definia a Estratégia Saúde da Família como uma possibilidade para melhorias no acesso, para o trabalho intersetorial e para o enfrentamento da violência e desigualdades sociais.

Tal projeto reconhecia inclusive as diferenças existentes na vida das comunidades e frente a isso defendia que a composição das equipes estivesse alinhada com as necessidades das populações assistidas. Também se constituía como aspecto importante do projeto o rompimento com a lógica da terceirização dos profissionais, apontando-se a realização do concurso público como estratégia de enfrentamento dos problemas relacionados à falta de profissionais.

Um aspecto interessante desse projeto é que o mesmo propunha que as equipes deveriam ser implantadas prioritariamente nas áreas de risco social e sanitário, em uma lógica similar à adotada na gestão anterior para justificar a expansão de serviços. A Zona Oeste seria a área prioritária para a implantação das equipes, apesar do projeto prever equipes de saúde da família para todas as áreas programáticas do município.

Mas também é importante ressaltar que o projeto para a implantação de mais de 600 equipes de saúde da família numa lógica de expansão massiva e conversão do modelo da atenção básica, não foi o único projeto formulado nessa gestão. Havia outra proposta em disputa, que sustentava o projeto baseado numa lógica mais próxima da trajetória do município de organização dos serviços neste âmbito, com a implantação de equipes de saúde da família nas regiões mais desprovidas de serviços de saúde. Este projeto fazia a crítica ao modelo em vigor e também indicava a necessidade de “abrir as portas” dos Centros Municipais de Saúde, que até então priorizava o atendimento daqueles que se enquadravam nos programas do Ministério da Saúde.

Destaca-se ainda que a ideia de conversão do modelo de atenção básica tradicional - com os CMS, UACPS e Postos de Saúde e que se consolidou tanto no âmbito dos serviços como no âmbito da secretaria de saúde – para o modelo pautado principalmente, ou essencialmente, no trabalho das equipes de saúde da família foi acompanhado de resistências.

Essa situação de resistência reflete a representatividade do modelo de atenção básica que fora adotado até aquele momento (2001), no município do RJ, atenção básica essa com um modo de operar (fortemente embasada na lógica dos programas de saúde do Ministério da Saúde) já estruturado tanto no âmbito serviços como na própria secretaria de saúde.

Nesse contexto as propostas de Sérgio Arouca iam de encontro à lógica de produção de saúde vigente até aquele momento, o que produziu conflitos políticos no interior da secretaria e também entre prefeito e secretário de saúde, condição insustentável para a continuidade de uma gestão.

Com saída de Sergio Arouca, Ronaldo Cezar Coelho assume a Secretaria Municipal de Saúde. Nesse período, são intensificadas as dificuldades e os desafios advindos do processo de municipalização da saúde, tal situação exigia da gestão municipal estratégias efetivas para o enfrentamento dos problemas com o financiamento e a administração das unidades federais municipalizadas e um dos principais problemas estava relacionado com a reposição e a manutenção de profissionais nos serviços de saúde.

A nova gestão deu seguimento à linha política vigente no município, em maior sintonia com o Prefeito, em contraste com os conflitos políticos que haviam marcado a gestão do secretário Sérgio Arouca. O fato de assumir a dupla função de secretário de saúde e de deputado federal fez com que o subsecretário de saúde, Mauro Marzochi assumisse as discussões na SMS. Um aspecto importante de ser levado em consideração é o fato desse subsecretário ter uma trajetória na atenção primária da cidade de Londrina, Paraná.

Uma das propostas apontadas por essa gestão foi a reestruturação do sistema municipal de saúde através de uma rede hierarquizada, descentralizada, com uma rede administrativa e com serviços eficientes e eficazes para a população. Também era objetivo a descentralização administrativa e orçamentária das coordenações das áreas programáticas além de uma rede de saúde articulada.

No âmbito da atenção básica o projeto de reestruturação do sistema de saúde indicava a Estratégia Saúde da família como elemento estratégico. A organização da atenção básica que nesse momento se constituía pelos centros municipais de saúde, postos de saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e equipes de saúde da família que aos poucos foram sendo inseridas em unidades básicas de saúde pré-existentes como as UACPS e postos de saúde, transformando o modo de trabalho dessas unidades.

Assim como na gestão anterior são realizados investimentos em determinados programas de saúde. Na gestão de Ronaldo Cezar Coelho dois programas tiveram grande visibilidade política. O primeiro foi o Programa Saúde da Mulher como estratégia para o enfrentamento do alto índice de mortalidade materna no município, além da baixa qualidade no

atendimento materno infantil nas maternidades da cidade. O enfrentamento dessa questão foi apontado pelo Prefeito na sua campanha eleitoral, além disso, existia na SMS uma equipe técnica importante e qualificada na defesa da melhoria assistencial nessa área do cuidado. Essa dinâmica de priorização política e técnica do problema favorecia o investimento nesse programa.

O segundo foi o Programa Remédio em Casa, proposta que teve uma boa repercussão social. Posteriormente esse programa foi introduzido na ESF do município, mas sem grande expansão.

De acordo com um dos entrevistados, talvez, a principal proposta desse governo tenha sido o projeto de descentralização da gestão municipal através da criação de subsistemas de saúde cujo objetivo era a criação de uma rede de serviços articulada com participação ativa das Coordenações das Áreas programáticas na administração e organização do sistema de saúde municipal.

A discussão sobre rede de serviços que estava contida no projeto sinalizava a importância da melhoria da atenção básica do município através da Estratégia Saúde da Família, apesar de na prática a mesma ter seguido na lógica de funcionamento dos anos anteriores, sem investimentos e avanços expressivos.

O final da gestão de Ronaldo Cezar Coelho foi intensamente conturbado, com a intensificação das dificuldades administrativas e de manutenção das unidades federais municipalizadas, especialmente os grandes hospitais. Em 2005 a intervenção federal do Ministério da Saúde na cidade do Rio de Janeiro rendeu desconfortos e disputas acirradas no âmbito da saúde. Como consequência desse processo houve a perda da Gestão Plena do Sistema Municipal, posteriormente recuperada; a refederalização de hospitais que haviam sido municipalizados e a federalização de hospitais historicamente administrados pelo município, situação considerada como inconstitucional pelos órgãos competentes, que interviram para reverter o equívoco cometido no processo de intervenção.

Em 2006, com a saída de Ronaldo Cezar Coelho, Jacob Klingerman assume a função de Secretário Municipal de Saúde. Essa gestão foi caracterizada por alguns entrevistados como momento de predomínio de continuidades na estruturação e funcionamento do sistema municipal de saúde.

As escolhas e os rumos tomados pela atenção básica no município refletem também as regras institucionais construídas ao longo das décadas na história da saúde. No caso da atenção básica, apesar desta não ter sido uma política prioritária para o governo municipal, no período estudado, foi visto que mudanças importantes, ainda que pontuais, ocorreram e serviram como bases para alterações mais expressivas em momentos futuros, especialmente a partir 2009.

Se na década de 1990 o processo de municipalização era prioritário e ocupou lugar expressivo nas práticas da gestão, apagando a discussão sobre a atenção básica, nos anos 2000 esse nível de atenção começa a ser visualizado como nível de atenção importante para o sistema de saúde. Essa visão foi fortemente induzida pelo governo federal que compreendia a Estratégia Saúde da Família como a possibilidade de organização dos serviços de saúde, transformação do modelo de atenção e até mesmo consolidação de sistemas municipais de saúde.

A trajetória percorrida pela atenção básica no município do Rio de Janeiro de 1990 a 2008 foi composta por importantes desafios que se configuraram em diferentes momentos da história dessa cidade. Todo o caminho percorrido, com os seus acertos e os seus erros, contribuiu para a conformação da atenção básica que compõe o sistema municipal que segue enfrentando velhos e novos desafios, necessários para fomentar as discussões e o desejo por mudanças.

No quadro abaixo foi feita a tentativa de sistematizar os desafios colocados para a atenção básica em cada gestão municipal, assim como as potencialidades que favoreceram o desenvolvimento e a consolidação da atenção básica no município do Rio de Janeiro, também sinalizadas por gestão.

Quadro 7 - Potencialidades e desafios para a atenção básica do município do Rio de Janeiro no período estudado

Período	Gestão	Desafios do período colocados para a atenção básica	Potencialidades do período que favoreceram a atenção básica
1991 a 2001	Ronaldo Luiz Gazolla	<ul style="list-style-type: none"> -Arrraigada cultura hospitalar; - Contexto político e econômico voltado para a municipalização da saúde; - Terceirizações das equipes de saúde da família – parcerias com ONG e associação de moradores; - Violência nas comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organização da Superintendência de Saúde Coletiva; - Aumento do número de serviços de atenção básica; - Formulação das áreas programáticas de saúde; - Criação das Coordenações das Áreas Programáticas; - Institucionalização do PACS e PSF na SMS com a criação do Núcleo de Saúde Coletiva e da Coordenação de Saúde Coletiva - Implantação do PACS e do PSF
2001	Sergio Arouca Gestão durou aproximadamente cinco meses	<ul style="list-style-type: none"> - Inviabilidade política para a concretização das proposição do secretário de saúde - Quantitativo baixo de profissionais para o trabalho na atenção básica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um projeto de expansão massiva da atenção básica através da implantação de mais de 600 equipes de saúde da família – Proposta não concretizada - Elaboração de diferentes propostas para a atenção básica

2001 a 2006		<ul style="list-style-type: none"> - Conflitos internos na SMS, disputa de diferentes proposta dentro da equipe desse secretário - Coordenações de Área de Planejamento com baixa autonomia e desarticuladas 	
	<p>Ronaldo Cezar Coelho Gestão finalizada em fevereiro de 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investimentos voltados para a atenção hospitalar e ações programáticas; - Intensificação dos problemas advindos do processo de municipalização; - Crise da saúde pública do município; - pouca visibilidade política da atenção básica; - Baixa cobertura das equipes de ESF e PACS; - Problemas inerentes aos grandes centros urbanos; - Problemas com os recursos humanos (saída de profissionais por aposentadoria, terceirização dos profissionais e dificuldades de reposição e alocação, principalmente nos 	<ul style="list-style-type: none"> - O discurso sobre a importância da atenção básica e sobre a Estratégia Saúde da Família se mantém no discurso político da gestão, apesar desse nível de atenção não ter sido uma prioridade nessa gestão; - Implantação de algumas equipes de saúde da família; - Investimento em uma descentralização administrativa e orçamentária com intensa participação das CAP.

	<p>locais mais distantes e onde a violência estava presente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - terceirização através de ONG e Associação de moradores;
2006 a 2008	<p>Jacob Kligerman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crise de desabastecimento, falta de insumos; - Atenção básica se mantém como uma área não prioritária; - Baixa cobertura das equipes de ESF e PACS; - Esforço para manutenção de práticas e serviços antes existentes; - Poucas realizações no âmbito do setor saúde. <ul style="list-style-type: none"> - Duplicação no número de equipes de saúde da família e aumento no número de agentes comunitários de saúde no PACS, ainda assim a cobertura populacional é insuficiente; - Intensificação de indução por parte do governo federal para a adoção da ESF como possibilidade para organização dos serviços e transformação do modelo.

Fonte: construído pela própria autora

No esforço em responder aos objetivos deste estudo foi possível apreender que as regras institucionais construídas ao longo da história do setor saúde do país e do município do Rio de Janeiro foram fatores condicionantes dos rumos dados à atenção básica nessa cidade.

A atenção básica no município do Rio de Janeiro, entre 1990 a 2008, apesar de não se constituir na questão central dos debates e discussões políticas experimentou novas ideias no campo da atenção à saúde, como o trabalho dos agentes comunitários de saúde (desde o final da década de 1980) e o das equipes de saúde da família. A implantação desses trabalhos junto ao trabalho da atenção básica conformado nas décadas anteriores deu bases importantes para as mudanças futuras, nos anos posteriores ao período de estudo.

Tais experiências quando levadas em consideração somente o aspecto quantitativo, ou seja, a insuficiente cobertura populacional, anulam as disputas enfrentadas pelos vários atores que vivenciaram a dinâmica do município naquele momento e os desafios que ali existiram.

Nos anos 2000 o debate sobre a melhoria e expansão da atenção básica através da Estratégia Saúde da Família se intensificou e ganhou uma importante visibilidade política no âmbito federal tendo uma importante capilaridade nas pequenas e médias cidades do país, mas se mostrando com grandes dificuldades para se inserir no contexto dos grandes centros urbanos. Nesse sentido é importante repensar de que modo essa estratégia pode ser utilizada nas diferentes localidades do Brasil.

Diante do exposto até aqui, este trabalho busca contribuir para a compreensão do contexto da atenção básica no município do Rio de Janeiro do período que vai de 1990 a 2008. Existia neste município uma atenção básica alicerçada em outras diretrizes e com outras propostas que embora tivesse fatores limitantes para uma atenção integral à população daquele período, atendiam em maior ou em menor grau as necessidades de saúde daquela época.

As questões apresentadas nos possibilitam refletir sobre as reais possibilidades de implementação da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, como modelo a ser tomado pela atenção básica desse município e ainda com a função de organizadora do sistema de saúde de um município que tem como herança um legado político-institucional complexo.

Tentar visualizar o espaço conquistado pela ESF na atenção básica de uma grande cidade, como o Rio de Janeiro, foi uma tarefa complexa que exigiu saber um pouco da história dessa cidade, das escolhas realizadas por ela e do seu processo de construção.

Dessa forma foi feita a tentativa de enxergar e construir um pouco da trajetória da atenção básica e da ESF no município do Rio de Janeiro a partir do limitado material disponível sobre esse tema e das memórias dos atores que fizeram parte da construção do SUS e da atenção básica no período estudado.

Embora tenha-se a clareza das limitações desse trabalho, entende-se que o mesmo representa um ponto de partida para novas análises que busquem o aprofundamento de questões trazidas nesse material.

Espera-se ainda que este trabalho estimule a produção de novos estudos, que possibilitem o conhecimento de novas informações sobre a história da saúde desse município, seja no âmbito da atenção básica, seja sobre outras questões que envolvam a saúde no seu mais amplo sentido.

Referências bibliográficas

ALVES, C. A., MACHADO, C. V. A política do Ministério da Saúde para os hospitais federais situados no Rio de Janeiro no período de 2003 a 2006. Relatório Científico Final do Projeto de Pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006”(financiado pela FAPERJ, modalidade APQ 1/2007), 2008.

ARRETCHE, M. RELAÇÕES FEDERATIVAS NAS POLÍTICAS SOCIAIS. Revista Educação e sociedade. Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 25-48 25. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde/ Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 284p.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A Política de Atenção Básica do ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. Revista Trabalho e Saúde. v. 8, n. 1, p. 27-53, mar/jan. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da VII Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1980

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Saúde dentro de casa – programa Saúde da Família. Brasília, DF, março de 1994.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96. Brasília. DF. Publicado em 6/11/1996 no Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Brasil, 2014 acessar: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (Brasil, 2014b)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Brasil, 2014a. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacao_PROESF_Geral.pdf. Acessado em 04/04/2014.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação. Complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 545, de 20 de maio de 1993
Norma Operacional Básica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf

_____. Ministério da Saúde. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. 118 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados. elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 210 p. 2005c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 5392 de 10 de março de 2005b. Publicado no Diário Oficial da União em 11/03/2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5392.htm

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de administração sanitária. Revista História Ciência e Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro. v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007.

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: 03/12/2012.

CASTRO, A. L. B & FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. Organizado por Cristiane Vieira Machado, Tatiana Wargas de Faria Baptista e Luciana Dias Lima – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CAZELLI, C. M. Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. 151p. Rio de Janeiro, 2003.

COSTEIRA, E. M. A. Hospitais de Emergência da Cidade do Rio de Janeiro: uma nova abordagem para a eficiência do ambiente construído. Dissertação de mestrado submetida à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/hospitais_emergencia_rio.pdf

CUETO, M. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. Public Health Then and Now, Peer Reviewed. American Journal of Public Health. November 2004, Vol 94, No. 11. Acessado em: 01/12/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15514221>

ESCOREL, S. A História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar a Reforma Sanitária. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Lígia Giovanella, Sara Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et. al. (org). Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2008.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Organizado por Lígia

Giovanella, Sarah Escorel, Laura de Vasconcelos Costa Lobato, et. al. – Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 1112p. 2008

FAUSTO, M. C. F; MATTA, G.C. Atenção primária à Saúde. Márcia Valéria G. C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo (Org), Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Modelos de Atenção em Saúde e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 240p.

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 / Márcia Cristina Rodrigues Fausto. – 2005. 261f. Rio de Janeiro. IMS. Tese de doutorado.

GOULART, F. A. A. Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. ABRASCO/CONASEMS, 1996.

HOCHMAN, G. A Reforma da Saúde Pública ou quem deve ser o responsável pela doença que se pega? A Era do Saneamento. As bases da Política de Saúde Pública no Brasil. Segunda Edição. Editora Hucitec. São Paulo. Capítulo 3. p. 147. 2006.

HOCHMAN, G. CONSTELAÇÃO Capanema: intelectuais e política/Helena Bomeny (Org.). Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas: Bragança Paulista (SP): Ed Universidade de São Francisco, 2001. 202p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, 6(2): 269-291, 2001

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G; Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado.Construindo um novo modelo. Cadernos de Saúde da Família. Publicação do Ministério da Saúde. nº1, Jan/Jun, 1996.

LIMA, L. D.; O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 183f. 1999.

LIMA, A. L. S. Agentes Comunitários de Saúde: um capítulo de sua história em Manguinhos entre os anos de 1986 e 1989 (Rio de Janeiro). Dissertação de Mestrado. Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2012.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição Democrática” – Anos 80. In Physis – Revista de Saúde Coletiva. V. 1, n. 1, Rio: IMS/UERJ – Relume –Dumará. 1991.

MACHADO, C. V. Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: as experiências recentes. Revista Physis: revista de saúde coletiva. Vol. 11, n. 1, 2001.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA. T. W. F. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridades. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças/organizado por Cristiani Vieira Machado, Tatiana Vargas de Faria Baptista e Luciana Dias Lima – Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: p. 42-57, 2008.

MOURA, R. C. S. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma análise das suas concepções. Dissertação de Mestrado/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2009.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. Saúde e sociedade no Brasil: 80 anos/ Organizadores, Reinaldo Guimarães, Ricardo A. W. Tavares. – Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1994.

PARADA, R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. Physis: revista de saúde coletiva – Vol. 11, nº 1. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT, 2001.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Diário Oficial, Saúde em Foco – Encarte Especial. SMS/RJ. Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro. 1991b.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. I Conferência Municipal de Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 1991a.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. II Conferência Municipal de Saúde. Modelo Assistencial e Controle Social. Relatório Final. Rio de Janeiro, 1993.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. III Conferência Municipal de Saúde, 1995.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. IV Conferência Municipal de Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 1997.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. V Conferência Municipal de Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 1999.

Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto: “A implantação da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades”. Rio de Janeiro, 2001.

PUGIN, S. R. NASCIMENTO V. B. Principais marcos das mudanças institucionais do setor saúde. 1996. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI1.pdf

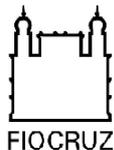
SANTOS, W, G. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro. Editora Campos. 138 p. 1979.

SOUSA, N. L. P. N. Dinâmica das relações intergovernamentais no processo de descentralização da saúde: o caso do município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado/ Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2010.

Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Relatório de Inspeção Ordinária das Unidades de Saúde. Rio de Janeiro. p.73. 2001.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família: informe final/Ana Luíza D'Avila Viana, Mário Roberto Dal Poz (coordenadores). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 35p. 1998.

ANEXOS

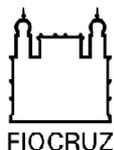


APÊNDICE A

Roteiro para entrevista

1. Fale um pouco da sua trajetória profissional dentro da saúde, com ênfase no trabalho que você realizou no Rio de Janeiro até os dias de hoje.
2. Como estavam a Secretaria Municipal de Saúde e a Atenção Básica no RJ no início dos anos 90?
3. Como estava organizada a Atenção Básica nessa década? Que tipos de unidades de saúde faziam parte dela nesse período?
4. Quais as opções feitas por Ronaldo Gazolla na sua gestão enquanto Secretário de Saúde (fazer um balanço)? Na primeira metade da década de 1990 iniciou-se o processo de descentralização das unidades de saúde no município do RJ. Como se deu esse processo? E por que se pensou nisso naquele momento? E sobre a municipalização dos PAM, em 1996?
5. Como se deu o processo de habilitação do município do RJ e como ocorreu a passagem da Gestão de Atenção Básica para a Gestão Plena?
6. A história do município, no âmbito da atenção básica, nos mostra que desde o fim da década de 80 algumas propostas já eram experimentadas em algumas comunidades do RJ. Eram experiências que ocorriam pontualmente e diluídas no município, propostas diferentes para a atenção em saúde que se conformavam em vários “modelos”. Como era a convivência dessas diferentes experiências que ocorriam, no município?
7. Como se dava a integração entre os programas e as unidades de saúde nesse momento da história da atenção básica.
8. A década de 90 foi marcada pela a intensa discussão sobre a necessidade de mudança no modelo de atenção e como proposta para essa mudança no modelo de atenção em saúde foi pensado o PSF, que é fruto de outras experiências em âmbito nacional. Como essa proposta foi pensada para o RJ e por que a escolha por Paquetá para iniciar a sua implantação?

9. Já havia uma rede de serviços montada no município. O RJ foi resistente à essas proposta de mudança no modelo de atenção com a implantação de equipes de ACS e equipes de saúde da família?
10. Como foi a passagem da gestão de Gazolla para Sergio Arouca. Qual foi a proposta deste para a saúde no município do RJ, dar ênfase à Atenção Básica. Como foi a Gestão do mesmo enquanto secretário de Saúde?
11. Como se deu a entrada de Ronaldo C. Coelho na SMS e como foi a sua gestão? Quais as suas escolhas, propostas, para a saúde no município, dar ênfase à Atenção Básica.
12. Em 2005 tivemos a crise da Saúde Pública do Município (crise dos hospitais). Como estava a Atenção Básica nesse momento? E o que o PROESF representou para o município?
13. De acordo com alguns estudos observamos que no período de 1995 a 2000, por exemplo, temos a implantação tanto do PSF quanto do PACS. Quais eram os critérios para a escolha de um ou de outro programa nas diferentes localidades do município? Ainda estão sendo implantadas equipes de ACS no município do Rio de Janeiro? Pois os dados da SUBPAV nos mostra que ainda existem equipes implantadas no município, principalmente nas CAP 3.1, 3.2 e 3.3?



APÊNDICE B

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro: desafios da atenção primária numa grande cidade” desenvolvida pela aluna Danielle Moreira de Castro Lima, sob orientação da Prof. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar a trajetória de implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, no período de 1993 a 2008.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação no contexto da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista.

A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa serão divulgados por intermédio da Dissertação de mestrado da pesquisadora responsável, de artigos científicos publicados em revistas qualificadas e apresentações de trabalhos em eventos científicos.

Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os dados coletados na entrevista serão arquivados, por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela pesquisadora e sua orientadora.

Esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação por intermédio do seu papel/função institucional no

processo de formulação das políticas, serão evitadas. Porém, caso você autorize e seja necessário para a compreensão da conjuntura, seu papel/função poderá ser identificado.

O benefício relacionado com a sua participação nessa pesquisa é o de contribuir com a identificação do processo de conformação da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro dando subsídios para o entendimento da conformação da Atenção Primária nesse município. A pesquisa não apresenta riscos diretos nem indiretos aos sujeitos da pesquisa. Entretanto, poderão ocorrer identificações dos sujeitos entrevistados em razão do cargo público ocupado. Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

- Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados.
- Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas.
- Solicito que meus dados pessoais sejam mantidos em completo sigilo.

Você receberá uma cópia assinada deste termo onde constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Danielle Moreira de Castro Lima
Pesquisadora – email: danielle_ufc@hotmail.com
Tel: (21)8145-8347
Prof. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Pesquisadora-Orientadora
Email: twargas@ensp.fiocruz.br
DAPS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849
Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome e assinatura do entrevistado)