

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Flávio Augusto Guimarães de Souza

A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
contradições, limites e possibilidades para efetivação do SUS:  
um estudo de caso na Área de Planejamento 5.3

Rio de Janeiro

2015

Flávio Augusto Guimarães de Souza

A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
contradições, limites e possibilidades para efetivação do SUS:  
um estudo de caso na Área de Planejamento 5.3

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para obtenção do título de mestre em  
Educação Profissional em Saúde

Orientadora: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Rio de Janeiro

2015

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S729r Souza, Flávio Augusto Guimarães de  
A reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro: contradições, limites e possibilidades para efetivação do SUS: um estudo de caso na Área de Planejamento 5.3 / Flávio Augusto Guimarães de Souza. - Rio de Janeiro, 2015.  
111 f.

Orientador: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Reforma Sanitária. 3. Atenção à Saúde. 4. Redes de Atenção à Saúde. 5. Nova Gestão Pública. I. Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo. II. Título.

CDD 362.1

Flávio Augusto Guimarães de Souza

A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
contradições, limites e possibilidades para efetivação do SUS:  
um estudo de caso na Área de Planejamento 5.3

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para obtenção do título de mestre em  
Educação Profissional em Saúde

Aprovado em 08/09/2015

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes – FIOCRUZ / EPSJV

---

Dr. Gustavo Corrêa Matta – FIOCRUZ / EPSJV

---

Dra. Monica de Rezende – FIOCRUZ / ENSP

*Dedico este trabalho  
para minha querida esposa Bianca;  
para meus filhos, Marina, Bento Augusto e Lucas;  
e para meus pais, Lucio e Nilda.*

## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas.

Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade.

A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, à minha amada esposa Bianca, para quem não há agradecimentos que cheguem. O seu carinho e compreensão nas horas mais difíceis. A ela dedico este trabalho.

Aos meus três tesouros, Mariana, Bento e Lucas, pelos sorrisos e abraços, combustíveis inesgotáveis.

Aos meus pais, pelos incentivos constantes e por acreditarem em minha trajetória profissional.

Ao meu irmão Lucio, a minha irmã Luciana, minhas sobrinhas, Isis, Clara e Maria Morena, minhas cunhadas, Helaine e Cintia, meus cunhados, Junior e Cadu, muito obrigado pelos sábados e domingos em família, que contribuíram em muito com meu bem estar.

Ao meu sogro e sogra, Rubem e Lucia, pela ajuda essencial nos cuidados dos meus filhos.

À Márcia Lopes pelo incentivo e confiança depositada desde o primeiro encontro e por passar tranquilidade e segurança em todo o processo de orientação pedagógica.

Ao Gustavo Matta e Monica de Rezende pelas valiosas sugestões no momento da qualificação e apontamento da pertinência e viabilidade do estudo.

Aos amigos Aurea, Gabriela, Ana Carla, Leila, Zilma e toda família da CAP 5.3, cada um à sua maneira, foram fundamentais ao longo do meu processo de formação pessoal, intelectual e acadêmica.

A todos obrigado por permitirem que esta tese seja uma realidade

## RESUMO

Esta dissertação analisa o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, a partir da experiência da área de planejamento 5.3, no período de 2009 a 2014.

A construção do estudo teve por base de sustentação o estudo bibliográfico e o levantamento e análise de documentos. Procurou-se garantir uma interconexão dos objetivos específicos, tendo em vista a importância dos mesmos para compreender o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, a partir da experiência da área de planejamento 5.3, no período de 2009 a 2014. Para tal, foi necessário identificar e analisar as diretrizes que embasaram o processo de reorganização da atenção primária no município, analisar a contribuição da discussão de Redes de Atenção à Saúde e analisar o modelo de gestão implantado no município do Rio de Janeiro. A análise dos documentos propiciaram o estudo do caso. Ao analisar os documentos não se encontram evidências de valorização dos princípios éticos políticos da Reforma Sanitária. No que diz respeito às expectativas do Programa Saúde Presente é possível inferir que o setor saúde permanece isolado sendo incapaz de favorecer um processo de transformação social. Para uma possível retomada das discussões originais da Reforma Sanitária, faz-se necessário a discussão de modelo de gestão, considerando os contratos de gestão como instrumento transitório. Embora o processo de reorganização da APS, já iniciado e pautado nesta ferramenta, tenha permitido a ampliação do acesso de forma muito acelerada, este formato de gestão não favorece a construção de processo coletivo e emancipatório. Para retomada desta contenda, a participação efetiva do Conselho de Saúde surge como caminho inicial para uma discussão mais ampla dos determinantes e condicionantes do processo saúde doença; e também sobre o processo de trabalho das equipes, para que conceitos como o vínculo e escuta não sejam engolidos pelas metas.

Palavras-chave: Reforma Sanitária, Modelo de Atenção à Saúde, Atenção Primária, Redes de Atenção à Saúde e Nova Gestão Pública

## **ABSTRACT**

This dissertation analyzes the primary care reorganization process in the municipality of Rio de Janeiro, from the planning area of 5.3 experience, from 2009 to 2014.

Construction of the study had the support base the bibliographic study and survey and document analysis. It sought to ensure interconnection of specific goals, considering their importance for understanding the process of reorganization of primary care in the city of Rio de Janeiro, from the planning area of expertise 5.3, from 2009 to 2014. To do this it was necessary to identify and analyze the guidelines that supported the process of reorganization of primary care in the city, analyzing the contribution of Care Networks Discussion Health and analyze the management model implemented in the municipality of Rio de Janeiro. The analysis of documents led to the case study. By analyzing the documents are not evidence of recovery of political ethical principles of health reform. With regard to expectations Gift Health Program is possible to infer that the health sector remains isolated and unable to facilitate a process of social transformation. For a possible resumption of the original discussions of health reform, it is necessary to discuss the management model, considering the management contracts as a transitional instrument. Although the process of reorganization of APS, already initiated and guided this tool has allowed the expansion of the very rapid pace access, this management format does not favor the construction of collective and emancipator process. To resume this dispute, the effective participation of the Health Council comes as initial path for a broader discussion of the determinants of the health conditions and disease; and also on the work process of the teams, so that concepts such as bond and listening are not swallowed by goals.

Keywords: Health Reform, Care Model Health, Primary Care, Health Care Networks and New Public Management

## **LISTA DE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....               | 44 |
| Figura 2. Modelo de Pirâmide de Riscos.....                          | 45 |
| Figura 3. Espectro da Atenção à Saúde nas Condições Crônicas.....    | 46 |
| Figura 4. Determinação Social da Saúde.....                          | 48 |
| Figura 5. Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro ..... | 72 |

## **LISTA DE TABELAS**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1. Órgãos de Controle Previstos na Legislação ..... | 65 |
| Tabela 2. Instrumento para Controle e Responsável .....    | 65 |
| Tabela 3. Número de Famílias Cadastradas .....             | 93 |

## **LISTA DE GRÁFICOS**

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1. Despesa Hospitalar x Cobertura Saúde da Família .....                                    | 76 |
| Gráfico 2. Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões, MRJ, 2008 a 2012 ..... | 81 |
| Gráfico 4. Taxa de Mortalidade Infantil.....  | 93 |
| Gráfico 5. Principais Grupos de Causa de Óbito – AP 5.3 – 2014.....                                 | 94 |
| Gráfico 6. Taxa de por Grupos de Causas - 2000 a 2014.....  | 94 |
| Gráfico 7. Produção Ambulatorial apresentada e aprovada na AP 5.3 nos anos de 2011 a 2014 .....     | 96 |

## **LISTA DE QUADROS**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1. Média de Habitantes por Equipe ..... | 89 |
|--|----|

## LISTA DE SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva                                     |
| ACS     | Agentes Comunitários de Saúde   |
| AIS     | Ações Integradas de Saúde   |
| AP      | Área de Planejamento  |
| APS     | Atenção Primária à Saúde  |
| BID     | Banco Interamericano de Desenvolvimento                                     |
| CAP     | Coordenadoria de Área de Planejamento                                       |
| CEBES   | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde                                       |
| CNDSS   | Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde                   |
| CODS    | Conselho Distrital de Saúde   |
| CONASS  | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde                         |
| COQUALI | Comissão de Qualificação de Organizações Sociais                            |
| CTA     | Comissão Técnica de Avaliação   |
| CTACS   | Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde do Município do Rio de Janeiro |
| DAPS    | Divisão de Ações e Programas de Saúde                                       |
| DCNT    | Doenças Crônicas não Transmissíveis   |
| DICA    | Divisão de Informação, Controle e Avaliação                                 |
| DRH     | Divisão de Recursos Humanos   |
| DSS     | Determinação Social da Saúde  |
| DVS     | Divisão Vigilância em Saúde   |
| EAB     | Equipes de Atenção Básica   |
| ENSP    | Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca                              |
| EPSJV   | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio                                |
| ESF     | Estratégia de Saúde da Família  |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz   |
| ICM     | Índice de Cumprimento de Metas  |
| IDH     | Índice de Desenvolvimento Humano  |
| LOS     | Lei Orgânica da Saúde   |
| MACC    | Modelo de Atenção às Condições Crônicas                                     |
| MARE    | Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado                     |
| MPR     | Modelo da Pirâmide de Risco   |

|           |   |
|-----------|---|
| MS        | Ministério da Saúde   |
| NOAS      | Norma Operacional da Assistência à Saúde                          |
| OMS       | Organização Mundial de Saúde                                      |
| ONG       | Organizações não governamentais                                   |
| OPAS      | Organização Pan-Americana de Saúde                                |
| OS        | Organização Social  |
| OSS       | Organização Social da Saúde                                       |
| PAB       | Piso da Atenção Básica  |
| PACS      | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                         |
| PIASS     | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento        |
| PNAB      | Política Nacional de Atenção Básica                               |
| PROFORMAR | Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde     |
| PSF       | Programa de Saúde da Família                                      |
| RAS       | Rede de Atenção à Saúde   |
| RSB       | Reforma Sanitária Brasileira                                      |
| SESP      | Serviço Especial de Saúde Pública                                 |
| SIAB      | Sistema de Informação da Atenção Básica                           |
| SIAP      | Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento           |
| SILOS     | Sistemas Locais de Saúde  |
| SMS       | Secretaria Municipal de Saúde                                     |
| SUBPAV    | Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde |
| SUS       | Sistema Único de Saúde  |
| TCMRJ     | Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro                 |
| TEIAS     | Territórios Integrados de Atenção à Saúde                         |
| USF       | Unidade de Saúde da Família                                       |

## SUMÁRIO

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 12  |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVO GERAL</b> .....   | 15  |
| 2.1      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 15  |
| <b>3</b> | <b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....  | 16  |
| <b>4</b> | <b>MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL QUE ORIENTOU A PESQUISA</b> .....   | 18  |
| 4.1.     | A REFORMA SANITÁRIA, OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS -<br>CONTEXTOS HISTÓRICOS .....                          | 18  |
| 4.2.     | O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE, A ATENÇÃO PRIMARIA NO BRASIL<br>E A DISCUSSÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....    | 29  |
| 4.3.     | A REFORMA DE ESTADO E A NOVA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL .....   | 48  |
| <b>5</b> | <b>A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMARIA NA ÁREA DE<br/>PLANEJAMENTO 5.3 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO</b> ..... | 72  |
| <b>6</b> | <b>O MODELO DE GESTÃO E O SUS, QUE CAMINHO É ESTE ?</b> .....   | 86  |
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 101 |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 106 |

## 1 INTRODUÇÃO

A motivação pelo tema surgiu a partir das inquietações que permearam a minha trajetória profissional e acadêmica, boa parte dela vivenciada na área de planejamento 5.3 do município do Rio de Janeiro, ao longo de 12 anos, completados em novembro de 2014.

Durante este período, como servidor público municipal, convivi com a gestão de dois prefeitos, a do ex-prefeito Cesar Maia, entre 2002, ano em que tomei posse, e 2008, fim do terceiro mandato, e a partir de 2009, a do atual prefeito Eduardo Paes; o que permitiu observar dualidades históricas no processo de implantação do Sistema Nacional de Saúde.

Em 2002, iniciei a aproximação com a saúde pública do município, como cirurgião-dentista na unidade de saúde do bairro de Paciência, área de planejamento 5.3 (AP 5.3), responsável pelo Programa Dentescola. Este primeiro contato despertou um novo modo de apreender a odontologia, nas creches e escolas da rede pública, fora das quatro paredes do consultório, onde as ações de promoção de saúde de forma interdisciplinar e intersetorial favoreciam a aproximação entre os diferentes atores sociais envolvidos, crianças, pais, professores e profissionais de saúde.

No período de agosto de 2004 até março de 2006, atuei em uma Unidade de Saúde da Família (USF), da AP 5.3, do Município do Rio de Janeiro como cirurgião-dentista; esta unidade formada por duas equipes de saúde da família e uma equipe de Saúde Bucal modalidade II, para atender uma comunidade de cerca de 6.000 pessoas. Cabe destacar que esta comunidade estava localizada no bairro de Sepetiba, num vazio assistencial, pois no território de abrangência não contávamos com nenhum equipamento social. Participei ativamente do processo de implantação da unidade, onde foi possível, conjuntamente com os demais colegas de trabalho, realizar o mapeamento, construir junto com os moradores o histórico da comunidade, orientar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante a fase de cadastramento e elaborar o mapa de risco, em um território vivo, cheio de anseios e expectativas.

No período compreendido entre 2006 e 2008, vivenciei uma experiência profissional, enquanto residente do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. O campo de prática foi em outra USF da AP 5.3 o que permitiu a compreensão do processo de trabalho das equipes e do sistema de informação da atenção básica (SIAB), fatos estes, que aliados ao arcabouço teórico fornecido pela ENSP despertaram algumas reflexões como, por exemplo, a percepção de que a ausência de um instrumento para

o levantamento epidemiológico centrado no indivíduo e na família impede que se aplique aos programas preventivos o princípio da equidade<sup>1</sup>.

De 2008 a 2012, atuei no âmbito da gestão, na Coordenadoria de Saúde da AP 5.3 (CAP 5.3), do MRJ, como assessor da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que possibilitou experimentar diferentes temas/espços da coordenadoria, como a DVS - Vigilância em Saúde, DICA - Informação, Controle e Avaliação, DRH - Recursos Humanos e DAPS - Ações e Programas de Saúde.

Durante este caminho, exerci algumas práticas docentes, oportunidades conquistadas na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Tutor do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar / Rio de Janeiro, de 2010 a 2011; e Professor fixo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde do Município do Rio de Janeiro - CTACS, de novembro de 2011 a fevereiro de 2013. As experiências educadoras permitiram valorizar conceitos que rompem com um processo de educação que considera o adestramento da força de trabalho, através de reflexões históricas sobre o trabalho.

Atualmente, ocupo o cargo de Coordenador de Gestão Administrativa da área de planejamento 5.3, do município do Rio de Janeiro, uma missão que de acordo com as competências divulgadas no Sistema Integrado de Codificação Institucional<sup>2</sup>, permite o acompanhamento de diversas dinâmicas no nível local do sistema de saúde, quer sejam:

- Definir as diretrizes necessárias ao desenvolvimento dos planos de ação estabelecidos no Contrato de Gestão no que se refere a sua área;
- Coordenar, na sua área de abrangência e de acordo com os respectivos Sistemas Municipais, as atividades relativas:
  - Ao planejamento, administração, treinamento e desenvolvimento e valorização do servidor;
  - Licitação, administração de material e suprimentos, patrimônio, comunicações administrativas, execução orçamentária, manutenção de bens móveis, serviços gerais e transportes;
  - Elaboração de propostas e projetos para a construção, ampliação, reforma, manutenção e instalação de equipamentos;
  - Ao desenvolvimento institucional;

---

<sup>1</sup>"Equidade em Saúde - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio." 2010. 14 Oct. 2013  
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>

<sup>2</sup> Sistema formulado pela Coordenadoria Especial de Gestão Institucional, da Secretaria Municipal da Casa Cível  
<http://sici.rio.rj.gov.br/bjms/prma.php>

- à análise e controle de custos.
- cooperar com as atividades de administração das Unidades de Saúde municipais na sua área de abrangência.

As trajetórias acadêmicas e profissionais trouxeram reflexões sobre o papel do sistema de saúde frente à realidade local, qual a sua missão: a “simples” oferta de serviços de saúde, um cardápio de ações ou uma resposta às necessidades de saúde da população, recuperando a importância de conceber a saúde com base em seus determinantes e condicionantes sociais?

O Rio de Janeiro como outros grandes centros urbanos do país, destaca-se com uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, ou seja, uma agenda não concluída de infecções, crescimento do grupo de causas externas e a predominância relativa das doenças crônicas. Uma extensa literatura acadêmica sinaliza que nos grandes centros urbanos observam-se um sistema fragmentado de saúde que opera de forma episódica e reativa e que é voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

Nessa esteira, o município do Rio de Janeiro aparece como ponto interessante de estudo, pois com o investimento realizado a partir de 2009 projetava-se uma mudança do paradigma da saúde no município.

Pelo exposto e, tendo como ponto disparador a necessidade de incorporação das diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, o Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, justifica-se a pretensão deste estudo: compreender o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, a partir da área de planejamento 5.3, no período de 2009 a 2014.

Objetiva-se então, analisar o processo de reorganização da APS na AP 5.3; a partir da identificação e análise dos documentos que embasaram este processo.

E ainda, a partir das análises sucessivas da produção social da saúde buscar respostas que permitam a superação da perspectiva restrita das teorias administrativas. Desta forma, este estudo constitui ainda um estímulo sobre a possibilidade de criar e recriar a história do trabalho em saúde no SUS.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, a partir da experiência da área de planejamento 5.3, no período de 2009 a 2014.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar e analisar as diretrizes que embasaram o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro;
2. Analisar a contribuição da discussão de Redes de Atenção à Saúde para o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro;
3. Analisar o modelo de gestão implantado no processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho busca compreender o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, a partir da experiência da área de planejamento 5.3, no período de 2009 a 2014.

Foi circunstanciada pela implantação do Programa Saúde Presente na AP 5.3, a partir de 2009, que impulsionou a expansão da Estratégia de Saúde da Família na região e o desenvolvimento de um novo processo de gestão.

Procurou-se, desde o estudo bibliográfico e do levantamento de documentos, garantir uma interconexão dos objetivos específicos, tendo em vista a importância dos mesmos para compreender o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, a partir da experiência da área de planejamento 5.3, no período de 2009 a 2014. Para tal, foi necessário identificar e analisar as diretrizes que embasaram o processo de reorganização da atenção primária no município, analisar a contribuição da discussão de Redes de Atenção à Saúde para o processo de reorganização da atenção primária no município e analisar o modelo de gestão implantado no processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro.

Iniciou-se com uma fase de leitura, a princípio sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim se tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais, muitas das impressões trabalhadas no contato direto com o material afloraram lembranças profissionais que auxiliaram na condução pesquisa.

A revisão bibliográfica serviu para acercar-se de três grandes questões: A Reforma Sanitária, os princípios e diretrizes do SUS - contextos históricos, O Modelo de Atenção à Saúde, A Atenção Primária no Brasil e A Discussão de Redes de Atenção à Saúde e A Reforma de Estado e A Nova Gestão Pública no Brasil. As possíveis relações entre elas foram valorizadas na tentativa de compreender o processo de reorganização da Atenção Primária em Saúde na AP 5.3.

No período de Agosto a Dezembro de 2014, além do estudo bibliográfico foi realizado um levantamento de documentos. Buscou-se pelos documentos que motivaram o Programa Saúde Presente, bem como os que possibilitaram a implantação deste programa na AP 5.3.

Foram utilizados os seguintes documentos:

1. Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009 – 2012;

2. Contrato de Gestão firmado na AP 5.3 entre a OS SPDM e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2014;
3. Orientação para Expansão das Clínicas da Família no Rio de Janeiro;
4. Os Relatórios de Gestão da CAP 5.3 – 2009 a 2014.

A identificação e a análise dos documentos propiciaram o estudo do caso. Levou-se em consideração a parceria firmada entre a administração pública e o ente privado, os indicadores pactuados, o modelo de atenção em saúde necessário para responder as necessidades de saúde da população, assim como as repercussões deste mecanismo para o trabalho dos profissionais envolvidos.

O estudo realizado considerou ainda quatro dimensões: os determinantes sociais, as condições de saúde, a estrutura do sistema de saúde e o seu desempenho.

No que tange os determinantes sociais foram avaliados os aspectos socioeconômicos e demográficos da região; com relação as condições de saúde da população, indicadores de mortalidade. Mais especificamente sobre a estrutura do sistema local de saúde considerou-se o a proposta das Redes de Atenção à Saúde; e por último para o desempenho dos serviços locais, apreendeu-se o componente acesso.

Com esse entendimento, é que analisamos o processo de reorganização da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, a partir de uma visão integradora que implica em reconhecer os limites, as contradições e as possibilidades para efetivação do SUS.

## **4 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL QUE ORIENTOU A PESQUISA**

### **4.1. A REFORMA SANITÁRIA, OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS - CONTEXTOS HISTÓRICOS**

No decorrer dos últimos anos, algumas medidas administrativas, principalmente por parte do Ministério da Saúde, foram desenvolvidas com o objetivo de consolidar o caráter prioritário da atenção básica nas ações de saúde.

Este caráter prioritário surge a partir de debates e disputas em torno da política brasileira. De um lado, um projeto contra hegemônico que provocaria mudanças na forma de enfrentar a questão saúde na sociedade, incluindo uma dimensão ética. De outro, um projeto setorial iniciando-se como uma reforma administrativa e contemplando a produção e reprodução do capitalismo.

O SUS tem sua origem a partir da crise do modelo médico assistencial privatista hegemônico na segunda metade do século passado que teve como principais características, a extensão de cobertura previdenciária, o privilégio da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas, a criação de um complexo médico industrial e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos.

Portanto, até o início da década de 70, a atenção à saúde no Brasil pautava-se na prestação de serviços médico-hospitalares, com enfoque curativo, através da demanda espontânea aos serviços. Caracterizava-se por ações de alto custo e pouco impacto, com baixa cobertura.

O reconhecimento da determinação econômica e social da saúde em várias partes do mundo iniciou a busca por uma abordagem positiva que visasse superar a orientação centrada predominantemente no controle da doença. Esse movimento foi formalizado em 1978, em Alma Ata, na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, cujo relatório final afirmou que os cuidados primários seriam os principais meios para que a população pudesse alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo. Esta meta ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, e repercutiu na implantação de programas de Atenção Primária à Saúde (APS) em inúmeros países. Os princípios enunciados nesta Conferência foram confirmados pela Assembléia Mundial Saúde em sua reunião subsequente, em 1979. A APS foi então definida como:

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

Concomitantemente às propostas internacionais decorrentes da Conferência de Alma Ata, há a necessidade, no Brasil, de desenvolver e de expandir a cobertura para contingentes populacionais excluídos pelo modelo de saúde previdenciário, especialmente a população rural e a periferia dos centros urbanos. Este período é considerado o início do movimento contra hegemônico que, nos anos 80, se conformaria na RSB. O país sofria com um processo inflacionário e uma crise fiscal sem controle, ao lado do crescimento dos movimentos oposicionistas e de divisões internas nas forças que apoiavam o regime ditatorial militar.

### **A Reforma Sanitária e o SUS**

Nas décadas de 70 e 80 destacavam-se os brutais indicadores que traduziam uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, condenando à pobreza largas parcelas da nossa população, como também, pela candente questão da necessidade da reforma do Estado, identificado como historicamente ineficiente.

Desta forma, articulava-se uma imbricada rede de questões que trazia à tona a relação Estado/sociedade e Estado/mercado, em um contexto em que predominavam, de um lado, políticas econômicas voltadas para a estabilização da moeda e o ajuste estrutural da economia e, de outro, a complexa relação entre democracia política e democracia social.

No campo da saúde, os avanços das lutas democráticas trouxeram importantes desdobramentos, como a criação do CEBES, em 1976, e da ABRASCO, em 1979. Desse modo, constituíram-se como centros intelectuais coletivos, espaços de militância e de formulação. Em termos gramscianos, exerceram uma contra-hegemonia política e cultural ancorada na questão democrática da saúde. Atuaram na defesa do direito à saúde, enfatizaram os determinantes sociais do processo saúde-doença e desenvolveram a idéia e a proposta da Reforma Sanitária (PAIM, 2007).

Com o avanço do movimento sanitário, a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais foi possível consolidar a proposta da RSB, cuja principal característica era a formulação do pensamento crítico das políticas de saúde do país. Como princípios e diretrizes da RSB, destacaram-se o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento desta como direito de cidadania e a necessidade da participação popular no controle social.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. (8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE/RELATÓRIO FINAL, 1986, p.4)

No entanto houve uma perda significativa, no que tange ao conceito de saúde expresso no texto final da Constituição Federal de 1988, resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte.

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, Art. 196)

Faleiros (*et al*, 2006) reconhece a complexidade da Reforma Sanitária, da constituição e da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, ao sinalizar as dificuldades, os enfrentamentos, os conflitos e os consensos entre os atores em cena, na busca de uma nova institucionalidade com perspectiva incluyente. Os autores destacam a saúde como um bem econômico não restrito ao mercado, e como forma de vida da sociedade, um direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano.

Vale ressaltar que a RSB não se limitava à construção do SUS, outras respostas significativas eram necessárias como por exemplos, às políticas econômicas, sociais, ambientais e culturais.

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, pautada pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular. O SUS, que fortaleceu a perspectiva de um novo modelo assistencial, foi posteriormente regulamentado através das Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas de “Lei Orgânica da Saúde”.

Na LOS no 8.080/90, destacam-se os princípios organizativos e operacionais do Sistema de tal modo que indica a descentralização político-administrativa e enfatiza a municipalização dos serviços de saúde, com redistribuição de poder, de competências e de recursos, e afirma o novo conceito:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.  
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

O presidente Fernando Collor impôs vetos importantes inseridos nesta Lei e que atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil organizada gerou a Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que no seu artigo 1º. regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

A participação popular, garantida na LOS de no 8.142/90 por meio de Conselhos e Conferências nas três instâncias de governo (municipal, estadual e federal), define a maneira que a população irá acompanhar e fiscalizaras políticas de saúde.

Esta lei, em seu artigo terceiro, também define que os recursos financeiros para o SUS “deverão ser repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e o Distrito Federal”.

O processo de consolidação do SUS ocorreu exatamente quando se implantou no Brasil as décadas neoliberais, com os Governos de Collor, Itamar, Fernando Henrique, Lula e Dilma.

A configuração do SUS não rompeu com o modelo capitalista de organização dos serviços de saúde fortemente identificado com a medicina curativa. Diante deste cenário diferentes setores da sociedade passaram a questionar e argumentar que para a real consolidação do SUS, são essenciais modificações na gestão, na organização e no

financiamento das ações em saúde, sendo necessário desconstruir o atual modelo de cuidado curativista e considerar os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

### **A Estratégia de Saúde da Família**

Mesmo com um novo caminho para construir-se a saúde, observava-se que as formas de encaminhar as questões no cotidiano reproduziam o modelo de atenção curativa e as práticas centralizadoras e autoritárias, historicamente predominantes nas políticas de saúde do País.

Encarar a saúde apenas como ausência de doenças legou um quadro repleto não somente das próprias doenças, como também de iniquidades, ineficiência do setor, insatisfação dos usuários, exclusão social e falta de comprometimento profissional.

No intuito gerar respostas aos crescentes questionamentos, em 1991, o Ministério da Saúde (MS) cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como parte do processo de reforma do setor da saúde, objetivava aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, em localidades pobres do país.

Este programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários, profissionais que residem no próprio território de atuação. Estes têm a missão de promover o acompanhamento das famílias residentes no seu território de trabalho.

O PACS teve efeitos positivos na melhoria de alguns indicadores nas comunidades pobres onde foi implantado. Essas experiências bem sucedidas contribuíram para discussão de outros modelos organização dos serviços de saúde.

Nessa cadência, o Programa de Saúde da Família (PSF) nasceu com a finalidade de reorganizar a Atenção Básica à Saúde de acordo com os preceitos do SUS e estender suas ações para e junto à comunidade.

Vale ressaltar, que a proposta do PSF faz parte da parceria estratégica entre o Brasil e o Banco Mundial. Observa-se desde criação do PACS um cenário de disputa entre um processo de transformação social e uma cesta básica de serviços para os pobres.

Os documentos defensores do PACS e do PSF afirmam que o propósito de estender a cobertura assistencial às áreas mais pobres e de risco visam à equidade através da proteção, da prevenção e da promoção da saúde. Entende-se que a equidade é princípio imprescindível na

garantia de direitos, entretanto, indaga-se se a atenção básica é porta de entrada para a rede assistencial em saúde para todos os cidadãos? Ou seja, mesmo que a essência dos Programas seja louvável, é útil destacar que ao mesmo tempo em que visa à universalidade das ações em saúde, eles surgem especialmente para a população pobre e de risco, ou seja, desenvolve ações focalizadas a uma parte da população, o que demonstra a influência da lógica neoliberal sobre o mesmo.

No mesmo ano de sua criação, o Ministério da Saúde, deixa progressivamente de reconhecê-lo como um programa verticalizado e focalizado, endereçando-o como uma estratégia, para a reorientação do modelo de ações às necessidades provindas da saúde.

Em 2006, o PSF se consolidou definitivamente como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, nesse sentido o Ministério da Saúde emitiu a Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, na qual ficou estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica no Brasil. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família - ESF.

Segundo o discurso oficial, a ESF deve substituir a rede de Atenção Básica<sup>3</sup> tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuam. Além de obedecer aos princípios gerais da Atenção Básica, a ESF deve atuar no território, realizar o cadastramento domiciliar, o diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas prioritários de saúde doença da população de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas. Além disso, a ESF deve desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional; deve buscar a integração com instituições e organizações civis, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e deve ser um espaço de construção de cidadania.

A ESF surge como orientadora de mudança no modelo de assistência à saúde na medida em que seu trabalho é centrado na família e nos fatores ambientais da comunidade, e conduzido pela promoção e prevenção da saúde, sem, no entanto, desprezar a clínica, visto

---

<sup>3</sup>Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Disponível: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

que a integralidade da atenção é um de seus princípios norteadores. De acordo com o MS, tal modelo de atenção está “centrado na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, que possibilitando as equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas”.

A Atenção Básica em saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2006 - é orientada pelos seguintes princípios: “[...] da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (POLÍTICANACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

Em 2011, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A nova PNAB manteve muito da anterior, e consolidou as mudanças que ocorreram desde então, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, as equipes de Saúde da Família ribeirinhas, o Programa Saúde na Escola, e a recente flexibilização da carga horária médica nas equipes de Saúde da Família, houve também a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua),

É válido salientar que os princípios da atenção básica enfatizam a questão do cuidado, do vínculo e da continuidade, que não são enfatizadas nos princípios do SUS. Os princípios do vínculo e da continuidade referem-se à construção de “laços” entre os profissionais em saúde e a população usuária do SUS, garantindo a permanência no atendimento dos mesmos. Esse princípio tem relação com o da participação social, pois, a construção do vínculo também se dá através do incentivo aos usuários de participarem na melhoria do SUS. Isso acontece, principalmente, por meio das conferências e dos conselhos de saúde, que têm espaço reservado para a participação dos usuários.

A consolidação e a qualificação da ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Assim, com a ESF, a ABS passou de uma perspectiva marginal no financiamento do sistema de saúde do país para uma concepção estratégica de reorientação do modelo de atenção.

Segundo o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, em 2012, além do aumento dos recursos (quase 40% em relação a 2010) repassados fundo a fundo desde a

criação do Piso da Atenção Básica (PAB), a nova PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família e cria um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.

Outra discussão importante diz respeito à territorialização que consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância.

O SUS utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a micro-área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros, são áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder.

As bases estruturantes do SUS foram constituídas a partir de um diagnóstico feito pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira ao longo dos anos 70-80, onde se destacavam as seguintes considerações relativas ao setor e aos serviços por ele ofertados à população:

- Desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- Excessiva centralização implicando por vezes em impropriedades das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas;
- Baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e mais regiões mais carentes.

- Irresolutividade, desperdício e fragmentação das ações e serviços no enfrentamento aos problemas e necessidades apontadas nas diferentes regiões e populações brasileiras.

As quatro colocações acima aludiam a uma distribuição inadequada e desigual de recursos e serviços de saúde em todo o território nacional, reproduzindo, no campo da saúde, as iniquidades sociais e econômicas do país. Como já destacado anteriormente neste capítulo, o sistema de saúde proposto àquela época e aprovado na constituição de 1988 — o SUS — apontou como princípios doutrinários para a superação do quadro exposto: a universalidade, a equidade e a integralidade, e, como diretrizes organizacionais, a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios: a municipalização.

A regionalização proposta após 1988 foi uma estratégia racionalizadora que entendia a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas. Pretendia-se, a partir desse arranjo administrativo-gerencial, oferecer àquelas populações referidas atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema — primário, secundário e terciário. Ou seja, organizava-se um pólo assistencial que articulava a rede de serviços de saúde de vários municípios ou estados para dar “cobertura” a um contingente populacional delimitado, a partir da capacidade instalada de cada unidade sanitária tendo como horizonte o que cada uma produzia em relação às ações de proteção e recuperação da saúde.

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde e trazia como idéia-força, para um novo desenho organizacional, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade — equidade e integralidade de ações — às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada.

A articulação entre a regionalização e a municipalização se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização x centralização das ações, considerando os serviços de saúde existentes no município como os principais responsáveis pelo atendimento a sua população.

O nível regional composto por agregados de municípios ou estados com serviços de diferente complexidade se encarregaria de atender a população referida pelos municípios desse pólo de atenção. Assim, um município que tivesse um serviço de maior complexidade — atenção terciária — poderia atender a população de vários municípios e estados sob a égide da regionalização.

A proposta da municipalização da saúde foi absolutamente positiva, motivada pelo significado da autonomia municipal para maior dinâmica na vida da população e pela importância política e social de reforçar o poder municipal. No entanto, até hoje ainda não foi considerada a heterogeneidade da malha municipal do país para o desencadeamento do processo. Constatam-se grandes disparidades jurídico-políticas, e operacionais entre os municípios, onde se vê, de um lado, aqueles com mais de 1.000.000 de habitantes, com grande potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os que não atingem uma população de 5.000 pessoas — com baixa capacidade operacional e pouca autonomia.

Para Monken (2005), no entanto, a estratégia de territorialização, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, sendo utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviço no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

Ao entender o território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural) um salto qualitativo foi dado, tanto no que se refere às escalas quanto às funções que cada recorte territorial admite. Para Santos (1998) nessa perspectiva o território é determinado pelas diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais, não sendo possível entendê-lo ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção. Ao entender essas relações, que se desdobram em diferentes funções usos espaciais, torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde.

Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc. (FARIA, 2009).

Pensar saúde como acesso à educação, trabalho, transporte, lazer, alimentação etc implica a superação do modelo biomédico e a adoção de outros princípios norteadores capazes de auxiliar na necessária reorganização do modelo de atenção à saúde (BATISTELA,

2007). Para desenvolver este processo de reorientação são necessários dos campos centrais de ação: a formação profissional e a intersetorialidade.

Dessa forma, apoiado nas formulações de Batistela (2007) referencio outra perspectiva de modelo de atenção, onde o ‘objeto das práticas de saúde’ se expande para além da doença, dos doentes, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, passando a englobar as necessidades e os determinantes (condições de vida e de trabalho); os sujeitos da atenção já não podem ser considerados apenas os médicos, os sanitaristas e seus auxiliares, mas as equipes de saúde (de todos os níveis), trabalhadores de outros setores e a própria população; os ‘meios de trabalho’ incorporam, para além das consagradas tecnologias médicas e sanitárias, a contribuição de outros conhecimentos e instrumentos fundamentais para uma ação mais ampla, capaz de produzir impactos na esfera dos determinantes e condicionantes de modo não espontaneísta, como os conteúdos de outros campos disciplinares, como a educação, a comunicação, a geografia, o planejamento estratégico situacional, etc; e, por fim, as ‘formas de organização do trabalho em saúde’ seriam reorientadas para além da oferta tradicional de serviços de saúde (rede básica e hospitalar), campanhas sanitárias, programas especiais e de vigilância sanitária e epidemiológica, buscando o desenvolvimento de operações sobre os principais problemas e necessidades sociais de saúde, através de ações intersetoriais e de políticas públicas saudáveis.

A realização de um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população é, sem dúvida, um passo fundamental nessa reorientação do modelo de atenção, e requer o domínio de conceitos e instrumentos advindos de outros campos de conhecimento distintos daqueles habitualmente oferecidos na capacitação das equipes e, particularmente, dos ACS. Sua adoção como recurso metodológico e como tecnologia do trabalho em saúde permite a superação do reducionismo dos problemas de saúde à sua dimensão biológica e incorpora as diferentes dimensões da reprodução social (Samaja, 2000 apud Batistela 2007). Antes de tudo, é preciso que se defina com clareza um referencial crítico de abordagem dos fenômenos a serem analisados, sob o risco de serem percebidos na sua superficialidade, o que, no mais das vezes, conduz a conclusões desesperançadas de culpabilização da população (no micro contexto) ou do Estado (no macro contexto), gerando imobilismo e, no máximo, voluntarismo assistencialista (BATISTELA, 2007).

O SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Contudo, persistem muitos problemas a serem enfrentados para aprimorá-lo como um sistema universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira.

Trata-se sem dúvida alguma da reforma do sistema de saúde brasileiro. Resta a questão, no caso, de se perguntar se isso é sinônimo de Reforma Sanitária tal como proposta.

Segundo Cohn, 2009 verificam-se uma tendência a se tomar como sinônimos conceitos com conteúdos distintos, tais como: universalização: confundido como simples expansão de oferta; gestão: confundido como gerência de serviços; controle social e participação social sem diferenciar controle da sociedade e promoção e fortalecimento de novos espaços públicos para a criação de novos sujeitos sociais. Ou então, o que é extremamente frequente na área, a criação de novos conceitos, alguns deles de extrema infelicidade, indo de encontro a todo o ideário da Reforma Sanitária e aos preceitos constitucionais da saúde e do SUS, como o tão utilizado na bibliografia atual – técnica e acadêmica: o conceito de SUS dependente. Ora, esse conceito remete exatamente à exclusão social, uma vez que se refere àqueles sujeitos sociais que não têm acesso à atenção à saúde que não seja meio dos serviços públicos de saúde.

#### 4.2. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE, A ATENÇÃO PRIMARIA NO BRASIL E A DISCUSSÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Matta (2009) numa perspectiva histórica traz a noção de que a atenção à saúde pretende superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil. Essas duas formas de conceber e de organizar as ações e os serviços de saúde configuraram dois modelos distintos – o modelo médico-assistencial e o modelo campanhista/preventivista – que marcaram, respectivamente, a assistência médica e a saúde pública, faces do setor saúde brasileiro, cuja separação, há muito tempo instituída, ainda representa um desafio para a constituição da saúde em um sistema integrado.

Segundo Junior (2007), o modelo de atenção à saúde é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. Este autor considera que no mundo existam diversos modelos calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde. Por esse motivo, ressalta que não há modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas, dão certo.

Paim (2007) sinaliza que a atenção à saúde pode ser examinada basicamente mediante dois enfoques: a) como resposta social aos problemas e necessidades de saúde; b) como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Como resposta social, insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, sobretudo quando são analisadas as ações e omissões do Estado no que tange à saúde dos indivíduos e da coletividade. Como um serviço, a atenção à saúde situa-se no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado. Mas ao tempo em que é um serviço, a atenção à saúde engendra mercadorias produzidas no setor industrial a exemplo de medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, reagentes, descartáveis, alimentos dietéticos, produtos químicos de diversas ordens etc. Nesse caso, o sistema de serviços de saúde configura-se como lócus privilegiado de utilização dessas mercadorias e, como tal, alvo de pressão para o consumo, independentemente da existência ou não de necessidades.

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais.

Desta forma busca-se por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde.

A ‘vigilância em saúde’, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma ‘proposta de ação’ e uma ‘área de práticas’, a ‘vigilância em saúde’ apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

Campos (2003) tomando como referência o princípio constitucional da integralidade da atenção à saúde, examinou certos desafios da sua implementação, analisando a proposta da vigilância da saúde e as mudanças promovidas pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção

básica e, especialmente, do Programa de Saúde da Família (PSF). Reconheceu que a construção coletiva e social da prática sanitária decorre de um processo dialético no qual se envolvem instâncias distintas com dimensão política e técnica.

No que tange à dimensão política, podem ser identificadas condições institucionais que possibilitam a construção de consensos, a regulamentação dos dispositivos legais e os mecanismos de financiamento. No caso da dimensão técnica, vincula-se ao conhecimento produzido segundo modelos teóricos e permite orientar a organização e a gestão do sistema de saúde, bem como combinar tecnologias oferecidas pela ciência no sentido de atender às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. Tratando-se, portanto, de um fenômeno social e histórico, a trajetória de uma política de saúde não se faz de forma linear:

Tem como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema. Esse sistema resulta, portanto, dos embates e dos consensos e dissensos que ocorrem entre os grupos. E por ser histórico leva-se sempre em consideração a herança recebida, desde a existência de uma cultura institucional arraigada em unidades de saúde com diferentes conformações e espaços de prática, a refletirem uma determinada concepção histórica. Tudo isso, se não determina, ao menos condiciona os propósitos futuros (CAMPOS, 2003).

Para Matta (2009), o modelo de atenção pode constituir-se na resposta dos gestores, serviços e profissionais de saúde para o desenvolvimento de políticas e a organização dos serviços, das ações e do próprio trabalho em saúde, de forma a atenderem as necessidades de saúde dos indivíduos, nas suas singularidades, e dos grupos sociais, na sua relação com suas formas de vida, suas especificidades culturais e políticas. O modelo de atenção pode, enfim, buscar garantir a continuidade do atendimento nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a ‘atenção à saúde’.

A intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde<sup>4</sup>. Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS

---

<sup>4</sup>No caso da **vigilância da saúde**, de acordo com a sua proposta original, apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local com as seguintes características: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA et al., 2002). A sua operacionalização tem recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo mediante “oficinas de territorialização”; e utilização da geografia crítica e do planejamento e programação local de saúde (TEIXEIRA et al., 2002).

(MENDES, 1996; CAMPOS, 2003). Vale ressaltar que as propostas mencionadas - PSF e Vigilância em Saúde- são relativamente complementares e convergentes. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde, bem como a outras propostas, como o acolhimento<sup>5</sup>, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas<sup>6</sup>, da promoção da saúde <sup>7</sup>e das cidades saudáveis <sup>8</sup>(PAIM, 2006).

Desta forma um conjunto de propostas podem ser acionadas pelos gestores e técnicos responsáveis para implementação de diretrizes de organização dos serviços de saúde. No entanto, pode-se considerar que nenhuma delas dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na construção de um novo modelo de atenção à saúde, ou melhor, de modelo(s) de atenção à saúde adequada à heterogeneidade estrutural e à diversidade epidemiológica e social da população.

A atenção à saúde, como expressão do cuidado às pessoas – individualmente e coletivamente –, sofre as influências desses arranjos de organização, gestão e financiamento, o que dificulta a conformação da teoria em prática assistencial.

Nessa esteira, surge outra discussão, o conceito de APS. Ao longo do tempo, a APS tem adquirido diversos significados, em épocas e lugares específicos, o que coloca desafios importantes para a sua compreensão. Vale lembrar que o vocábulo primário (a), na língua

---

<sup>5</sup>A organização de práticas de “**acolhimento**” à clientela dos serviços públicos de saúde, e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na “porta de entrada” dos serviços, com introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na “releitura” das necessidades sociais de saúde da população (Merhy, 1994).

<sup>6</sup>a definição de “**ações programáticas**” se ancora no conhecimento acerca dos problemas e necessidades dos indivíduos e dos grupos da população em situações concretas, em um processo que resgata a dimensão técnico-científica e ética do trabalho em saúde. (Schraiber, 1990, 1993, 1995; Schraiber et al., 1996).

<sup>7</sup>A **promoção da saúde**, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

<sup>8</sup>O Movimento **Cidade Saudável**, mais que um conceito, é uma estratégia de promoção da saúde e tem como objetivo maior a melhoria da qualidade de vida da população. A proposta de construção de cidades saudáveis surgiu em Toronto, Canadá, em 1978, quando um comitê de planejamento publicou o informe *A saúde pública nos anos 80*, onde foram estabelecidas linhas de ação política, social e de desenvolvimento comunitário no nível local, como resposta aos problemas mais prevalentes de saúde pública naquele momento. Esses delineamentos tiveram origem no Informe Lalonde (1996), que propunha um novo enfoque para a saúde pública do Canadá. Segundo esta nova concepção, a saúde estaria constituída por quatro elementos principais: a biologia humana, o meio ambiente, os hábitos ou estilos de vida e a organização dos serviços de saúde. Sob esta visão, era possível uma análise mais integral da saúde da população (ADRIANO et al., 2000).

portuguesa, tem vários sentidos e traz em si diferentes possibilidades explicativas, colaborando para a falta de clareza e ausência de consenso em relação ao propósito da APS. A palavra primária pode estar relacionada desde a noção de primitivo, sem refinamento, ou mesmo a ideia de algo que seja principal, central ou essencial (FAUSTO, 2005).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. Em diversos momentos, a APS tem sido descrita também como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Em contrapartida, outros advogam um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações.

As várias interpretações que podem ser feitas sobre APS colocam como ponto-chave para essa discussão a necessária contextualização e um olhar político sobre sua compreensão.

É necessário ter claro a época, os atores sociais envolvidos, a cultura e as finalidades do sistema de saúde com base no qual procuramos definir a APS. Devemos considerar ainda que os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde produzem distintas interpretações e abordagens em APS nos diferentes sistemas de saúde.

Sendo assim, na sequência a fim de compreender as recentes discussões de APS no Brasil, discutiremos os fundamentos da construção de redes de atenção à saúde, importantes para uma compreensão das bases teórico-conceituais que sustentam este estudo, o papel da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde.

Segundo Kuschnir e Chorny (2010), a organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro – tomando como referência a experiência dos países que construíram sistemas universais e a literatura internacional –, e formou parte da bagagem do planejamento em saúde durante décadas. No entanto, ao longo da década de noventa, pelos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se construía a organização de serviços, voltando ao centro do debate apenas a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2000, e especialmente com o Pacto pela Saúde, em 2006.

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

O relatório Dawson apresentou entre outros, os conceitos de: território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo/ acolhimento, referência e atenção primária como coordenadora do cuidado

Com base nas formulações dos autores, é possível compreender a organização em redes como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes.

Como o sistema nacional de saúde tem a responsabilidade de garantia do direito, a organização de redes regionalizadas constitui-se num instrumento para ampliação do acesso e diminuição de desigualdades.

No referido relatório, a contraposição entre atenção primária e hospitalar não se colocava e o conceito de hierarquização referia-se à complexidade – compreendida como densidade tecnológica – e não a uma valoração maior ou menor entre os níveis. O primeiro nível de atenção e a assistência hospitalar eram compreendidos como elementos indissociáveis da mesma rede, atendendo aos mesmos usuários, de acordo com a necessidade. O primeiro nível seria – como efetivamente é, até hoje – responsável pelo acesso de toda a população aos meios diagnósticos e aos serviços especializados/hospitalares.

A partir desta discussão observamos que o SUS, carrega em seus princípios, referenciais teóricos que remetem ao relatório Dawson.

Para Novaes (1990, apud RODRIGUES; SANTOS, 2008), as propostas contidas no Relatório Dawson voltam-se para a organização de sistemas de saúde integrados, a partir de regiões de saúde delimitadas, onde devem ser organizadas ações de diferentes níveis de complexidade, oferecidas por serviços primários – também chamados no Brasil de atenção

básica – secundários – atenção especializada – e terciária, ou hospitalar – atenção de alta complexidade ou em regime de internação.

Em 2009, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), balizada nas idéias de Dawson, desenvolveu a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Além dos aspectos de regionalização, territorialização e a oferta dos serviços nos diferentes níveis de complexidade (primário, secundário, e terciário), a proposta dos SILOS recomendava que cada região ou território contasse com estrutura de planejamento e administração próprios, dotada de autonomia administrativa e financeira (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Mendes (2007) sinaliza que as redes de atenção à saúde, apesar da contribuição da concepção dawsoniana, ganham um formato contemporâneo com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado. Dos Estados Unidos foi levada, com as adaptações necessárias, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países.

A proposta americana de sistemas integrados de saúde faz-se no ambiente da atenção gerenciada (*manager care*). O sistema americano de saúde foi dominado, nas décadas de 70 e 80, por uma integração horizontal dos hospitais, mas como estruturas autônomas. Na década de 90 introduziu-se uma integração vertical para compor sistemas de saúde. Esse movimento buscava associar as funções de prestação e financiamento dos serviços de saúde com base no conceito de cadeia de valor em saúde<sup>9</sup>. As bases operacionais dos sistemas de serviços de saúde vinham do campo da economia, que propunham a conexão das cadeias produtivas para aumentar o poder de mercado.

---

<sup>9</sup>Burns et al, 2002 apresentam um modelo de cadeia de valor para o sistema de saúde norte-americano. Este modelo é formado por cinco elementos principais: (1) pagadores do sistema de saúde, que incluem governo, empresas, indivíduos e agrupamentos de empresas; (2) intermediários financeiros, que contemplam empresas de seguro saúde, organizações de manutenção da saúde e de administração de benefícios farmacêuticos; (3) provedores de serviços e produtos de saúde, que abrangem hospitais, médicos, redes integradas de serviços de saúde e farmácias; (4) compradores, que incluem distribuidores de produtos de saúde e organizações de compra; (5) fabricantes, que contemplam indústria farmacêutica, fabricantes de equipamentos de saúde e fabricantes de produtos médicos e cirúrgicos.....

.....No Brasil. Gadelha, 2003, apresenta um modelo conceitual sobre o denominado complexo industrial da saúde. Ele considera três grupos como seus principais componentes: (1) indústrias de base química e biotecnológica, compostas pela indústria de fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico; (2) indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais, que abordam a indústria de equipamentos mecânicos, eletroeletrônicos, próteses e órteses, e materiais de consumo; (3) prestadores de serviços, que contemplam os hospitais, os ambulatorios e os serviços de diagnóstico e tratamento. Segundo o autor, o complexo industrial está inserido em um contexto político e institucional cujos principais atores são Estado, instituições de Ciência e Tecnologia, sociedade e população (Pedroso, 2012).

A integração dos serviços de saúde nos Estados Unidos fez-se em três estágios: no estágio 1, as unidades funcionavam fragmentadas e autonomamente, competindo entre si; no estágio 2, houve, especialmente pelo mecanismo de fusões, uma recomposição em busca de escala; no estágio 3, deu-se a integração vertical e a diversificação da atenção com a instituição de novos serviços, o que permitiu compor e comunicar um continuum de unidades e coordenar melhor a atenção aos pacientes.

O sucesso dos sistemas integrados de saúde depende da eficiência e efetividade da informação e da capacidade de coordenação de processo de atenção à saúde. As lições aprendidas da experiência dos sistemas integrados de saúde são: incremento da integração clínica; reforço da participação dos médicos nos grupos de atenção primária à saúde; aumento da produtividade dos cuidados hospitalares.

A partir da compreensão de Montenegro (2003, *apud* MENDES, 2007) é possível destacar que os problemas que justificam as redes de atenção à saúde são: cuidado de saúde provido de pouco custo/efetivo; listas de espera devido à utilização inadequada da atenção especializada; capacidade instalada ociosa; sobre - utilização dos serviços, gerando listas de espera; e falta de resolutividade nos distintos níveis do sistema de saúde. Para solucionar estes problemas as redes de atenção à saúde necessitam: integrar horizontal e verticalmente os sistemas de saúde; ofertar serviços que envolvam o fomento, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação e os cuidados paliativos; pontos de atenção coordenados que se constituam como uma sucessão de eventos ininterruptos, ordenados por sistemas de informação; atenção às pessoas e famílias de forma contínua ao longo do tempo, por uma equipe de saúde determinada; e com foco nos usuários.

Consideram-se as barreiras mais comuns à implantação das redes de atenção à saúde: os sistemas de informação deficientes; a atenção primária à saúde de baixa qualidade; o protagonismo da atenção especializada; a cultura organizacional com base na autonomia dos serviços; os incentivos econômicos em sentido contrário ao da conformação das redes de atenção à saúde; a debilidade na gestão integrada dos sistemas de saúde; a valorização relativa, pelos usuários, das ações de atenção secundária e terciária; a pouca tradição no uso da gestão da clínica; e a fragilidade dos sistemas logísticos na saúde.

As lições aprendidas em relação às redes de atenção à saúde são: elas se voltam para as necessidades de saúde da população; são flexíveis em seus arranjos; constroem confiança entre seus participantes; provêm cuidados clínicos integrados; preocupam-se com a gestão das mudanças; promovem o ajuste estrutural da oferta de serviços; alinham governança, gerência e cuidados diretos dentro de uma nova visão; valorizam a prestação dos serviços por

equipes multidisciplinares; fortalecem a governança sistêmica; e promovem um contínuo aumento da qualidade dos serviços.

Os grandes desafios que se colocam para as redes de atenção à saúde são o foco simultâneo nos indivíduos e famílias, a ênfase concreta nas ações promocionais e preventivas e a responsabilização (*accountability*<sup>10</sup>).

Segundo Rocha (2011), quando se focaliza a *accountability* fundamentada numa perspectiva mais ampla, com base não apenas nas suas formas e processos, mas em uma visão na qual surja como um instrumento a serviço dos ideais democráticos de um país, as posições daqueles que a vêem como um mero instrumento de controle de resultados, ou daqueles que a supõem como um mero controle de processos garantidores da prestação de serviços públicos eficientes podem ser facilmente criticadas sob o argumento do desconhecimento e da desconsideração pela complexidade das funções desempenhadas pelos administradores públicos nas sociedades contemporâneas, nas quais mais do que governar, os administradores públicos têm o dever de buscar aquilo que Platão, Aristóteles e Cícero trataram de “o bem comum”.

Para a Organização Pan-Americana da saúde (1998) ao analisar as redes de serviços de saúde deve-se efetuar um diagnóstico dos recursos e de sua produção de serviços (oferta); identificar os principais fatores que afetam a produção de serviços; estimar a demanda da atenção de saúde da população; determinar as brechas de atenção (estudo de oferta e demanda); e identificar e propor alternativas de solução que permitam dar conta das necessidades de serviços não cobertos.

No alcance destes objetivos devem se realizar as seguintes tarefas: elaboração do perfil demográfico e epidemiológico atual e projetado; descrição da rede de serviços: modelo de atenção, avaliação dos recursos físicos, avaliação dos recursos humanos, avaliação da funcionalidade das unidades de saúde e determinação da produção das unidades de saúde; diagnóstico integral da rede; análise da oferta; estimativa da demanda atual e projetada; identificação das brechas de atenção; e proposição de alternativas de solução.

A integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária em Saúde (APS). Hartz e Contandriopoulos (2004) sinalizam a importância do desenvolvimento de mecanismos de

---

<sup>10</sup>Conceito multifacetado na medida em que reconhece que as funções desempenhadas pelos administradores públicos nas sociedades contemporâneas são complexas e sugere uma reconceituação do papel do servidor público, que pode ser caracterizada pela sua capacidade de responder às necessidades e também às expectativas dos cidadãos” (Rocha, 2010)

cooperação e coordenação próprios para uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos.

Para estes autores, as redes de atenção à saúde têm como aspecto nuclear uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança, as representações e valores coletivos. Hartz e Contandriopoulos (2004) apresentam as principais dimensões desta rede: a integração dos cuidados, a integração da equipe clínica, integração normativa, integração funcional e integração sistêmica.

A integração do cuidado consiste na coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, e a integração da clínica tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e a sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados. A integração clínica apoia-se em estratégias de gestão, de financiamento e da informação (integração funcional), que asseguram uma coordenação comum, orientada por um sistema de informação ágil e flexível, capaz de facilitar uma tomada de decisão.

Contandriopoulos (2001) conceitua as outras duas dimensões, a integração normativa e integração sistêmica. A normativa visa a garantir a coerência entre o sistema de representações e valores dos atores em simultaneidade com as interfaces da integração clínica. Já a sistêmica interessa-se pela coerência das diferentes modalidades integracionais em todos os níveis de atuação.

No entanto, a incerteza é permanente, uma vez que diversos atores e organizações envolvidos não dispõem dos mesmos recursos, interesses ou competências. Então, surge uma questão à própria implantação da rede, quer seja, indagar sobre a sua “real” existência em relação ao modelo ideal.

Nesse sentido, a elaboração do modelo idealizado, impõe-se como etapa indispensável à avaliabilidade do sistema em pauta. Os estudos sobre a análise de implantação podem contribuir, apontando precocemente essas contradições entre “ideal e real” ao tratar “o como e o porquê” do (in)sucesso das políticas de regionalização.

No ano de 2005, a OPAS/OMS elaborou um documento de posicionamento sobre a Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, construído a partir de uma série de consultas nacionais a vinte países de nossa região. Este documento foi finalizado, aprovado no Conselho Diretivo da OPAS/OMS e publicado no ano de 2007, com a seguinte orientação:

Definimos um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a

solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento da qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade. Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universais a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. (OPAS, 2007)

Podemos salientar ainda, que a integração de serviços por meio de redes de atenção em saúde, vem sendo um dos pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção aos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

O Relatório Mundial de Saúde 2008 – “Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do que Nunca” nos expõe importantes princípios da APS no que se refere à mudança e qualificação da porta de entrada preferencial do sistema de saúde:

A mudança do ponto de entrada no sistema de saúde, de hospitais e especialistas para cuidados ambulatoriais primários, cria as condições para uma maior abrangência, continuidade e orientação para a pessoa, o que amplia os benefícios da mudança, particularmente em situações em que os serviços estão organizados como uma rede densa de pontos de prestação de serviços, próximos dos potenciais usuários. Isto facilita o estabelecimento de equipes suficientemente pequenas para conhecerem as suas comunidades e para serem conhecidas por elas, e suficientemente estáveis para com elas estabelecerem um relacionamento duradouro. (OMS, 2008)

Para Ministério da Saúde (2010), os elementos estruturantes das Redes de Atenção são:

- A população e as regiões de saúde:
  - A população adscrita territorialmente à rede de atenção à saúde - A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários

momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

- A estrutura operacional:
  - Os componentes da rede de atenção à saúde - compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros.
- O modelo lógico:
  - O modelo de atenção à saúde - Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas.

Conclui-se até o momento, a partir da bibliografia levantada que a estruturação das redes assistenciais e hierarquização dos serviços são a forma mais eficiente e eficaz de organizar a assistência à saúde e garantir o pleno acesso da população aos serviços, entretanto uma série de desafios e entendimentos de representações e valores precisam ser mais bem

discutidos e analisados, a fim de estabelecer uma política nacional que trabalhe em sua essência a proposta de reforma social que o Brasil tanto precisa.

### ***A Nova Roupagem da Atenção Primária à Saúde e a da Estratégia da Saúde da Família***

Diante do exposto anteriormente, podemos afirmar que a estrutura operacional das RASs tem sua base na APS. Deste modo, é muito importante entender que sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em RASs efetivas, eficientes e de qualidade. A fim de desenvolver a proposta da RASs no Brasil, Mendes, 2012, apresenta uma opção teórica para um novo ciclo no país.

Segundo o autor, este seria o oitavo ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil. O primeiro ciclo teria surgido, na segunda década do século XX, com os Centros de Saúde criados na USP. Provavelmente, esses centros sofreram a influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. Eles tinham uma população adscrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção da saúde e na prevenção das doenças e faziam um corte nítido entre o campo da saúde pública e o campo da atenção médica.

O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O SESP, criado como parte do esforço de guerra, num convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitarista americano, foi pioneiro na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carências e algumas ações verticais de saúde pública (MENDES, 2012).

O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade (MENDES, 2012).

O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades,

confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. Deu-se, então, uma forte expansão da APS no país, por meio de um amplo programa de medicina simplificada; o número de unidades de APS que era de 1.122 em 1975 passou a 13.739 em 1984, um crescimento de 1.255% numa década (MENDES, 2012).

O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. As AISs expandiram a rede de APS, uma vez que suas ações passaram de 112 municípios em 1984 para 2.500 em 1987. As AISs institucionalizaram-se porque os recursos abundantes da Previdência Social eram transferidos, por convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mas havia uma diferença fundamental com o modelo do PIASS: a medicina simplificada já não era suficiente porque o convênio exigia que as unidades de APS prestassem atenção médica à clientela previdenciária, um grupo social integrado e com capacidade de vocalização política (MENDES, 2012).

As AISs foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e, em 1988, a nova Constituição Federal criou o SUS. A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios. A assunção pelos municípios das responsabilidades de APS gerou uma enorme expansão desta no SUS (MENDES, 2012).

A implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira. Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar (MENDES, 2012).

Segundo Mendes, 2012, o ciclo da atenção básica à saúde, o sétimo ciclo de evolução da APS no SUS, esgotou-se não pelo fracasso do modelo do PSF, mas pela persistência de problemas, tais como, a segmentação do sistema, com a convivência de um sistema público e de dois privados - sistema de saúde suplementar e sistema de pagamento direto do bolso das pessoas e das famílias; a fragmentação do sistema, que leva a um modelo em que os diferentes pontos de atenção à saúde não se comunicam sob a coordenação da APS, sendo reativo, descontínuo e focado no cuidado de condições e eventos agudos, o subfinanciamento, os problemas nas relações de trabalho (cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente nos médicos), a fragilidade do controle social (participação social passiva e a

comunidade vista como cuidadora), dentre outros, enunciados e não superados. Por consequência, instituiu um oitavo ciclo, denominado de ciclo da atenção primária à saúde.

Para o autor, a proposta de um ciclo que se denomine de atenção primária à saúde ao invés de atenção básica vai além de uma opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar a APS como uma estratégia de organização do SUS. Enfatiza ainda, que a expressão atenção primária à saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS; e desta forma a palavra básica não significa esse atributo essencialíssimo da APS. Outro destaque diz respeito que essa denominação aproxima a realidade brasileira da regra em todo mundo.

Em sua recente publicação financiada pela cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde com interveniência do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Mendes (2012), apresenta este novo ciclo da atenção primária à saúde, a fim de superar os principais problemas, já elencados anteriormente, e que no julgamento do autor impedem que a APS seja, de fato, uma estratégia de reordenamento do SUS.

De acordo com a autor, o novo ciclo significará o encontro do PSF brasileiro com as novas diretrizes da APS, enunciadas pela Organização Mundial da Saúde no relatório mundial de 2008.

Podemos verificar através da regulamentação da Lei Orgânica do SUS (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011) uma clara opção pela APS como estratégica de reordenamento do SUS, colocando a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º); e ainda a APS como porta de entrada da RAS (Art.9º), definindo que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10º); e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11º).

Assim como Mendes (2012), compreendo que o novo ciclo da atenção primária representará uma saída para frente e, não, uma substituição ou flexibilização do PSF. Caracterizará a consolidação definitiva da ESF. Um melhor entendimento da RAS é importante para o incremento da valorização social e política da ESF pelos diferentes atores sociais presentes na arena sanitária.

Nessa vertente é de suma importância um pacto federativo, onde seja definida uma agenda pactuada de atuação para a consolidação da ESF. A partir dessa agenda caberá aos municípios a normatização, o planejamento, a execução, o monitoramento e avaliação da ESF

e seu co-financiamento. À União caberá a normatização, o monitoramento e avaliação e o co-financiamento, com caráter redistributivo entre os estados da federação. Aos estados caberá a normatização, o monitoramento e avaliação e o co-financiamento, com caráter redistributivo entre as regiões estaduais.

### Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Para a estruturação deste processo, diferente dos conceitos anteriormente discutidos neste capítulo, Mendes (2012) sugere um novo modelo de atenção à saúde, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), elaborado pelo próprio autor. Serviram de base para esta proposta, o Modelo de Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Determinação Social da Saúde.

O Modelo de Atenção Crônica foi desenvolvido como resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. A resposta a essa crise dos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos foi o fator motivador para o desenvolvimento do o Modelo de Atenção Crônica. Seus autores crêem que as pessoas podem ser mais bem atendidas e podem viver mais saudavelmente e que, paralelamente, os custos da atenção à saúde podem ser diminuídos com a mudança radical do modelo de atenção à saúde.

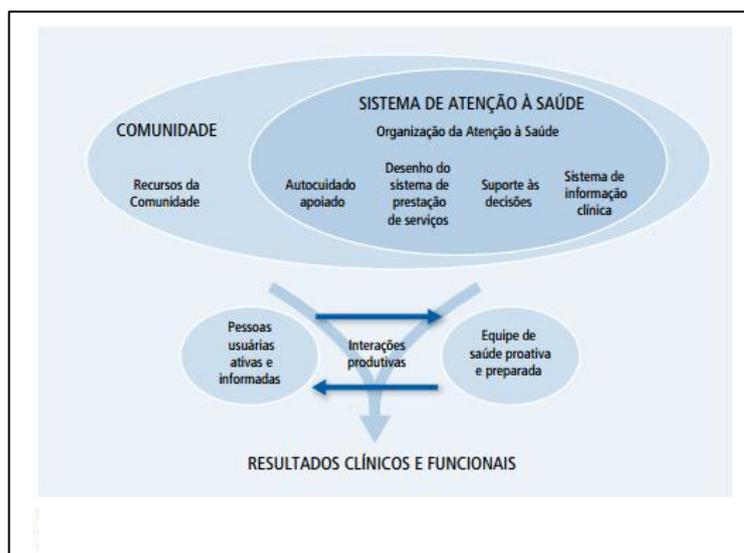


Figura 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Fonte: Mendes EV, As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan- Americana da Saúde, 2012

No Brasil, o Modelo de Atenção Crônica tem sido utilizado, pelo menos parcialmente, como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no SUS, na

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, na Secretaria Municipal de Saúde de Diadema e pelo projeto Qualidia do Ministério da Saúde que atua em vários municípios: Anchieta, Antônio Carlos, Florianópolis, Ilha de Itamaracá, Recife, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Lourenço da Mata, Silva Jardim e Tijuca. O Modelo de Atenção Crônica foi acolhido pelo Ministério da Saúde no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. (MENDES, 2012)

Um segundo modelo que está presente na construção do MACC é o modelo da pirâmide de riscos (MPR).

Para Mendes, 2012, as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. O MPR está representado na figura abaixo.

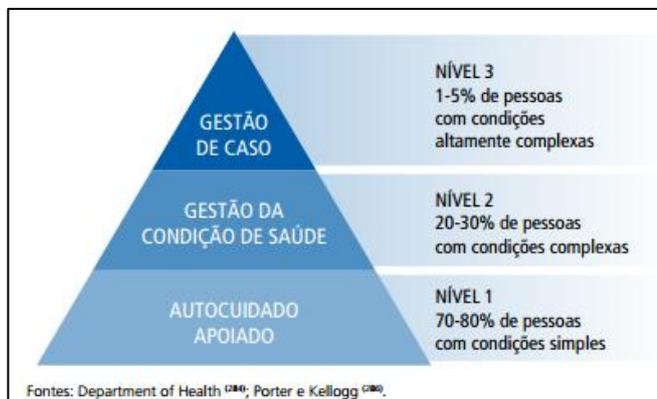


Figura 2. Modelo de Pirâmide de Riscos

Fonte: Mendes EV, As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan- Americana da Saúde, 2012

As características principais do MPR são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

Nos princípios gerais: alinhamento da atenção à saúde com as necessidades de saúde da população situada nos diferentes estratos de riscos; as pessoas usuárias são parceiras na atenção à saúde; as pessoas usuárias possuem posição estratégica pela prática do autocuidado; a informação de saúde é essencial; a melhoria da atenção se dá pela colaboração entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias; uso intensivo de cuidado por internet (e-cuidado); e o uso programado dos cuidados especializados e das internações hospitalares são considerados centrais.

Nas estratégias-chave: a educação das pessoas usuárias em todos os níveis de atenção, prestada de forma presencial e a distância; a educação em saúde deve abranger todo o espectro da atenção às condições crônicas; o sistema de atenção à saúde deve ter foco nas pessoas segundo riscos, ser proativo e ofertar atenção integral; o plano de cuidado deve ser feito de acordo com diretrizes clínicas baseadas em evidência que normatizem o fluxo das pessoas no sistema e em cooperação entre as equipes e as pessoas usuárias; e a atenção deve estar suportada por sistemas de tecnologia de informação potentes, especialmente por prontuários clínicos integrados.

O MPR, em coerência com o espectro da atenção à saúde nas condições crônicas, divide, em dois grandes blocos a natureza do cuidado, o que é representado na Figura 3 pela linha AB.

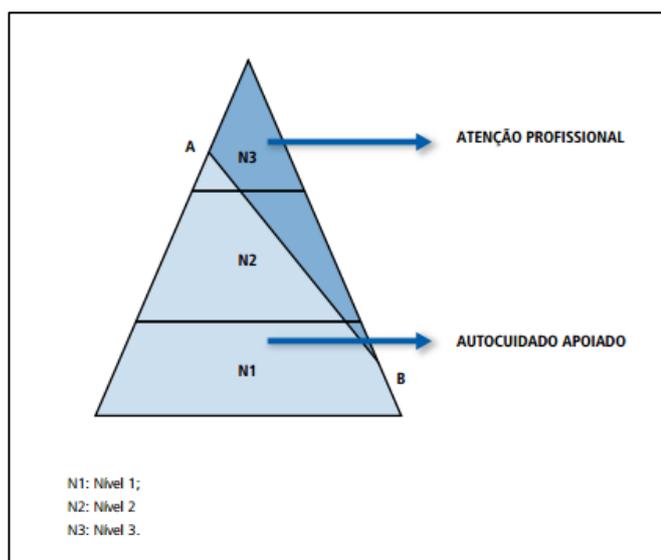


Figura 3. Espectro da Atenção à Saúde nas Condições Crônicas

Fonte: Mendes EV, As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan- Americana da Saúde, 2012

A parte superior da linha AB significa a atenção profissional e a parte inferior da linha AB significa o autocuidado apoiado. Pode-se, então, verificar que na medida em que evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica, vai se modificando a relação entre autocuidado apoiado e atenção profissional. Conseqüentemente, as condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado; ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, até 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de atenção profissional.

O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apóia num manejo diferenciado, pela ESF, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

O terceiro modelo é o da Determinação Social da Saúde (DSS). Existem diversas definições de DSS e expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atual e bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. (BUSS, 2007)

Em outras palavras, o gradiente social da saúde dentro dos países e as grandes desigualdades sanitárias dentre países são provocadas por uma distribuição desigual consistente, nos âmbitos mundial, nacional e regional, e pelas conseqüentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível. Essa distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social. Corrigir essas desigualdades injustas é uma questão de justiça social e um imperativo ético para o qual devem ser estruturadas três grandes linhas de ação: melhorar as condições de vida da população; lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos; e medir a magnitude do problema, avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em determinantes sociais da saúde e sensibilizar a opinião pública a esse respeito. (MENDES, 2012)

A determinação social da saúde está alicerçada num fundamento ético que é a equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou

remediáveis entre grupo populacional definido social, econômica, demográfica e geograficamente. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas, sistemáticas em sua distribuição pela população e injustas.



Figura 4. Determinação Social da Saúde

Fonte: Mendes EV, As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan- Americana da Saúde, 2012

Nessa perspectiva a saúde e doença passam a ser determinadas pelo modo como cada sociedade se organiza, vive e produz. E se transformam junto com as mudanças que mulheres e homens imprimem à sociedade. As grandes transformações acontecidas nas práticas sociais e na qualidade de vida dos brasileiros, ao longo de sua história, têm levado a mudanças, igualmente profundas, no modo como a saúde e a doença são socialmente produzidas e distribuídas. Deste modo, em uma sociedade desigual como a nossa, saúde e doença também se manifestam desigualmente, entre homens e mulheres, brancos e negros, pobres e ricos, em diferentes situações de vulnerabilidade e de acesso às ações e serviços de saúde e a qualidade de vida. Assim, os determinantes dessas situações de desigualdade social impactam diretamente o perfil epidemiológico da população brasileira. A mudança desse quadro passa, necessariamente, pela ação intersetorial, pela participação e mobilização da sociedade e pelo enfrentamento das iniquidades no processo de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, capaz de produzir saúde e bem estar.

#### 4.3. A REFORMA DE ESTADO E A NOVA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL

Este capítulo tem por objetivo expor as novas formas de gestão governamental que passam a ser discutidas no âmbito da reforma do Estado brasileiro e que em nosso

entendimento conforme sinalizado anteriormente influencia a escolha e a implantação das políticas de saúde.

Para tanto, inicialmente resgatamos uma visão geral desse processo reformista nos países desenvolvidos e o contexto em que as reformas ocorreram no Brasil.

Na sequencia, discutimos a Nova Gestão Pública, e a estratégia principal para sua implantação, as Organizações Sociais e o contrato de gestão.

### **Da Reforma Administrativa para a Reforma do Estado**

Sano (2003), apoiado nas formulações de Peter Spink (1998), mostra que o termo “reforma administrativa” era a expressão em uso no período que compreende o final dos anos 60 e início dos 70, sob o amparo das Nações Unidas, e cujo significado engloba as mudanças nos elementos que compõem a administração pública, como a estrutura administrativa, estrutura de pessoal, fluxo de processos, entre outros. Ainda segundo este autor, desde aquele período foram incorporados novos atributos à expressão e, assim, a resultado foram:

[...] procedimentos administrativos específicos, sistemas de pessoal e programas locais de mudança, revisão e reforma de ajustes estruturais do serviço público, programas de capacitação mista, programas de mudança temática na esfera pública e importantes reformas constitucionais do Estado. (SPINK, 1998, p.148).

Com a ampliação do conceito a partir da inclusão de novas atribuições da administração pública, o termo reforma do Estado veio a ser utilizado nos anos 90 e passou a significar um processo de reflexão amplo sobre as relações entre a sociedade e o aparelho estatal (SPINK, 1998, apud SANO 2003). Ainda segundo o autor, organismos multilaterais de financiamento, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial, passaram a incluir, em seus projetos, questões como o fortalecimento da sociedade civil e o seu diálogo com o Estado, além de promover o debate sobre a natureza das novas formas de organização social.

Assim, a discussão em torno da reforma do aparelho estatal passa a estar inserida dentro de um processo de redefinição do próprio papel deste, quando também ganha reconhecimento e destaque nos debates a importância da sociedade civil e a participação desta na prestação de serviços de caráter público, além da criação de novas instituições como forma de flexibilizar a administração pública. O Estado deixa de ter como atividade única o fornecimento de serviços públicos, passando também a regular e fomentar tais atividades.

Para Sano (2003), no fenômeno burocrático aconteciam uma autonomização dos meios em relação aos fins, desse modo, a burocracia foi ganhando um sentido pejorativo na linguagem cotidiana por conta de suas patologias: o trâmite demorado, à distância em relação ao usuário, a rigidez de métodos contraposta à dificuldade de se adaptar a novas situações, em suma, uma mistura de falta de eficiência com ausência de *accountability*.

A todas essas críticas, juntou-se, como veremos a seguir, um processo de crise do modelo estatal estruturado no pós-guerra e de transformação nas organizações de um modo geral, o que, ao fim e ao cabo, aumentou as críticas contra o modelo burocrático, e que em boa medida buscava garantir os direitos sociais. Embora muitos países tenham decretado a “falência da burocracia”, o que se constata, vinte anos depois de iniciado esse ciclo, é que uma nova administração pública não pode abandonar as vantagens da forma burocrática clássica, como a presença de um corpo profissionalizado de funcionários.

A chamada Nova Gestão Pública não representa um corte total com o modelo weberiano<sup>11</sup>, e sim procura constituir instrumentos que dêem conta das necessidades contemporâneas de modificar o papel do Estado. Daí nasceu a proposta de revisão da prestação dos serviços públicos, baseadas na flexibilização gerencial, no controle de resultado, no reforço da *accountability*, na redução de direitos sociais e na lógica da privatização de serviços públicos.

No contexto internacional a reforma do Estado verificada no final da década de 70 e início de 80, nos países capitalistas desenvolvidos, ocorreram, em linhas gerais, em um contexto marcado por uma crise do Estado, caracterizado, segundo Fernando Luiz Abrucio, pela “escassez de recursos públicos, enfraquecimento do poder estatal e de avanço de uma ideologia privatizante” (ABRUCIO, 1998, apud SANO 2003). Ainda segundo o autor, as condições para tal reforma foram se delineando a partir de meados da década de 70, principalmente a partir da crise do petróleo, em 1973, que colocou em xeque o modelo de atuação do Estado. Para Abrucio (1998, apud SANO 2003), este modelo em crise apresentava

---

<sup>11</sup>O modelo burocrático weberiano é um modelo organizacional que desfrutou notável disseminação nas administrações públicas durante o século XX em todo o mundo. O modelo burocrático é atribuído a Max Weber, porque o sociólogo alemão analisou e sintetizou suas principais características....

...estabeleceu um padrão excepcional de *expertise* entre os trabalhadores das organizações. Um dos aspectos centrais é a separação entre planejamento e execução. Com base no princípio do profissionalismo e da divisão racional do trabalho, a separação entre planejamento e execução....

No setor privado, a burocracia weberiana consolida a prescrição de Taylor (1911) sobre divisão de tarefas entre executivos (usando a mente) e operadores (usando os músculos). **Rev. Adm. Pública vol.43 no. 2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009**

basicamente três dimensões interligadas: econômica, social e administrativa. A primeira correspondia ao modelo keynesiano, caracterizado pela intervenção estatal na economia, com o objetivo de promover o pleno emprego. A dimensão social era representada pelo *Welfare State*, em que se evidenciava a atuação do Estado no provimento de serviços na área social. A última correspondia ao modelo burocrático weberiano de administração, por meio do qual a máquina estatal deveria atuar de forma impessoal, neutra e racional.

Neste momento, observa-se a crise fiscal, que corresponde à incapacidade dos governos de financiarem suas atividades. Os Estados, premidos pelo déficit já criado para financiar seus investimentos, com a pressão para reduzi-lo e a impossibilidade de aumentar os tributos, criaram como saída o corte nos investimentos.

A consequência foi o enfraquecimento da capacidade estatal para implementar políticas públicas em prol do crescimento econômico, levando à estagnação da economia (BRESSER PEREIRA, 1996). Assim, investimentos na área social também estavam comprometidos, “colocando em xeque o consenso social que sustentara o *Welfare State*” (ABRUCIO, 1998).

Além da redução da capacidade de investimento, o Estado foi afetado pela globalização<sup>12</sup> e o aumento do poder financeiro empresarial, que, segundo Abrucio (1998), “resultou na perda de parcela significativa do poder dos Estados nacionais de ditar políticas macroeconômicas”.

Para Abrucio (1998), as críticas ao modelo burocrático tornaram-se mais acentuados na década de 70 ao mesmo tempo em que a crise financeira se intensificava. A resposta no período foi o desenvolvimento de ferramentas de gestão do orçamento, “tornando as finanças públicas mais vinculadas a objetivos do que a regras rígidas do serviço público. Em resumo, a solução foi introduzir mecanismos gerenciais na administração pública” (ABRUCIO, 1998). Na década seguinte, os métodos do setor privado ganharam força como um modelo a ser seguido e implementado no setor público.

Sano (2003) destaca que a resposta inicial derivada desse movimento político foi a proposição de um Estado mínimo e de uma administração gerencial pura, nos moldes do setor privado.

---

<sup>12</sup>A **Globalização** é um processo de integração econômica, cultural, social e política. Esse fenômeno é gerado pela necessidade do capitalismo de conquistar novos mercados, principalmente se o mercado atual estiver saturado.

A intensificação da **globalização** aconteceu na década de 70, e ganha grande velocidade na década de 80. Um dos motivos para essa aceleração é o desenvolvimento de novas tecnologias, como por exemplo, no ramo da comunicação.

Surgiu, então, uma estrutura, ainda em formação e que contém muitas tensões, que pode ser resumida do seguinte modo:

[...] o problema atual não é diminuir o tamanho do Estado, mas sim, adequá-lo à nova realidade, na qual os governos terão menos recursos e poder e enfrentarão uma realidade social mais complexa em que os atores serão mais autônomos e fluídos. Em tal panorama, o Estado será cada vez mais importante porque não há outra instituição ou agente que dê conta, sozinho, das demandas coletivas da sociedade contemporânea. E para atingir este fim, os governos terão que otimizar seus recursos, estabelecer parcerias com a comunidade, com o mercado e com o Terceiro Setor, descentralizar tarefas, aumentar sua capacidade de regulação econômica e modificar a forma de provisão dos serviços públicos, principalmente na área social.” (ABRUCIO e FERREIRA COSTA, 1998, p.5)

A partir desta breve revisão da reforma do Estado no contexto internacional, o próximo tópico irá apresentar o processo ocorrido no Brasil.

### **Reforma do Estado no Brasil**

No decorrer dos anos 90, o tema da reforma do Estado adquiriu centralidade na agenda pública brasileira. A partir da presidência de Fernando Collor, desencadearam-se as primeiras medidas para reduzir o Estado e realizar a ruptura com o passado intervencionista, típico do modelo da industrialização substitutiva de importações e do desenvolvimentismo dos governos militares de 1964 a 1985, que no caso do Brasil não chegou a se constituir nada parecido com o estado de bem estar-social. Esse esforço reformista foi aprofundado no primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, que se propôs a tarefa de sepultar a Era Vargas e superar os entraves representados pela sobrevivência da antiga ordem. Através da prioridade atribuída às reformas constitucionais, iniciou-se um processo de desconstrução legal e institucional, que abriu o caminho para a reestruturação da ordem econômica e, sobretudo, para a refundação do Estado e da sociedade de acordo com os novos parâmetros consagrados internacionalmente.

A partir da percepção que as propostas de Estado mínimo baseados na política neoliberal não surtiram o efeito desejado, novas linhas de atuação tornaram-se necessárias, e o tema da reconstrução do Estado ganhou corpo. E a inspiração veio das reformas em curso na Europa ocidental e nos EUA. Para Spink e Bresser Pereira:

A abordagem gerencial, também conhecida como ‘nova administração pública’, parte do reconhecimento de que os Estados democráticos contemporâneos não são simples instrumentos para garantir a propriedade e os contratos, mas formulam e implementam políticas públicas estratégicas para suas respectivas sociedades tanto

na área social quanto na científica e tecnológica. (SPINK & BRESSER PEREIRA, 1998, p.7)

E para o desenvolvimento das políticas públicas, novos atores passaram a fazer parte do cenário político e também foram criadas condições para a responsabilização dos agentes perante os cidadãos. A discussão em torno deste processo no Brasil faz parte do próximo item desta sessão.

### **Nova Gestão Pública - Novo Conceito de Público no Brasil**

A Constituição de 1988, embora para alguns autores represente um retrocesso do ponto de vista administrativo, tornou mais profissional a administração e também promoveu a descentralização dos serviços sociais para as esferas subnacionais, aumentando a responsabilidade de Estados e municípios na execução de atividades antes conduzidas diretamente pela União.

Os defensores da Nova Gestão Pública apóiam na Constituição para justificar este novo formato de gestão:

Esta mesma Constituição confere um novo status para o cidadão que, de papel de coadjuvante, passa a exercer a de sujeito no processo de decisão envolvendo a res. pública, tornando-o, dessa maneira, também responsável pela busca de soluções para os problemas coletivos (TENÓRIO e RIBEIRO, 2000, p.6; GALVÃO, 1997, p.25).

Destacam ainda que a redemocratização do país também contribuiu para que demandas sociais, até então represadas pelo regime autoritário, passassem a ser direcionadas diretamente aos governadores e, mais fortemente, aos prefeitos, que, em meio a orçamentos reduzidos, foram levados a inovar na forma de gerir os recursos e levar à população os serviços que ela tanto anseia.

É neste cenário, criado a partir do final da década de 80, que os sujeitos da sociedade civil passam a fazer parte do rol de ofertas de serviços públicos, trazendo à arena política, novos temas, como “a busca de novas formas de articulação com a sociedade civil, envolvendo a participação de ONGs, da comunidade organizada e do setor privado, na provisão de serviços públicos.” (FARAH, 1997 apud SANO 2003).

Assim, a visão dicotômica tradicional que contrapõe o público e o privado passa por uma transformação, e a articulação entre os setores passa a representar as possibilidades de atuação conjunta, ampliando o leque de serviços oferecidos à comunidade. O próprio tema sociedade civil gera discussões sobre sua abrangência, pois para alguns autores tanto o Estado

como o mercado representam a sociedade civil, e então não caberia uma distinção da forma como se propõe. A própria utilização do termo Terceiro Setor, que não encontra consenso no meio acadêmico, revela uma das dificuldades enfrentadas nesta relação público-privada que, segundo Maria Cristina Galvão (1997) consiste na “falta de clareza quanto às formas jurídico-institucionais e organizacionais que poderiam garantir a implementação firme e progressiva das medidas reformadoras.” Porém este marco legal vem sendo implementado à medida que os programas de reforma são conduzidos.

A articulação entre o Estado e a sociedade leva à criação de diferentes formas de parceria público-privada, que Maria Cristina Galvão (1997) define como: “uma modalidade de gestão descentralizada da ação pública, pela qual a ação estatal delegável é desenvolvida em espaço eminentemente público situado, contudo, fora do âmbito do Estado; este espaço é o resultado da conjugação de diferentes elementos públicos e privados que visa ao atendimento do interesse público; e é possível criar, nesse espaço, alternativas flexíveis de gestão.”

A flexibilização na gestão pode ser percebida nas alterações constitucionais propostas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que, segundo Abrucio e Ferreira Costa (1998) constituem uma das linhas principais da reforma conduzida por Fernando Henrique Cardoso.

Ainda segundo os autores, “o governo muitas vezes esteve aquém deste projeto, isto é, optou primeiro pela estratégia fiscalista, tendo como *second best* o modelo de administração pública gerencial” (1998). Humberto Martins (2002) identifica a reforma burocrático-fiscalista como a principal estratégia inicial adotada pelo governo Fernando Henrique Cardoso para superar a crise do Estado. Martins entende tal reforma como uma inclinação de partida, pois “a era FHC explode em seis frentes ricas e diversificadas de reformas da gestão pública” (2002), que são:

- Reforma institucional: políticas públicas voltadas à melhoria da gestão, incluindo a reestruturação de ministérios e a implantação das organizações sociais e das agências executivas;
- Gestão-meio: relativo à implantação de políticas de Recursos Humanos e Tecnologia da Informação;
- Gestão estratégica: compreende os Estudos dos Eixos de Desenvolvimento e o Plano Plurianual;
- Aparato regulatório: refere-se à construção de instituições regulatórias, representado pelas Agências Reguladoras;

- Gestão social: voltada à mobilização, capacitação e modelos de parceria com o terceiro setor, culminando na instituição da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP);
- Gestão fiscal: conjunto de políticas nas áreas orçamentária, patrimonial e financeira.

As principais medidas foram o processo de privatização, a renegociação da dívida dos estados e a promoção do ajuste fiscal. Na gestão fiscal destaca-se a Lei de Responsabilidade Fiscal. As frentes identificadas por Martins indicam que houve uma busca por maior governança, controle por resultados e *accountability*. Esta tríade basicamente reflete os princípios da nova gestão pública e que serviram de princípio para o desenho das políticas de gestão pública (MARTINS, 2002).

Segundo Martins (2002), as principais medidas propostas no âmbito da reforma institucional são:

- O Plano Diretor;
- A Emenda Constitucional nº 19, que em seu parágrafo oito, do artigo 37, dispõe sobre a ampliação da autonomia de gestão por meio do contrato de gestão;
- A Lei nº 9.637/98 sobre Organizações Sociais;
- A Lei nº 9.648/98 sobre as Agências Executivas;
- E também os Decretos nº 2.487 e nº 2.488/98 sobre contratos de gestão e qualificação de Agências Executivas.

Com esse arcabouço jurídico, percebe-se a ênfase no aumento da governança ou, segundo Martins, o “fortalecimento da capacidade da administração executiva em formular e implementar políticas públicas” (2002), baseado nos “princípios gerais da denominada nova gestão pública: flexibilidade, orientação para resultados, foco no cliente e *accountability*/controle social” (2002).

Os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade surgem a partir do modelo gerencial da administração pública, que busca a superação do modelo “tido” como burocrático de gestão (*Welfare States*), mediante adoção de mecanismos que visam à excelência administrativa, ou seja, a capacidade de gestão torna-se o centro de discussão da Administração Pública, somada a significativas mudanças econômicas, tais como o ajuste

fiscal e os procedimentos voltados para o mercado – a privatização e a desregulamentação, por exemplo.

Para Montañó (2002) a veracidade deste processo visa um duplo caminho: primeiro da indução a uma imagem mistificada de construção e ampliação da cidadania e democracia, porém retirando as reais condições para sua efetiva concretização; segundo, o da indução a uma ideológica imagem de transferência de atividades, de uma esfera estatal satanizada (considerada naturalmente como burocrática, ineficiente, desfinanciada, corrupta) para um santificado “setor” supostamente mais ágil, eficiente, democrático e popular (ode uma “sociedade civil” transmutada em “terceiro setor”). Nesse sentido, a desresponsabilização estatal das respostas às seqüelas da “questão social” é compensada pela ampliação de sistemas privados: mercantis (empresariais, lucrativos) e filantrópico-voluntário (do chamado “terceiro setor”). No dizer de Montañó (2002),

O objetivo de retirar o Estado (e o capital) da responsabilidade de intervenção na “questão social” e de transferi-la à esfera do “terceiro setor”, não é por motivos de eficiência (como se as ONGs fossem naturalmente mais eficientes que o Estado), nem apenas por razões econômicas, como reduzir os custos necessários para sustentar esta função estatal. O motivo é fundamentalmente político-ideológico: retirar e esvaziar a dimensão de direito universal do cidadão em relação a políticas sociais (estatais) de qualidade; criar uma cultura de auto-culpa pelas mazelas que afetam a população, e de auto-ajuda e ajuda - mútua para seu enfrentamento; desonerar o capital de tais responsabilidades, criando, por um lado, uma imagem de transferência de responsabilidades e, por outro, criando, a partir da precarização e focalização (não universalização) da ação social estatal e do “terceiro setor”, uma nova e abundante demanda lucrativa para o setor empresarial.

No entanto, o Plano Diretor, ao elaborar um diagnóstico do funcionalismo federal e propor um direcionamento das políticas de recursos humanos e tecnologia da informação, também indicava os rumos para as políticas da gestão meio. As soluções desta frente, segundo Martins, consistiram no reordenamento jurídico do funcionalismo, na reorientação da política de recursos humanos, modernização dos sistemas centralizados de gestão de compras e implementação do governo eletrônico (MARTINS, 2002).

Os princípios da gestão estratégica seguem a doutrina do *Project Management Institute* que dá ênfase em resultados e empreendedorismo. O marco legal corresponde à Lei nº 9.989/2000 que estabelece as diretrizes do Plano Plurianual.

Para o fortalecimento e apoio da sociedade civil, valores chaves são entoados, as parcerias, a mobilização, a articulação, o aprendizado, o desenvolvimento local sustentável e a cidadania.

As políticas da gestão fiscal destinaram-se basicamente à promoção do ajuste fiscal, que envolve a redução de gastos, o aumento da receita e o estabelecimento de mecanismos de controle das finanças públicas nas três esferas (MARTINS, 2002).

Na análise de Martins sobre o Plano Diretor são identificadas três frentes principais de atuação: “a) a reestruturação do núcleo estratégico e melhoria da gestão; b) organizações sociais; e c) agências executivas” (2002). As propostas de flexibilização da administração pública previstas no Plano Diretor baseia-se, inicialmente, na divisão do aparelho do Estado em quatro setores:

- Núcleo estratégico: corresponde ao governo e é a instância no qual são definidas as políticas públicas e em que “a efetividade é mais importante que a eficiência” (BRASIL, 1995). Para tanto o Plano propõe, em linhas gerais, a modernização da administração burocrática e também sua capacitação gerencial para definir e acompanhar os contratos de gestão com as Organizações Sociais.
- Atividades exclusivas: correspondem às atividades “em que se exerce o poder extro verso do Estado – o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar” (BRASIL, 1995). Para tanto “propunha-se o modelo da agência executiva, uma qualificação que autarquias e fundações públicas poderiam receber para operar com maior flexibilidade e orientada por resultados (dispostos em contrato de gestão)” (MARTINS, 2002).
- Serviços não-exclusivos: são atividades que não demandam poder de Estado, como nas áreas de educação, saúde, cultura e meio ambiente. Embora algumas constituam obrigação do Estado em fomentar, para estas atividades foi proposta, segundo Humberto Martins (2002), “o modelo institucional mais inovador: as organizações sociais”.
- Produção de bens e serviços para o mercado: propõe a propriedade estatal quando a atividade constitui um monopólio natural e a privatização “de forma convergente com o que já vinha acontecendo desde 1990 no âmbito do Programa Nacional de Desestatização” (MARTINS, 2002).

O que esta divisão aponta é a concepção de um Estado que seja mais regulador e promotor dos serviços públicos e que busca a “descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão” (BRESSER PEREIRA, 1998).

E para tanto, o Plano propõe, entre outras medidas, a introdução de dois novos atores no cenário: as agências reguladoras e as organizações sociais. Embora ambas não constituam duas novas figuras jurídicas, seriam qualificações que entidades já existentes ou que viriam a ser criadas poderiam receber para, então, conduzir atividades de natureza pública por meio de contrato de gestão.

Assim, Martins (2002) identifica o enfoque contratual como uma das principais características da Nova Gestão Pública e que corresponde, basicamente, à essência da administração gerencial contida no Plano Diretor. Ao mesmo tempo em que se buscava a flexibilização na gestão, o Plano Diretor apontava para a necessidade de maior controle, pois: “A modernização do aparelho do Estado exige, também, a criação de mecanismos que viabilizem a integração dos cidadãos no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública. Através do controle social crescente será possível garantir serviços de qualidade.” (BRASIL, 1990).

O tema do controle será abordado no próximo tópico, que resgata, inicialmente, a introdução do conceito de *accountability* no país.

### ***Accountability* ou Responsabilização?**

A importância que o Plano Diretor confere ao tema do controle reflete o destaque que a discussão em torno da utilização do termo *accountability* ganhou tanto no Brasil como na América Latina (SANO 2003 APUD CAMPOS, 1990; CUNILL GRAU, 2000; CLAD, 2000). Este debate trouxe também a preocupação com a transposição desse conceito, de matriz anglo-saxônica, para o contexto latino-americano. O que se notou de imediato foi a ausência de uma tradução direta, ou seja, de uma única palavra que pudesse expressar seu significado. Percebe-se um consenso entre os autores de que a dificuldade para se obter uma tradução imediata e precisa para o termo não reside simplesmente na inexistência do termo na América Latina, “na verdade o que nos falta é o próprio conceito, razão pela qual não dispomos da palavra em nosso vocabulário.” (SANO 2003 *apud* CAMPOS, 1990).

Nessas situações, a tentativa de se adaptar um termo do vocabulário corrente como uma tradução para o vocábulo original resultará na perda de uma parte de seu significado. O termo *accountability*, na sua acepção original, diz respeito “*alcumplimiento de una obligación del funcionario público de rendir cuentas, sea a un organismo de control, al parlamento o a la sociedad misma.*” (SANO, 2003 *apud* CLAD, 2000). Assim, esta obrigatoriedade é inerente à palavra e deve ser percebido pelo detentor de cargo público.

Esta obrigatoriedade é inerente ao conceito de responsabilização e todo agente público deve estar ciente dessa obrigação – trata-se um valor meta-político. Mas caso o burocrata não interiorize esta norma de conduta, ela “deverá ser exigida de ‘fora para dentro’; deverá ser compelida pela possibilidade de atribuição de prêmios e castigos àquele que se reconhece como responsável” (CAMPOS, 1990).

E nos países onde o termo *accountability* e, conseqüentemente, seu significado encontram abrigo, em particular nos Estados Unidos, foram desenvolvidos diversos mecanismos que compelem os detentores de cargos públicos a prestarem contas de seus atos, partindo do suposto segundo o qual não bastam os valores; são necessárias regras do jogo e restrições institucionais para o bom funcionamento das organizações, mais especificamente, do Estado democrático. Tais mecanismos podem ser observados apenas, em maior ou menor escala, em países democráticos.

Ressalte-se que o debate que se instalou em torno da compreensão do termo *accountability* trouxe outra inquietação que o termo suscita no meio acadêmico, pois envolve aspectos práticos, que Robert Behn expressou por meio de questões como: a *accountability* deve ocorrer “Perante quem? Para que? De que forma? Como exatamente poderemos exigir *accountability* do governo? De fato, empregamos a frase ‘cobrar *accountability* do governo’ como se seu significado fosse óbvio. Porém, como iremos cobrar *accountability* de quem e por quê?” (BEHN, 1998).

Para Sano (2003) a procura por respostas ou indicações que apontem caminhos a serem seguidos pode ser iniciada a partir da divisão dos diferentes mecanismos de responsabilização em dois grupos: vertical e horizontal. A dimensão vertical da *accountability* tem nas eleições seu principal representante e traz para a cena o mecanismo tradicional de premiação e castigo. O “prêmio” para um bom governante é sua própria reeleição, caso a legislação permita, ou a eleição do candidato que recebe seu apoio; e o “castigo” é exatamente o oposto, ou seja, a chegada ao poder de seus adversários políticos. Este processo, que Behn (1998) chama de *accountability* política ou *accountability* democrática: “... não é opcional; ela é uma característica essencial de qualquer abordagem para a estruturação do poder executivo. [...] Se o seu sistema não assegura *accountability* perante os cidadãos, então ele é, por definição, inaceitável.”. Neste contexto, não cabe uma definição normativa de um governo bom ou ruim, pois é somente o resultado das urnas que indicará qual foi a percepção dos eleitores quanto à atuação dos governantes.

No entanto, indaga-se se este formato de avaliação não sofre persuasão e participação dos meios de comunicação em nossas decisões no período eleitoral. Fica claro que o sistema

eleitoral permite um controle periódico e *ex-post* dos mandantes, de forma limitada, e que ainda deixa um vazio na avaliação das atividades realizadas durante o mandato.

A outra dimensão de *accountability* corresponde aos mecanismos horizontais, ou o “velho tema da divisão dos poderes e dos controles e equilíbrios entre eles” (O’DONNELL, 1998).

A partir dos conceitos envolvidos na *accountability*, como a de prestação de contas, presentes em algumas sociedades, um leque de instrumentos que permitem o controle dos agentes públicos e sua conseqüente responsabilização foi criado e aprimorado ao longo dos anos. Na ausência destes conceitos, perceptível em uma cultura como a latino-americana, o avanço da democracia promove também a evolução das questões relativas ao controle das atividades públicas e sua prática pode torná-lo uma presença permanente. E, para Campos (1990), “somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para a *accountability*. Não haverá tal condição enquanto o povo se definir como tutelado e o Estado como tutor”.

Estes mecanismos de responsabilização irão balizar a análise das Organizações Sociais, que estão sujeitas a uma combinação de controle por resultados com *accountability*.

### **As Organizações Sociais**

Esta seção tem por objetivo apresentar a origem das organizações sociais, dentro do processo de reforma do aparelho do Estado proposto pelo Plano Diretor (BRASIL, 1995), o papel designado para esse novo ator e sua implementação na esfera federal.

Conforme já foi apresentado na parte introdutória deste trabalho, as Organizações Sociais fazem parte da estratégia de flexibilização da gestão pública ou, utilizando a expressão cunhada pelo governo federal, constitui mecanismo de publicização, que é entendida como a “produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos de Estado” (BRASIL, 1997), mas que devem ser por ele subsidiados e controlados. Em outras palavras, cabe ao Estado a regulação e fomento de serviços não-exclusivos, cuja operação, por intermédio do contrato de gestão, é repassada a entidades qualificadas como Organização Social.

Com a publicização, outros objetivos em relação aos serviços não-exclusivos são: • “lograr [...] maior autonomia e flexibilidade, bem como uma conseqüente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; • lograr um maior foco no cidadão-usuário e um maior controle social direto desses serviços por parte da sociedade, por meio dos

seus conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação, quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social; • lograr, finalmente, maior parceria entre o Estado e a sociedade baseada em resultados. O Estado continuará a financiar as atividades públicas, absorvidas pela organização social qualificada para tal, e esta será responsável pelos resultados pactuados mediante contrato de gestão.” (BRASIL, 1997).

O histórico das Organizações Sociais foi retratado por Humberto Martins (2002), que remonta ao discurso de posse de Bresser Pereira, quando o ministro aludiu “à necessidade de se estabelecerem parcerias estáveis entre estado e as organizações da sociedade civil pública não estatal para implementação das políticas públicas” (2002). Tais parcerias foram imaginadas tendo como exemplos o caso americano (universidades, hospitais, museus, entre outros) e o britânico (*as Quasi Non Governmental Organizations*, QUANGO). Martins (2002) divide o processo de implantação das Organizações Sociais em três momentos. O primeiro período vai de meados de 1995 a 1996 e corresponde à fase em que é desenvolvida a concepção básica, seguindo as propostas contidas no Plano Diretor, e também sua divulgação intra e extra governamental. O segundo momento corresponde ao ano de 1997, período em que ocorre o detalhamento da proposta, “envolvendo questões sobre gestão de pessoas, finanças e patrimônio (tanto relativos à transferência das atividades de entidades estatais para entidades privadas quanto à própria gestão destas atividades em entidades privadas flexíveis, embora sujeitas a controles do Poder Público)” (MARTINS, 2002).

O ano de 1998 corresponde ao terceiro momento e se “caracteriza por uma tentativa deliberada de consolidar o processo de implantação nas OS existentes e promover uma melhor escolha e preparação de unidades-piloto para implementação de OS” (MARTINS, 2002). O autor conclui sua análise sobre o período relatando que “o modelo e as unidades implementadas eram de uma fragilidade atroz, mas representava em alguma extensão a quebra de um paradigma” (2002), externando sua preocupação quanto à sustentabilidade do modelo no segundo governo de FHC.

E, em sua análise sobre o segundo mandato de FHC à frente da presidência da República, Martins (2002) identifica dois momentos: (1) Gestão Pública Empreendedora I, entre 1999 e maio de 2001; e (2) Gestão Pública Empreendedora II, entre 2001 e 2002.

O termo Gestão Pública Empreendedora foi cunhado por Pedro Parente, titular do Ministério do Orçamento e Gestão, “para designar uma nova fase nas políticas de gestão pública. A gestão pública empreendedora não estava apenas referenciada na trajetória de

reforma institucional; deveria abarcar pelo menos as trajetórias de gestão estratégica e gestão-meio” (MARTINS, 2002), com repercussões inclusive nas Organizações Sociais.

No início da fase I da Gestão Pública Empreendedora, o MARE foi absorvido pelo Ministério do Orçamento e Gestão e, de acordo com Martins (2002), nesse período os modelos institucionais eram desprezados, chegando até a ser cogitada a revogação da Lei n o 9.637/98, que trata das Organizações Sociais.

As Organizações Sociais são parte fundamental do programa de publicização dos serviços não-exclusivos do Estado proposto pelo Plano Diretor. Uma vez qualificada, a Organização Social está em condições de firmar um contrato de gestão com o governo para a condução de um serviço público.

Nesse formato de gestão, algumas vantagens podem ser identificadas isoladamente para o governo, para as OS's ou para a população. Outras vantagens podem atingir a todos os atores, beneficiando a população como um todo. Porém nem toda vantagem está desvinculada de uma desvantagem.

Uma das primeiras vantagens para o governo é a criação de um modelo de gestão que amplia as possibilidades de oferta de serviços públicos. E amplia com uma expectativa, prevista no próprio Plano Diretor, de melhorar a eficiência. Tal expectativa se sustenta na premissa de que a introdução de uma administração gerencial, pautada por metas e objetivos, lograria uma melhor aplicação dos recursos e, conseqüentemente, melhores resultados.

Uma desvantagem associada é a necessidade de se criar toda uma nova estrutura capaz de acompanhar a evolução do modelo implantado e sujeita a erros mais freqüentes devido ao ineditismo do modelo.

Ao criar um novo modelo de gestão, mas que coexiste com formas tradicionais, o governo pode promover a competição entre as diferentes formas, seja por recursos, por usuários do serviço, mas principalmente por resultados, pois é a partir dessa lógica que um modelo pode ser valorizado em relação a seu concorrente.

Para os defensores desta modalidade, a tendência é que tanto o governo quanto a sociedade ganhem, pois a busca por melhores resultados tende a otimizar a utilização dos recursos e a levar um serviço com mais qualidade para a população. Porém, caso a competição volte-se para a eficiência pode, no limite, levar a uma lógica baseada na quantidade de serviços prestados ou quantidade de usuários atendidos, em detrimento da qualidade do produto, gerando prejuízos a toda sociedade. E caso os resultados estejam atrelados a um mecanismo de premiação, isto pode levar a uma constante valorização do que está melhor em detrimento do outro, que passaria a receber menos recursos, sejam financeiros

ou técnicos, prejudicando cada vez mais a população atendida pelo equipamento deficitário. (SANO, 2003)

A própria natureza jurídica da Organização Social, originalmente uma associação civil ou fundação de direito privado, para os defensores, pode ser considerada uma vantagem das Organizações Sociais em relação a seus congêneres da administração direta. Isto porque as OS's não estariam sujeitas a diversas leis da administração pública, entre elas a legislação sobre licitações, regulamentada pela Lei n o 8.666, o que poderia conferir maior agilidade e autonomia na aquisição de bens e serviços. Porém é preciso lembrar que cada OS deve ter seu próprio regulamento de contratações aprovado pelo Conselho de Administração e divulgado em Diário Oficial o que, de certa maneira, disciplinaria a atividade. (SANO, 2003)

Para Sano (2003) mesmo com regras determinadas e divulgadas, a flexibilidade e agilidade das Organizações Sociais na contratação e desligamento de pessoal é maior se comparado com as normas que devem ser seguidas por órgãos públicos, sujeitos ao Regime Jurídico Único dos servidores públicos e a concurso público. Uma vantagem para os funcionários das OS's é que a sua remuneração seria baseada no valor de mercado e não precisa seguir a tabela salarial do setor público, considerada defasada.

As Organizações Sociais poderiam ser utilizadas como um artifício para adequar as contas dos governos à Lei de Responsabilidade Fiscal. Isto porque os recursos destinados às Organizações Sociais não são considerados como um gasto com pessoal, mesmo que uma parte esteja reservada ao pagamento dos salários dos funcionários das OS's. Esta lógica possibilitaria ampliar o leque de serviços sem onerar a carga de gastos com o salário do funcionalismo. Mas a utilização de mecanismos como este poderia alterar o principal objetivo proposto para as Organizações Sociais no Plano Diretor, que é a de flexibilizar a gestão pública inserida num contexto de reforma do Estado. Este mesmo Plano Diretor propõe que as atividades das Organizações Sociais estejam sujeitas ao controle de resultados e à *accountability*, mas para tanto resta saber se os governos estão preparados ou estão se preparando para exercer as atividades de controle e também a *accountability*.

### **Mecanismos de *Accountability* das Organizações Sociais**

O Plano Diretor, além de buscar uma flexibilização na gestão de serviços públicos, também expressa sua preocupação com o controle social das Organizações Sociais e acredita que “a propriedade pública não-estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos” (BRASIL,

1995). O estudo sobre *accountability* das OS's passa pela análise da legislação que rege o tema e também do contrato de gestão, pois este é o instrumento que cria o vínculo entre o Estado e as entidades e que define “as atribuições, responsabilidades e obrigações” (BRASIL, Lei nº 9.637/98) de cada uma das partes, além de determinar a criação e a composição dos conselhos.

Estes aspectos são, então, parte do objeto de análise desta etapa do trabalho. Para possibilitar o acompanhamento das atribuições, responsabilidades e obrigações citadas anteriormente, a legislação federal especifica que, no contrato de gestão, devem ser estabelecidos:

1. O programa de trabalho da Organização Social;
2. As metas e seus prazos de execução;
3. Critérios objetivos de avaliação de desempenho que utilizem indicadores de qualidade e produtividade;
4. Os limites para despesa com remuneração dos dirigentes e empregados. Uma vez estabelecidos os parâmetros, o controle sobre as Organizações Sociais ocorre a partir do acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos por cada entidade, que são comparados com o que foi previamente acordado no contrato de gestão, o que configura a responsabilização pelo controle de resultados.

A avaliação de desempenho está sob a responsabilidade do “órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada” (BRASIL, Lei nº 9.637/98). Para auxiliar o órgão supervisor, deve ser formada uma Comissão de Avaliação, que tem por incumbência analisar os resultados obtidos pelas Organizações Sociais para, então, encaminhar relatórios conclusivos ao órgão supervisor. Os membros dessa Comissão devem ser indicados pela autoridade supervisora. Para a confecção deste relatório conclusivo devem ser analisados os relatórios de atividades e financeiros produzidos pela OS. O primeiro deve permitir a comparação entre as metas estipuladas e aquelas atingidas pela OS, enquanto que o segundo corresponde à prestação de contas.

A Tabela 1 apresenta os órgãos de controle previstos na legislação.

Tabela 1. Órgãos de Controle Previstos na Legislação

| #  | CONTROLADOR               | RESPONSABILIZAÇÃO         | DIMENSÃO              |
|----|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1. | Órgão Supervisor          | Controle de Resultados    | Vertical              |
| 2. | Comissão de Avaliação     | Controle de Resultados    | Vertical              |
| 3. | Tribunal de Contas        | Controle de Procedimentos | Horizontal            |
| 4. | Conselho de Administração | Controle Social           | Vertical e Horizontal |

E os instrumentos utilizados para auxiliar os órgãos controladores nas suas atividades são listados na Tabela 2.

Tabela 2. Instrumento para Controle e Responsável

| #  | INSTRUMENTOS PARA CONTROLE | RESPONSÁVEL      |
|----|----------------------------|------------------|
| 1. | Relatório de Execução      | OS               |
| 2. | Relatório Financeiro       | OS               |
| 3. | Relatório de Desempenho    | Órgão Supervisor |

A dimensão vertical ocorre quando existe uma relação hierárquica entre as partes envolvidas. Neste caso é simples estabelecer esta relação, pois o órgão supervisor representa o Estado, enquanto que a Organização Social representa um ente criado por este Estado. E apesar da legislação estabelecer que o conteúdo do contrato de gestão deva ser elaborado de comum acordo entre as partes, existem outros aspectos que reforçam a relação de subordinação da Organização Social perante o órgão supervisor, como: o Estado detém o poder de qualificar uma organização como Organização Social; o órgão supervisor é quem fiscaliza a execução do contrato de gestão e pode solicitar relatórios de atividades e financeiros a qualquer momento.

A Comissão de Avaliação, uma vez que representa o órgão supervisor na análise de desempenho da Organização Social, sendo responsável pela emissão de relatórios conclusivos, também é um órgão cujas atividades implicam uma relação vertical de poderes com a OS.

O Tribunal de Contas, órgão auxiliar do Legislativo, é responsável pela auditoria nas contas e nos procedimentos administrativos das organizações sociais, emitindo pareceres sobre sua atuação. Assim, a relação entre o órgão supervisor e o TCU corresponde à relação entre o Executivo e o Legislativo, na clássica separação de poderes, representando uma dimensão horizontal.

A dimensão horizontal do controle social, para os formuladores deste processo, ocorre a partir do momento que o conselho de administração da OS acompanha o desenvolvimento das atividades da própria entidade, de forma que o contrato de gestão seja respeitado.

A dimensão vertical, além daquela representada pelo voto na hora da eleição dos dirigentes públicos, manifesta-se quando o conselho de administração é chamado, como previsto no Plano Diretor, para definir, em conjunto com o governo, as metas que farão parte do contrato de gestão.

A lei define que o controle social deve ser uma diretriz a ser seguida, porém não especifica como isso deve ocorrer para que seja um processo transparente. Algumas medidas presentes na legislação permitem identificar certos mecanismos que promovem a transparência como, por exemplo, a “obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão” (BRASIL, Lei nº 9.637/98)

A publicação dos procedimentos para contratação refere-se à publicidade que se deve conferir às normas adotadas por cada Organização Social para contratar serviços, obras, funcionários e também para a realização de compras. Como as Organizações Sociais não estão sujeitas à realização de licitação para a aquisição mencionada, o procedimento adotado seria uma forma de promover a transparência no processo.

### **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde**

A gestão por resultados constitui um dos pilares da reforma na gestão pública, inclusive na área da saúde, tendo como principais inovações: a institucionalização de contratos de gestão e a utilização de incentivos profissionais.

Como já apresentado anteriormente, o tema dos contratos de gestão em saúde é parte de uma importante agenda de discussão nos cenários brasileiro e internacional na organização de serviços de saúde. A contratualização de resultados é apontada como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública, ou seja, dentre as que mais promoveram mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos.

Nessa lógica, os contratos de gestão surgem como instrumentos de implantação de uma administração por objetivos e busca inexorável por resultados no setor público, visando à qualidade de serviços e à eficiência das organizações. Esses contratos são compromissos gerenciais entre o governo e a diretoria de uma empresa ou setor estatal, com objetivos e metas periódicas, cuja supervisão é realizada pelo Estado.

Segundo André (1999) o contrato de gestão é um instrumento que tem o propósito de induzir mudanças culturais que façam com que o Estado e cada uma das entidades de interesse social dele dependente ou a ele vinculada construam e mantenham níveis elevados de: (a) efetividade: atingindo os resultados sociais aspirados pela sociedade, inclusive oferecendo-lhe serviços de interesse social compatíveis com suas necessidades em extensão, qualidade e preços; (b) eficácia: comprometendo-se política e institucionalmente com um competente planejamento e com o cumprimento responsável da sua execução; (c) eficiência: usando com economia, zelo e dedicação os bens e os recursos públicos.

A contratualização de resultados tem sido também considerada como uma nova forma administrativa de controle interno na gestão pública e mobilizadora de processo contínuo de aperfeiçoamento e de mudança gerencial (GIACOMINI, 2009, apud DITTERICH, et al, 2012). A principal questão do modelo de contratualização é a definição de resultados por meio de indicadores e metas, no qual implica um processo permanente de avaliação e ajustes. Não se trata, portanto, de um contrato estanque, mas sim de uma pactuação, seguida de apresentação de resultados, análise e, se necessário, de repactuação (RIBEIRO, 2009, apud DITTERICH, et al, 2012).

O contrato de gestão nos serviços de saúde tem como finalidades: estimular a descentralização da gestão; dar mais responsabilidade aos gestores e equipes locais; controlar os desempenhos quantitativos e qualitativos dos prestadores; ajudar no planejamento local, estimular a utilização de ferramentas e tecnologias de informação; melhorar a gestão da clínica, gestão da patologia e a gestão do caso; focalizar as necessidades em saúde da população do território sob sua responsabilidade (no caso da atenção primária); buscar o envolvimento e compromisso de toda a equipe na busca de resultados, estimular a cultura de negociação; proporcionar mais transparência junto ao controle social (MARTY, 2009 & VÉZINA, 2006, apud DITTERICH, et al, 2012).

No que concerne a utilização de incentivos profissionais na produção do cuidado e como ferramenta gerencial nos serviços de saúde Ditterich et al.(2012) sinaliza que a utilização de incentivos profissionais adquire grande interesse nessa nova abordagem na gestão por resultados e de recursos humanos, tendo em vista os desafios apresentados atualmente pelas reformas do setor de saúde em curso no mundo.

No entanto, embora programas de incentivos estejam sendo utilizados no planejamento e implementação de ações e serviços de saúde, poucas são as evidências existentes sobre a sua efetividade ou as suas potenciais consequências intencionais e não

intencionais (externalidades), com os respectivos efeitos sobre a relação profissional/paciente e impactos sobre a saúde da população.

Também há que se destacar que o simples fato de premiar ou recompensar os trabalhadores da saúde com base em resultados, não vai garantir automaticamente maior e melhor desempenho na realização do trabalho, bem como provocar mudanças duradouras nas atitudes e comportamentos nos cuidados em saúde.

De acordo com Cecílio et al.(2002) a gestão somente conseguirá intervir nos processos de trabalho, dentro dos serviços de saúde, quando os trabalhadores de saúde experimentarem um protagonismo ativo na condução da política de avaliação de desempenho.

Ditterich et al.(2012) destaca que a gestão por resultados só será possível quando existir co-responsabilidade e compromisso mútuo entre os trabalhadores e o nível diretivo. Por isso, defendem que as metas preestabelecidas devem ser pactuadas entre todos os atores envolvidos e avaliadas de forma periódica para que os incentivos profissionais sejam garantidos. Para efetivamente aumentar a responsabilização sobre os resultados desejados, com base nas experiências analisadas, é preciso aprimorar os mecanismos de controle e monitoramento, definir de forma mais precisa indicadores e seus padrões no campo da assistência e da gestão, capacitar as partes envolvidas na elaboração do plano e no seu monitoramento com o uso de incentivos profissionais.

Existe a necessidade de se repensar a gestão por resultados de uma forma em que o processo de trabalho seja analisado sob o ponto de vista coletivo, e não somente na singularidade da produção individual.

Segundo a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES - do Ministério da Saúde, a Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, intercâmbio, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação

de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

Na atual conformação do sistema de saúde brasileiro, a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos configuram-se como questões fundamentais e estratégicas, para que as transformações no nível da produção do cuidado em saúde sejam efetivadas. Isso porque os princípios e as políticas do SUS necessitam cada vez mais de profissionais com formação acadêmico-científica, éticos, humanísticos, dotados de conhecimentos técnico-político e cultural para a cooperação e assessoramento na prestação dos serviços e nos movimentos sociais.

De fato, o SUS/ESF está exigindo dos profissionais, inseridos no processo de trabalho em serviços de saúde, clareza dos seus limites de atuação, intervenção e habilidade para construir e manter o vínculo, o acolhimento entre o serviço e os usuários, a qualificação e a produção de saberes, dentre outros, como meios de superar o paradigma biologicista e buscar a promoção das ações voltadas para o cuidado, em atenção às novas e complexas necessidades de saúde da população.

### **Os problemas da implantação da nova gestão pública: modelo de Estado e cultura institucional**

Matas (2005) oferece um conjunto de reflexões sobre alguns problemas derivados da implantação da denominada Nova Gestão Pública nas administrações públicas dos países latinos.

Nessa esteira o autor interpreta que existem problemas, conforme itens abaixo:

- Alguns serviços públicos prestados por organizações privadas podem gerar efeitos assimétricos sobre os cidadãos;
- Confundem-se os fins e os meios ao considerarem-se indicadores e atos modernizadores como fins em si mesmos (tecnologia da informação indicadores de gestão, mudanças em organogramas e procedimentos, etc.);
- Tende-se a formular objetivos de atos públicos sem compromissos concretos, que são de difícil verificação por parte dos cidadãos;
- Inspirar-se na gestão privada é um erro conceitual grave por duas razões; por um lado, a gestão pública possui muitos aspectos que são diferenciados em relação à gestão privada e, por outro lado, a teoria da gestão privada é uma

ciência imatura, suas prescrições são totalmente conjunturais e costumam ter uma margem de erro muito elevada (as empresas "excelentes" na realidade não o são ou então deixam de sê-lo em pouco tempo);

- Reduz a condição de cidadãos a clientes.

Nesse gancho podemos afirmar que os cidadãos são muito mais que clientes de serviços públicos; de fato, os cidadãos são os acionistas políticos e econômicos das administrações públicas e têm muito mais direitos do que aqueles que estão associados ao papel de cliente. Entre a administração pública e a cidadania não há um contrato comercial, mas sim um contrato social e político.

A hipótese de Matas (2005), é que em grande parte dos países da América Latina não se produziu um debate político sobre o modelo de Estado que se deseja implantar e, mesmo assim, decidiu-se implementar um novo instrumental de gestão dentro dos princípios da Nova Gestão Pública de caráter neoempresarial que, por sua vez, parte de valores ideológicos e administrativos que acabam, com o tempo, definindo um novo modelo de Estado. Ou seja, o como (forma de gestão) acaba definindo o que (modelo de Estado). Assim, é necessário abandonar a idéia de que a Nova Gestão Pública é somente um conjunto de instrumentos para a melhoria da gestão, mas sim ter claro que também traz junto a si valores ideológicos e administrativos.

Com efeito, as estratégias modernizadoras da Nova Gestão Pública alteram as relações entre o setor público, o mercado, o terceiro setor e a família, formatando um determinado modelo de Estado. Da mesma forma, os instrumentos da Nova Gestão Pública priorizam mais a eficiência, tanto do mercado como do setor público, acima de outros critérios, como por exemplo, o da equidade. (MATAS, 2005)

A estrutura de produção de bem-estar nas sociedades desenvolvidas ocidentais tem quatro eixos fundamentais e, em função de sua ligação, podem se distinguir tipos ideais do que se vem chamando regimes (ou Estados) de bem-estar que estão associados a diferentes modelos de setor público. Por um lado, está a provisão pública do bem-estar; por outro, a produção do bem-estar pelas famílias; e, em terceiro lugar, a provisão e produção de bem-estar através do mercado promovida pelo mercado. Ainda haveria de se acrescentar a produção do bem-estar derivado do terceiro setor (ONGs, fundações, etc.) que, nos últimos anos, têm experimentado um notável crescimento. (MATAS, 2005, apud ANDERSEN, 1993)

Setor público, família, mercado e terceiro setor representam os quatro vértices de um "losango" que configura o cenário da provisão de serviços e do bem-estar de um país e que

gera um determinado modelo de Estado. Valores-chave de nossas sociedades como a igualdade, a equidade, a dependência ou a solidariedade serão potencializados de formas diferentes em função de qual/quais destas quatro dimensões representa(m) a(s) fonte(s) principal/principais de produção de bem-estar para a cidadania. Concretamente, para ter presente as implicações de cada modelo desta tipologia, são bastante úteis os conceitos de "desmercantilização", "desfamiliarização" e solidariedade (MATAS, 2005, apud ANDERSEN, 1993).

Finalmente, constata-se que na atualidade os três regimes de bem-estar estão em uma situação de transformações que dificulta a definição do papel do setor público em cada um deles.

É necessário acrescentar o vigor com o qual surgiu o denominado terceiro setor (ONGs, fundações, etc.), que aparece como um complemento aos serviços públicos, mas que, com o tempo, tende a funcionar com parâmetros similares aos do mercado.

Em suma, tudo está mudando e é muito difícil precisar os destinos finais destas transformações e, portanto, não é possível definir com clareza o papel que terá o setor público no futuro em cada cenário.

## 5 A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.3 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pretende-se, com o presente capítulo, apresentar o percurso histórico da atenção primária na AP 5.3, e desta forma construir um cenário real, a fim de compreender o processo de reorganização da APS no âmbito do SUS.

### O Caminhar da Estratégia de Saúde da Família na AP 5.3

A Área de Planejamento (AP) é uma divisão territorial, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, para planejamento e organização dos serviços de saúde (figura 1). A AP 5.3 é composta pelos bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência. Localiza-se na região oeste do município e possui área de 163.730 km<sup>2</sup> (13,15 % da área do Município). A população total é de 389.000 habitantes (IPP, 2009) o que representa 6 % da população total do Município. A AP 5.3 é a mais distante região da cidade. Vale ressaltar ainda, que os três bairros que compõem a AP 5.3 ocupam as posições 147º, 146º e 144º, respectivamente, do Índice de Desenvolvimento Social (IBGE, 2000; IPP/DIG, 2008), considerando os 158 bairros oficiais do Município do Rio de Janeiro, pois apresentam pouco desenvolvimento social, ao considerarmos os seguintes índices: a esperança de vida ao nascer, nível educacional e conforto e saneamento.

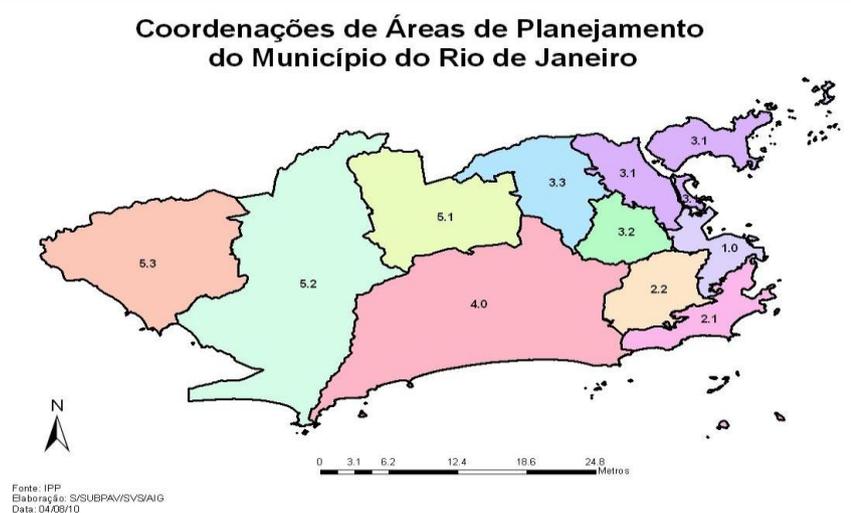


Figura 5. Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro  
Fonte: Instituto Pereira Passos, 2010

A área possuía até o final de 2009, dezenove unidades municipais de saúde de atenção primária, sendo que oito eram Postos de Saúde (PS), oito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 01 do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 Policlínica. Estas duas últimas constituíam-se as principais referências à nível secundário para as outras unidades municipais da localidade.

As unidades de atenção primária estão subordinadas localmente a Coordenadoria de Saúde da AP 5.3 (CAP 5.3). A CAP 5.3 está diretamente ligada a Superintendência de Integração das AP (SIAP) e a Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A ESF na AP 5.3 teve início no ano 2000, com a Unidade de Saúde da Família (USF) no conjunto Antares, localizada em Santa Cruz. Em 2001, o Programa de Agentes Comunitários (PACS) foi implantado no conjunto Manguariba, em Paciência. Nesse período, foram utilizados como sedes as unidades da rede já existentes e recursos humanos terceirizados, contratados em parcerias com Organizações não Governamentais (ONG).

Nos anos de 2001 e 2002, iniciou-se a discussão quanto à nova fase de implantação da ESF, como a ampliação da cobertura, com equipes formadas por funcionários da rede e os locais de implantação que foram definidos pela CAP junto ao Conselho Distrital de Saúde (CODS). Em 2003, houve a implantação de 02 equipes de PACS no conjunto Nova Sepetiba e no período de 2004 a 2005, foram implantadas mais 02 equipes na comunidade do Balneário Globo, 03 equipes no Alagado e 02 equipes no Barro Vermelho.

Em 2007, foi iniciado o processo de transformação de três Postos de Saúde tidos como tradicionais para o modelo de Estratégia de Saúde da Família, um em Paciência com 8 equipes (USF Emydio Cabral) e dois em Santa Cruz, com 4 e 7 equipes (USF Cattapreta e USF Ruy da Costa Leite). Com esse projeto de expansão foi alcançada a cobertura de 32% da ESF, totalizando o número de 35 equipes de saúde.

### **O Projeto Saúde Presente (TEAIS) na AP 5.3**

No documento Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012, a Prefeitura destaca que não pretende apenas orientar e tomar decisões sobre políticas públicas, quer também recuperar seu papel de pensar a cidade, influenciando investimentos e inspirando empresas e pessoas a pensar como agente de mudança.

O desenvolvimento do primeiro Plano Estratégico da Prefeitura do Rio foi precedido pela construção de uma visão de futuro para a cidade. Segundo o documento, o primeiro passo

na construção de uma visão de futuro para o Rio foi realizar um diagnóstico que identificou os principais desafios e vantagens competitivas da cidade, bem como as crenças e valores mais marcantes do carioca. A partir deste diagnóstico, articulou-se uma ambição de longo prazo para a cidade, sustentada por quatro pilares de aspirações: sociais, econômicas, ambientais e políticas.

No campo social, aspirava-se ser a capital do sudeste com o maior crescimento de IDH e com a maior redução da desigualdade na próxima década.

No campo econômico, o objetivo é ser a capital com a menor taxa de desocupação e a maior renda média do trabalhador em toda região sudeste ao final da década.

No campo ambiental, a aspiração é fazer com que o Rio se torne, ao longo dos próximos 10 anos, referência nacional em sustentabilidade e preservação ambiental.

Por fim destaca que quer voltar a ser um importante centro político e cultural tanto no cenário nacional quanto na cena internacional.

Dentre as iniciativas estratégicas apresentadas no documento destacaremos as relacionados ao setor saúde, especialmente, o TEIAS - Territórios Integrados de Atenção à Saúde, estratégia voltada para implantação do Saúde Presente.

O documento apresenta diagnósticos para os problemas do setor saúde até 2008 e quais seriam as diretrizes. Dentre os diagnósticos relacionados ao estudo em questão, a falta assistência, recursos e resolução na atenção primária. Cita ainda, como problemas históricos de gestão na rede municipal:

- A gestão de RH inadequada (profissionais mal remunerados, mal treinados e mal avaliados);
- Processo ineficiente de captação de recursos federais;
- Central de Regulação sem efetividade;
- Manutenção precária da infraestrutura e dos equipamentos da rede;
- Uso incipiente de ferramentas de TI;
- O orçamento da Saúde nos últimos anos foi significativamente baixo para a operação da rede;
- Falta integração do sistema com as redes estadual, federal e de outros municípios;
- Há um histórico desequilíbrio geográfico e funcional na oferta de recursos.

Dentre as diretrizes destaca:

- Ampliar a cobertura e melhorar o atendimento assistencial dos serviços;
- de atenção primária a partir de uma nova estratégia de saúde da família;
- Melhorar a efetividade social dos serviços ambulatoriais e hospitalares através de redesenho de processos e da hierarquização, integração e regulação dos atendimentos de emergência na cidade;
- Ampliar a rede de UPAs 24 horas em funcionamento na cidade;
- Reestruturar e expandir os serviços de desospitalização voltados para a população idosa.

E como principais metas da Saúde o documento apresenta:

- Reduzir a taxa de mortalidade infantil em pelo menos 11% até 2012, tendo como referência o ano de 2008;
- Reduzir a taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2012, tendo como referência o ano de 2007;
- Reduzir em pelo menos 20% o tempo de espera nas emergências dos quatro grandes hospitais públicos municipais até 2012, tendo como referência o ano de 2009;
- Aumentar em 10 vezes a cobertura do Saúde da Família no município até 2012, tendo como referência o ano de 2008;
- Criação do PADI (Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso) com 36 mil atendimentos por ano até 2012;
- Construir 20 novas UPAs até 2012.

Até o início de 2009, apenas 3,5% da população carioca era atendida pelo Saúde da Família. O Rio de Janeiro tinha a mais baixa cobertura dentre todas as capitais do Brasil.

Segundo o documento o programa Saúde Presente consiste na implantação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, tendo como eixo fundamental para sua organização a expansão do Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, através da implantação das Clínicas da Família, nas quais cada equipe de saúde da família seria responsável pelo cuidado em saúde de 4 mil pessoas. Além das Clínicas da Família, os

territórios oferecerão serviços de Policlínica, Centro de Especialidade Odontológica e Centro de Atenção Psicossocial.

Como resultados esperados esperava-se ampliação da cobertura do Saúde da Família para 35% em 2012, com atendimento de melhor qualidade, mais próximo ao cidadão, com aumento da resolutividade do atendimento local e conseqüente redução do fluxo de pacientes nas grandes emergências do município.

Em participação por ocasião do VIII Ciclo de Debates – Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família, promovido pela ENSP, realizado em 2013, o então Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, Daniel Soranz, apresentou o caso do município de Rio de Janeiro em 2008:

- Um dos maiores gastos per capita em saúde do País.
- Os piores indicadores do País até 2008.
- O menor financiamento público municipal entre as Capitais em 2008.

Outro destaque dado na apresentação foi o percentual de despesa com assistência hospitalar versus o percentual de cobertura de Saúde da Família, conforme gráfico abaixo:

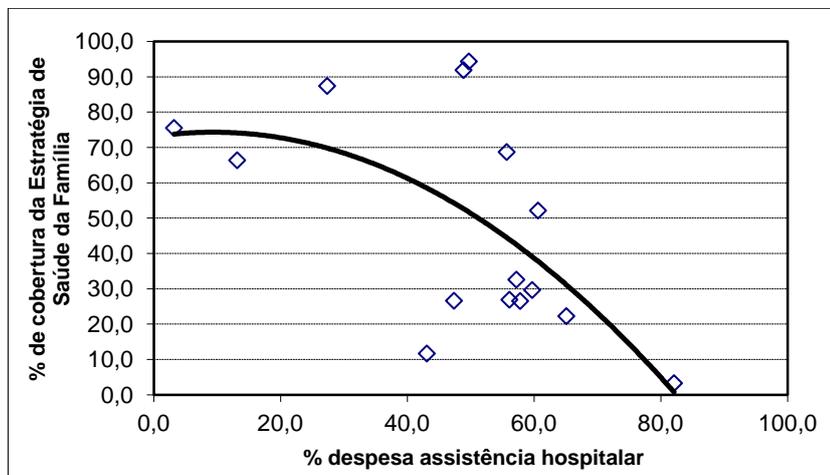


Gráfico 1. Despesa Hospitalar x Cobertura Saúde da Família

Fonte: Para dados de cobertura da ESF, DAB/MS.

Para dados de percentual de despesas liquidada em assistência hospitalar, SIOPS;MS, 2008

Nessa perspectiva a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, em 2009, lançou o Programa Saúde Presente, tendo como base a reestruturação da atenção primária em saúde e assim marca o início de uma nova fase para assistência em saúde no município.

O alinhamento político dos entes federal, estadual e municipal construído neste período, permitiu um investimento inicial de cerca de R\$ 140 milhões entre recursos

municipais e federais, a ser aplicado na Área de Planejamento 5.3 do município do Rio de Janeiro, para reorganização da Atenção Primária, alterando a antiga cultura de financiamento, que buscava romper com as fragilidades históricas da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro, como por exemplo, a ausência de investimento na Atenção Primária e a desigual distribuição de oferta de serviços no município.

O programa, como já apresentado, teve como uma das metas estruturantes a organização de redes assistenciais e estruturação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS; e a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro aumentando a cobertura de 3,5% no início de 2009 para 35% até 2012, uma prioridade da gestão municipal.

O TEIAS integrarão ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e vigilância, em uma perspectiva ampla de atenção à saúde, para o alcance da equidade em sua dimensão pessoal e geográfico-territorial. (Ministério da Saúde, 2008, p.43).

Segundo o documento Orientações para Expansão das Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, da Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção em Saúde, o Saúde Presente constitui uma oportunidade para a construção de uma rede universal e equânime prestadora de Cuidados de Saúde Primários de excelência; adequados às características das populações, próximos das famílias e dos cidadãos; sustentável e baseados no empreendedorismo profissional de cada equipe. Para os formuladores o projeto é mais que a reforma do modelo da atenção a saúde, fundamentalmente uma reforma de sociedade.

### **A Gênese das Organizações Sociais Cariocas – Um Breve Histórico**

A fim de Recuperar a discussão de OS já realizada, sinalizo as formulações de Hely Lopes Meireles (apud BARRETO, 2005), que traz o seguinte entendimento sobre o tema:

o objetivo declarado pelos autores da reforma administrativa com a criação da figura das organizações sociais, foi encontrar um instrumento que permitisse a transferência para elas de certas atividades exercidas pelo Poder Público e que melhor o seriam pelo setor privado, sem necessidade de concessão ou permissão. Trata-se de uma nova forma de parceria, com a valorização do chamado terceiro setor, ou seja, serviços de interesse público, mas que não necessitam ser prestados pelos órgãos e entidades governamentais.

Para Alcanforado (2012), o Estado assume um papel mais estratégico na condução dos assuntos públicos tornando-se um Estado Relacional. Para dar uma resposta mais adequada e

efetiva às demandas sociais, o Estado aparece como um agente articulador de redes colaborativas em que participam tanto organizações públicas quanto privadas. Na mesma medida, a sociedade civil é reconhecida como uma instância autônoma, deliberativa e legitimadora do poder público, em que cidadãos são capazes de exercer seus direitos subjetivos públicos e que supera as formas sociais preexistentes.

A figura do Estado Relacional sugere um modelo de cooperação intersetorial entre Estado, mercado e a sociedade. Propõe-se um modelo de divisão de competências, de corresponsabilidade de funções entre o Estado, o mercado e a sociedade civil. É um sistema de participação, que surge como alternativa para tentar corrigir as deformidades dos sistemas anteriores. A organização em rede surge como o desenho institucional mais adequado para articular esses atores públicos e privados, e a composição de parcerias fortalecem a integração e viabilizam uma ação pública de mais qualidade.

Como já destacado nas seções anteriores, o Estado promove o fomento às atividades publicizadas e exerce sobre elas um controle estratégico: demandando resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas. O Estado controla a aplicação dos recursos que transfere a essas instituições, mas o faz por meio do controle por resultados, estabelecidos em contrato de gestão.

Santos (2011) destaca que a Administração do município do Rio de Janeiro, à luz da proposta anteriormente apresentada, e com base nas experiências bem sucedidas em cidades como São Paulo, Curitiba e Florianópolis, submeteu à Câmara Municipal do Rio de Janeiro o projeto de lei que permitisse parcerias com as Organizações Sociais previamente qualificadas para execução de atividades que sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte, que culminou na Lei Municipal nº 5.026 de 19.05.2009.

O parágrafo 2º do artigo 1º da Lei Municipal 5.026/09 determina que as atuações dessas Organizações Sociais na área de saúde alcance exclusivamente os equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família, o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, além das unidades de saúde criadas a partir da vigência da referida Lei.

Art.1º [...]

§ 2º As Organizações Sociais cujas atividades sejam dirigidas à saúde poderão atuar exclusivamente em unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor desta Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família. [...]

Com vistas a regulamentar essa Lei foi criado o Decreto Municipal nº 30.780 de 02.06.2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, bem como institui a Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI), que terá competência para decidir sobre os requerimentos de qualificação das Organizações Sociais no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

### **O Contrato de Gestão na AP 5.3 do Município do Rio de Janeiro**

Como já mencionado, para o fomento e execução de atividades de Atenção Primária em Saúde (APS) o núcleo central da gestão municipal optou pelas organizações sociais de saúde (OSS), como modalidade de gestão, segundo o discurso oficial, uma alternativa de flexibilidade e agilidade gerencial, autonomia financeira e administrativa, voltadas para os resultados e para a sua clientela. O principal instrumento de gestão para celebração da parceria entre SMS e OS são os contratos de gestão.

Segundo os contratos de gestão cabe à Organização Social gerir as unidades mediante a execução de atividades e serviços de saúde no âmbito SUS, oferecendo a logística necessária em diversas áreas, quais sejam:

- Contratação de recursos humanos;
- Aquisição de insumo e materiais permanentes;
- Reformas em Unidades de Saúde;
- Contratação de serviços continuados como limpeza, segurança, porteiros, manutenção predial e de equipamentos;
- Dotar e manter as unidades com sistemas de informações aplicáveis ao SUS;
- Gestão de almoxarifados.

Neste contexto, ao abordar a temática da expansão da estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, é oportuno destacar que os contratos de gestão substituíram o paradigma anterior representado pela execução de convênios firmados com Organizações Não Governamentais (ONG's) com essa finalidade.

De acordo com o Secretário Municipal de Saúde, Daniel Soranz, o modelo de contratações com as ONG's, anteriormente adotado, não permitia a utilização de instrumentos de acompanhamento e controle de resultados, o que inviabilizava a intervenção sobre as fragilidades dos serviços prestados.

Fatos esses apontados pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCMRJ) em auditorias realizadas no decorrer da execução de diversos convênios firmados entre a SMSDC para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família.

No entanto, o TCMRJ recomenda que independente da espécie de ajuste celebrado (contrato de gestão ou convênio) que sejam observados a garantia de aplicação de recursos previstos no orçamento para a execução deste Programa e que, concomitantemente, os termos contratuais sejam bem elaborados de forma a detalhar todos os custos previstos, além de prever instrumentos de gestão eficazes, no intento de um melhor acompanhamento em prol da melhoria assistencial à população.

Na AP 5.3 foi assinado em 07 de outubro de 2009, o Contrato de Gestão nº: 001/2009, entre a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) e a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. O objeto deste contrato era a Operacionalização, apoio e execução pela contratada de atividades e serviços de saúde da família no âmbito da AP 5.3, com prazo inicial previsto de 02 (dois) anos, a partir da data de sua assinatura. O valor inicial previsto foi de R\$ 35.355.745,60 (trinta e cinco milhões, trezentos e cinquenta e cinco mil, setecentos e quarenta e cinco reais e sessenta centavos) para o prazo de 12 (doze) meses. Ao longo do primeiro ano foram assinados dois termos aditivos, o 1º Termo Aditivo, no valor de R\$ 2.224.881,89 e o segundo no valor de R\$ 84.866.241,14. O contrato foi prorrogado até o seu prazo máximo de cinco anos, findando em outubro 2014. Em consulta ao sistema orçamentário Municipal foi possível verificar que o valor pagou totalizou o valor de R\$ 418.597.089.

A SMSDC tem recebido repasses do Ministério da Saúde, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados através dos seguintes blocos de financiamento: a) Bloco de Atenção Básica; b) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Bloco de Vigilância em Saúde; d) Bloco de Assistência Farmacêutica – Componente Básico; e) Bloco de Assistência Farmacêutica – Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional; f) Bloco de Gestão do SUS; e g) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

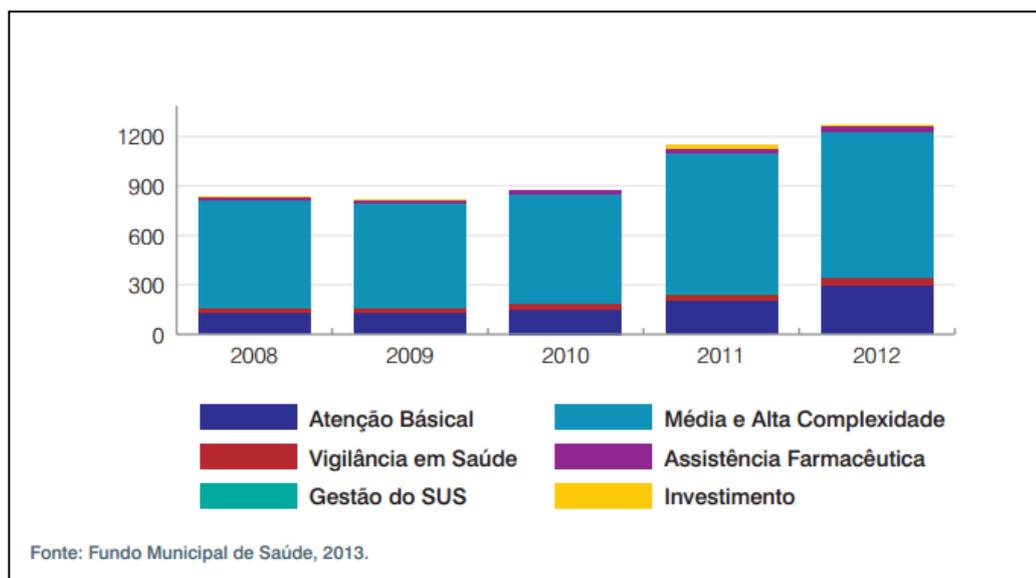


Gráfico 2. Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões, MRJ, 2008 a 2012)  
Fonte: Fundo Municipal de Saúde, 2013

No caso do Rio de Janeiro, o orçamento próprio, Tesouro Municipal, mostrou uma evolução bastante significativa, com valores percentuais acima dos 15% previstos na Emenda Constitucional 29.

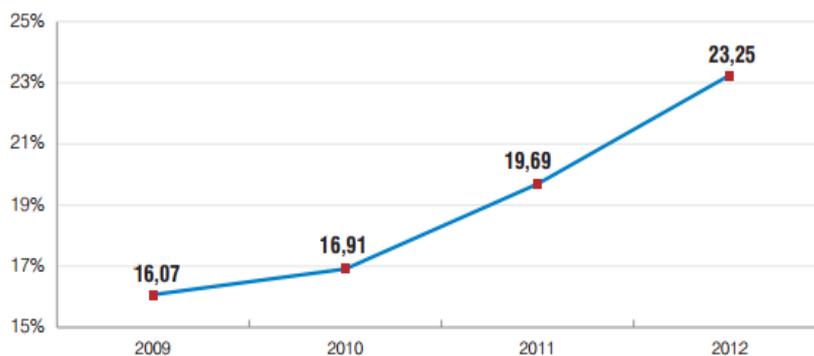


Gráfico 3. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde. PCRJ, 2009 a 2012  
Fonte: Siops, 2013

No âmbito da atenção primária, o novo modelo de gestão promoveu alteração na denominação de algumas unidades de saúde, tais: todos os Postos de Saúde (PS) e núcleo de PSF passaram a ser classificados como Centro Municipal de Saúde (CMS); já as novas unidades construídas recebem a denominação de Clínica da Família (CSF), que caracterizam por possuir uma estrutura diferenciada com serviços de raios-X e ultrassonografia.

Os Bens permanentes adquiridos pelas Organizações Sociais são devolvidos ao Município em momento oportuno, a fim de atender aos interesses das unidades por elas gerenciadas, conforme previsto no contrato de gestão, no qual dispõe que os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens adquiridos pela contratada serão incorporados ao patrimônio da Prefeitura, devendo ser entregue a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens.

O gerenciamento das unidades de atenção primária, sob responsabilidade das Organizações Sociais, envolve a contratação de serviços de limpeza, vigilância, manutenção predial e manutenção de equipamentos médicos, dentre outros, cabendo em todas as elas a celebração de seus contratos, Termos de Referência e das planilhas de custos.

O contrato de gestão atribui à Organização Social a realização de obras de adaptação, disponibilizando recursos para tal fim, conforme já visto. Vale destacar que essas obras vinculam-se a unidades de atenção primária, as quais estão inseridas no escopo do contrato de gestão.

O cronograma de desembolso estrutura os recursos repassados às Organizações Sociais em duas partes: parte fixa e parte variável.

A parte fixa do desembolso vincula-se aos custos dos serviços de caráter continuados, tais como: limpeza, vigilância, manutenção, equipamentos, pessoal, dentre outros. Já a parte variável só será paga em caso de as metas referentes aos indicadores serem atingidas.

Há que se mencionar que o contrato de gestão não prevê que a Organização Social detalhe a aplicação dos recursos da parte variável somente da parte fixa. Contudo, o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro orienta que, independente do conceito da aplicação dos recursos (fixa ou variável), todos precisam ser devidamente comprovados, já que as instituições gerenciam recursos públicos, desta forma as OS passaram a detalhar as aplicações.

Para a análise do sistema de avaliação para monitoramento de resultados, por força da Lei Municipal nº 5026/2009, os contratos de gestão devem conter expressamente os critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade vinculados a metas previamente estabelecidas, um dos principais diferenciais em relação ao modelo adotado anteriormente.

Neste contexto, os principais elementos que compõem o processo de avaliação dos resultados do instrumento contratual são:

1. Parâmetros para produção mínima de procedimentos esperados;

2. Indicadores e metas;
3. Metodologia de análise do cumprimento de metas.

Os parâmetros para produção mínima de procedimentos esperados referem-se aos parâmetros para a produção de cada profissional previsto nos contratos de gestão. Na construção dos mesmos, a SUBPAV, utilizando-se de sua prerrogativa de estabelecer as políticas de saúde no âmbito municipal, definiu como são distribuídos os 10 turnos semanais de trabalho dos profissionais, que correspondem à carga horária de 40 horas semanais (1 turno = 4 horas).

Esse dimensionamento, segundo a SUBPAV, foi elaborado com base nas normas da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, mais especificamente em relação à Portaria GM nº 648 de 28/03/2006.

Segundo a Superintendência de Atenção Primária da SMS, essa nova distribuição das cargas horárias dos profissionais fortalece as atividades preventivas de atenção à saúde, além de promover apoio à formação profissional e às rotinas de trabalho.

Ao final de cada período trimestral, todos os indicadores constantes do contrato de gestão devem ser avaliados pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), mediante o cálculo do Índice de Cumprimento de Metas (ICM) para cada um deles. O ICM calculado equivale à nota ou à pontuação final atribuída a cada indicador.

O acompanhamento da execução dos contratos de gestão está previsto no § 2º do artigo 8º da Lei Municipal nº 5026/09 combinado com artigo 24 do Decreto Municipal nº 30.780/09.

A citada Lei estabelece que os resultados obtidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, por Comissão de Avaliação indicada pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil composta por profissionais de notória especialização, que emitirão parecer conclusivo. Nos instrumentos contratuais celebrados, este comando legal está contemplado na Clausula Quarta. As atribuições da Comissão Técnica de Avaliação (CTA) são:

- I. Avaliar os indicadores pactuados e informar sobre o funcionamento dos serviços;
- II. Acompanhar e controlar os aspectos econômico-financeiros da atuação da instituição, analisando os desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no contrato de gestão e propor medidas corretivas;

III. Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela SMS ou pela contratada;

IV. Manter registro, em livro próprio, das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pelos componentes da Comissão e pelos participantes presentes;

V. Realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como, da rotatividade dos profissionais de saúde;

VI. Emitir relatórios mensais submetendo-se à apreciação da SMS.

Para fins de acompanhamento das prestações de contas periódicas dos contratos em vigor, a SMSDC elaborou um modelo padronizado de relatórios gerenciais a serem adotados pelas OSS, contendo os itens:

- Relatório Financeiro;
- Relatório Patrimonial;
- Relatório de Gestão de Pessoas;
- Relatório de Serviços Continuados;
- Relatório da Parte Variável;
- Relatório do Saldo de Estoque.

Segundo a SMS, esse formato padronizado contém informações mínimas necessárias para acompanhamento da execução com o objetivo de contribuir para o trabalho das CTA's e a consequente possibilidade de comparação com outras OSS's contratadas.

Mas recentemente em 2012, a SMS adotou o Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais como uma importante ferramenta de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão na área de saúde no Município do Rio de Janeiro. O Painel de Gestão das Parcerias é um sistema de banco de dados que agrega as informações de acompanhamento, avaliação e controle das atividades assistenciais e administrativas geradas pelas unidades de saúde e essenciais para a execução do contrato de gestão.

Para Alcanforado (2012), a utilização deste Sistema como um instrumento de acompanhamento confere maior agilidade, eficiência e efetividade nos serviços públicos de saúde parcerizados com as Organizações Sociais e prestadas à população carioca. O autor sinaliza potencialidades do instrumento:

“através dele é possível à verificação da produção quantitativa contratada e a característica qualitativa dos resultados alcançados, permitindo à equipe técnica da Secretaria de Saúde a correta avaliação da relação custo/benefício em relação aos recursos públicos despendidos. Além disso, o Sistema oferece transparência aos contratos de gestão no que se refere aos recursos repassados, à aplicação dos mesmos pelos gestores contratados, os produtos resultantes da atuação de cada unidade e/ou serviço de saúde oferecido à população usuária.”

Alcanforado (2012) destaca ainda o papel da CAP ao descrever o Coordenador de Área:

“... como os contratos de gestão têm como objeto operacionalização, apoio e execução destas unidades o Coordenador da área respectiva, acompanha na ponta a realização das atividades e serviços de saúde. Ele atua como um supervisor do contrato de gestão no acompanhamento das atividades diárias de execução da parceria, trazendo para a Secretaria os inibidores e promotores dos resultados. Essa atuação do Coordenador “supervisor” é essencial para o acompanhamento do contrato de gestão, traz maior controle e transparência nas decisões e negociações com a OS.”.

No entanto, adverte:

“É essencial, que o Coordenador não confunda suas responsabilidades com as das entidades, para não haver ingerência e confusão de papéis que possam viciar a relação de parceria e prejudicar o alcance dos resultados.”

Dada à contribuição acadêmica sobre contrato de gestão, percebemos que estes instrumentos devem ser dinâmicos e conter requisitos essenciais como os objetivos da política pública a que se referem, objetivos estratégicos e metas institucionais com seus respectivos planos de ação; indicadores de desempenho, definição de meios e condições para execução das metas pactuadas.

Segundo Alves (2014), podemos identificar como a organização do trabalho nesta nova gestão é projetada através de algumas ações típicas: a contratualização, o teto de despesas, o trabalho por objetivos, as ferramentas de gestão (contabilidade analítica, controle de gestão), os indicadores quantitativos de gestão para avaliar os resultados, a autonomia do gestor de projeto e recursos e remunerações ligados a desempenhos, prêmios conforme os resultados.

Enfim, têm-se uma verdadeira caixa de ferramentas para que os agentes interessados possam realizar a reengenharia da administração pública.

## 6 O MODELO DE GESTÃO E O SUS, QUE CAMINHO É ESTE ?

Este capítulo tem a pretensão de analisar os documentos levantados, valorizando o processo de organização da APS na AP 5.3, com base na compreensão teórica apreendida, articulando política, produção e reprodução social.

No capítulo “A Reforma Sanitária, os princípios e diretrizes do SUS - contextos históricos” destacaram-se significativas mudanças conceituais, como por exemplo, o conceito de saúde, entendido antes da RSB como a ausência de doenças, substituído por outro, ampliado, numa perspectiva de transformação social, de caráter democrático popular, capaz de lidar com a multiplicidade dos determinantes e condicionantes da saúde.

As tendências ideopolíticas da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade têm uma grande relevância, uma vez que no início do governo Lula houve uma expectativa do retorno à agenda da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tendo sido criado, em 2005, o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, se revelaram várias contradições nesse processo, principalmente no direcionamento político das suas proposições.

Ao analisar os documentos: o Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009 – 2012, o Contrato de Gestão firmado na AP 5.3 entre a OS SPDM e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2014, Orientação para Expansão das Clínicas da Família no Rio de Janeiro – 2009 e Os Relatórios de Gestão da CAP 5.3 – 2009 a 2014, não se encontram evidências de valorização dos princípios éticos políticos da Reforma Sanitária.

A seguir serão apresentados trechos dos documentos e reflexões que buscam compreender o conteúdo das informações.

Do conjunto de documentos trabalhados o que se apresentou como linha mestre da macro política do município do Rio de Janeiro foi o Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009-2012. E por este motivo o que será apresentado de forma mais estruturada, os demais dialogam com este documento ou entre si.

O Plano Estratégico cita trinta e sete iniciativas estratégicas, visando definir seus indicadores de desempenho, cronogramas e seus orçamentos. Destaca os objetivos centrais e os princípios de atuação do governo.

Nos princípios de atuação do governo foram encontradas evidências que valorizam mais uma vez o dinamismo econômico e o protagonismo político da cidade, como podem ser observados na citação a seguir:

#### PRINCÍPIOS DE ATUAÇÃO DO GOVERNO:

- **Colocar o cotidiano das pessoas como tema prioritário do governo;**
- Assegurar uma gestão profissional de toda máquina municipal;
- Estabelecer uma perfeita integração entre as políticas públicas municipais, estaduais e federais;
- Garantir que os serviços públicos prestados pela Prefeitura tenham o mesmo padrão de qualidade em todas as regiões da cidade;
- **Potencializar a capacidade de investimento da Prefeitura através de parcerias com o setor privado e outras esferas de governo.** (PLANO ESTRATÉGICO DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO 2009 – 2012)

Muito embora destaque o cotidiano das pessoas como tema prioritário, estes princípios não se aproximam dos preceitos da reforma sanitária, pois não contemplam conceitos como ‘determinação social da saúde-doença’ e ‘organização social das práticas de saúde’, além de noções como ‘consciência sanitária’, ‘promoção da saúde’ e ‘intersetorialidade’.

Com relação aos objetivos observa-se uma preocupação em melhorar a qualidade dos serviços públicos e de reduzir os níveis de pobreza e indigência da cidade, valoriza também o crescimento econômico atrelado a setores estratégicos para economia carioca, conforme destaque a seguir:

#### OBJETIVOS CENTRAIS DO GOVERNO

- **Melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados no município;**
- Proteger e recuperar o espaço público e os ativos naturais da nossa cidade;
- Garantir maior igualdade de oportunidades para os jovens e as crianças cariocas;
- **Estabelecer as condições necessárias para o crescimento econômico sustentável;**
- **Promover o desenvolvimento de setores estratégicos para a economia carioca;**
- Tornar o Rio uma cidade mais integrada do ponto de vista urbanístico e cultural;
- **Reduzir os atuais níveis de pobreza e indigência da cidade;**
- Posicionar o Rio como importante centro político e cultural no cenário internacional. (PLANO ESTRATÉGICO DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO 2009 – 2012)

Esta preocupação também aparece no documento Orientação para Expansão das Clínicas da Família (2009) “É dessa percepção geral que as ações para a saúde se inserem na política voltada para aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social.” Os objetivos centrais no Plano Estratégico remetem as idéias da Nova Gestão Pública mencionados nas formulações teóricas, ou seja, a Administração Pública copia modelos e práticas privadas, constituindo uma visão privada do “público”.

A utilização do termo “público” como componente do nome de um modelo teórico que valoriza “o privado” como referência representa uma tentativa de não evidenciar a contradição insolúvel entre duas lógicas absolutamente antagônicas: a “lógica do público” deve ser determinada pela solidariedade, enquanto a “lógica do privado” é determinada pela “lógica mercantil do consumo privado” (Carlos SOJO, 2004, p.10 e 11).

Com relação as diretrizes expressas no Plano Estratégico foi possível observar a valorização da rede ambulatorial e hospitalar através da sinalização da hierarquização, integração e regulação dos atendimentos de emergência, processo que vai ao encontro da proposta de Redes de Atenção à Saúde.

#### DIRETRIZES DA SAÚDE

- Ampliar a cobertura e melhorar o atendimento assistencial dos serviços de atenção primária a partir de **uma nova estratégia de saúde da família**;
- Melhorar a efetividade social dos serviços ambulatoriais e hospitalares através de redesenho de processos e **da hierarquização, integração e regulação** dos atendimentos de emergência da cidade. (PLANO ESTRATÉGICO DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO 2009 – 2012)

Ainda nas diretrizes percebe-se o realce da proposta de uma nova estratégia de saúde da família. O que será isso? Acredito que este destaque tenha sido para valorizar as Clínicas da Família, conforme descrito na Iniciativa estratégica do Saúde Presente (TEIAS), no trecho a seguir:

O programa Saúde Presente consiste na implantação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, tendo como eixo fundamental para sua organização a expansão do Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, através da implantação das Clínicas da Família, nas quais **cada equipe de saúde da família será responsável pelo cuidado de 4 mil pessoas**. Além das Clínicas da Família, os territórios oferecerão serviços de Policlínica, Centro de Especialidades Odontológica e Centro de Atenção Psicossocial. (PLANO ESTRATÉGICO DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO 2009 – 2012)

A proposta da Clínica da Família apresentada no site da Prefeitura destaca a idéia do Médico do bairro e de atendimento regionalizado e personalizado, para os profissionais conhecerem o histórico dos pacientes e pensar a melhor solução para cada caso. Destaca ainda que a Clínica da Família também é lugar para orientações sobre prevenção de doenças, onde é possível fazer exames laboratoriais, ultrassonografia, eletro, consultas médicas e dentárias, exame pré-natal, farmácia e vacinação.

Em linhas gerais apreende-se que não existem grandes diferenças entre uma unidade de saúde da família tradicional e as Clínicas da Família, exceto pela oferta do serviço de ultrassonografia e pela valorização estética das novas unidades.

Demonstramos com detalhes cada espaço estratégico, meticulosamente pensado e decorado para favorecer um processo de trabalho mais responsável e humanizado. Na recepção/acolhimento, a marca da reforma. (Orientação para Expansão das Clínicas da Família no Rio de Janeiro – 2009)

O Plano Estratégico descreve ainda que cada equipe de saúde da família será responsável pelo cuidado de 4 mil pessoas. Esta orientação vai ao encontro das orientações Ministeriais, através da Portaria Nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, que prevê que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000.

Ao analisar a população por equipe no TEIAS da AP 5.3 verifica-se que a média de habitantes por equipe fica em 3414 pessoas. No entanto, quatro unidades apresentam o número de pessoas cadastradas acima do limite máximo, conforme observado no quadro:

| NOME DA UNIDADE                    | CNES    | Nº EQUIPES | POPULAÇÃO CADASTRADA PEP | média habitantes por equipe |
|------------------------------------|---------|------------|--------------------------|-----------------------------|
| CF Deolindo Couto                  | 6660185 | 5          | 18364                    | 3673                        |
| CF Edson Abdalla Saad              | 6671020 | 7          | 20238                    | 2891                        |
| CF Ernani de Paiva Ferreira Braga  | 2280310 | 7          | 26608                    | 3801                        |
| CF Helande de Mello Gonçalves      | 6618863 | 3          | 11834                    | 3945                        |
| CF Ilzo Motta de Mello             | 6559727 | 5          | 19058                    | 3812                        |
| CF Jamil Haddad                    | 6618871 | 5          | 20186                    | 4037                        |
| CF José Antônio Cirauco            | 6581994 | 8          | 30223                    | 3778                        |
| CF Lenice Maria Monteiro Coelho    | 6559735 | 4          | 14204                    | 3551                        |
| CF Lourenço de Mello               | 6572014 | 4          | 10691                    | 2673                        |
| CF Samuel Penha Valle              | 6683851 | 3          | 8131                     | 2710                        |
| CF Sérgio Arouca                   | 6618855 | 6          | 24672                    | 4112                        |
| CF Valéria Gomes Esteves           | 3785009 | 5          | 18172                    | 3634                        |
| CF Waldemar Berardinelli           | 2295253 | 8          | 27511                    | 3439                        |
| CMS Adelino simões - Nova Sepetiba | 6026737 | 6          | 18648                    | 3108                        |
| CMS Aloysio Amancio da Silva       | 2273551 | 4          | 17915                    | 4479                        |
| CMS Cattapreta                     | 2269929 | 4          | 11475                    | 2869                        |
| CMS Cesário de Melo                | 2273578 | 6          | 18638                    | 3106                        |
| CMS Cyro de Mello                  | 2273616 | 4          | 12233                    | 3058                        |
| CMS Décio Amaral Filho             | 2708183 | 4          | 16304                    | 4076                        |
| CMS Décio Amaral Filho - SEM ESF   |         | 0          | 0                        |                             |
| CMS Emydio Cabral                  | 2273586 | 7          | 20474                    | 2925                        |
| CMS Floripes Galdino Pereira       | 2273543 | 2          | 1884                     | 942                         |
| CMS João Batista Chagas            | 2295237 | 3          | 11420                    | 3807                        |
| CMS Maria Aparecida de Almeida     | 2280760 | 0          |                          |                             |
| CMS Ruy da Costa Leite             | 2295245 | 0          |                          |                             |
| CMS Sávio Antunes                  | 2806320 | 4          | 10356                    | 2589                        |
| <b>TOTAL</b>                       |         | <b>114</b> | <b>389239</b>            | <b>3414</b>                 |

Quadro 1. Média de Habitantes por Equipe  
Fonte: Prontuário Eletrônico

Posto isto, é possível verificar alteração no projeto inicial, pois por ocasião do lançamento do investimento na região em 2010, o prefeito do Rio, Eduardo Paes, e o então secretário municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio, Hans Dohmann, apresentaram a proposta de Clínicas da Família, onde estavam previstas “[...] 133 equipes de saúde da família [...] 19 Clínicas da Família, que abrigarão de 3 a 6 equipes de Saúde da Família cada. (site Prefeitura do RIO, <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=139837>)

Quanto a esse aspecto, acredito que o número de habitantes por equipe muito próximo ou acima do limite máximo em algumas unidades de saúde, apresentem-se como grandes desafios que se colocam diante da ESF, como por exemplo, a concretização de uma atenção primária resolutiva e contínua; a realização de uma política de gestão do trabalho que possibilite aos trabalhadores a conquista de vínculos de trabalho pautados pelas premissas básicas de cidadania; e a efetivação de uma política de educação profissional em saúde que permita uma formação profissional de qualidade tanto teórica-técnica quanto política para os trabalhadores do SUS.

Além disso, identificou-se no Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009 – 2012 e no Contrato de Gestão firmado na AP 5.3 entre a OS SPDM e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2014, a valorização do SUS enquanto política pública, conceitos como Universalidade e Integralidade, recebem destaque, conforme observado na Cláusula segunda do Contrato de Gestão:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II. Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município. (CONTRATO DE GESTÃO N°01/2009)

Entretanto, dialogando com os três capítulos teóricos elaborados neste estudo, aprende-se um novo olhar para estes conceitos:

- Universalização: confundido como simples expansão de oferta;
- Integralidade: nos serviços públicos prestados por organizações privadas tendem a reduzir a condição de cidadãos a clientes, e desta forma a prescrição de estilos de vida e de comportamentos saudáveis ganham força, gerando imobilismo na população e, no máximo, voluntarismo assistencialista por parte

dos profissionais. Passa-se a tratar a questão social de forma individualizada, como se ela pudesse ser recortada, como se não fosse social. Neste compasso o conceito de integralidade sob a ótica do cuidado fica comprometido.

No que tange o aspecto estrutural do Programa Saúde Presente na AP 5.3, ao analisar os documentos já citados, podemos afirmar que o programa corrobora com as formulações teóricas do capítulo “O Modelo de Atenção à Saúde, A Atenção Primária no Brasil e A Discussão de Redes de Atenção à Saúde”, no que concerne aos níveis de atenção e a APS como primeiro nível de atenção e coordenadora do cuidado.

Todos os elementos essenciais para construção da Rede de Atenção à Saúde foram identificados: a população e a regiões de saúde; a estrutura operacional e o modelo lógico.

O primeiro de mais fácil identificação e confirmação. Com relação ao segundo, a estrutura operacional, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária em Saúde (APS).

A preocupação com o desenho da rede de Atenção à Saúde surge no documento Orientação para Expansão das Clínicas da Família:

[...] os cuidados de saúde comunitários de base populacional, personalizados e territorializados, em um cadastro onde o cidadão sabe qual unidade é responsável pela sua entrada no sistema, e mais profissionais dentro desta unidade fazem parte da sua equipe de atenção. (ORIENTAÇÃO PARA EXPANSÃO DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO, 2009)

O modelo lógico, conforme apresentado anteriormente, representa o modelo de atenção. Foi possível identificar uma visão de saúde voltada para as situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde no documento Orientação para Expansão das Clínicas da Família.

A sala dos agentes demonstra a importância de uma estrutura física adequada e o respeito aos profissionais que fazem a diferença. Criada para abrigar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Vigilância em Saúde, esta sala apresenta a união entre tecnologias de saber popular e cultural da região, promoção da saúde, avaliação de determinantes sociais, metodologias educacionais, [...] ,retomando conceitos fundamentais para vigilância, como territorialização [...] (ORIENTAÇÃO PARA EXPANSÃO DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO – 2009)

Apesar desta referência aos determinantes sociais, e da valorização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Vigilância em Saúde, no processo de

contratualização com OS estes preceitos não são valorizados, criando um grande hiato entre o discurso e a prática.

O que torna conclusivo verificar um deslocamento das grandes questões envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária – democracia, papel do Estado, dimensões estruturais do processo saúde/doença, projeto nacional de nação – para um caráter pragmático e tecnicista, conforme observado na cláusula primeira, parágrafo primeiro do contrato de gestão.

Especificação do programa de trabalho, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade. (CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2009)

Como conseqüência, tem-se uma ausência de projetos mais amplos para a sociedade a favor da dimensão técnica na formulação e implementação de políticas e programas, privilegiando-se, a dimensão da relação custo/efetividade e das metas de cobertura em detrimento da dimensão da eficácia social.

O Plano Estratégico destaca três metas para o setor saúde:

- Reduzir a taxa de mortalidade infantil em pelo menos 11% até 2012, tendo como referência o ano de 2008;
- Reduzir a taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2012, tendo como referência o ano de 2007;
- Aumentar em 10 vezes a cobertura do Saúde da Família no município até 2012, tendo como referência o ano de 2008.

Nesse momento, surge a necessidade de buscar os desdobramentos destas metas ao nível local, ou seja na AP 5.3.

No que tange à cobertura populacional da ESF na AP 5.3, em 2009 estava em torno de 32%. A partir desse ano, como foi apontado anteriormente, forte ênfase foi dada para a APS. Iniciou-se uma reorganização da APS orientada pela criação das novas unidades de saúde e pela expansão da Estratégia de Saúde da Família. Ao final de 2014, a cobertura populacional da ESF era 96%.

O número de equipes saltou de 35, em 2009, para 115, em 2014, incluindo uma equipe de consultório na rua<sup>13</sup>. Os dados do sistema de prontuário eletrônico apresentam um aumento do número de famílias cadastradas ao longo do período, conforme tabela abaixo:

Tabela 3. Número de Famílias Cadastradas

| Famílias Cadastradas – Evolução       |        |        |        |        |         |         |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Anos                                  | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013    | 2014    |
| <b>Número de famílias cadastradas</b> | 18.128 | 64.487 | 90.550 | 91.618 | 111.760 | 123.616 |

Fonte: Prontuário Eletrônico

Fica evidente que houve um significativo aumento da cobertura do Saúde da Família na região.

Com relação aos indicadores de mortalidade, o Relatório de Gestão da CAP 5.3 destaca que o IDH contribui negativamente para mortalidade materno infantil.

As baixas posições ocupadas pela AP 5.3 no ranking do IDH indicam pouco desenvolvimento social. Como base de análise para o IDH são considerados os seguintes índices: conforto e saneamento, nível educacional e a esperança de vida à nascença.

Essas características socioeconômicas da população local incidem diretamente no perfil epidemiológico, contribuindo negativamente para mortalidade materno-infantil abandono ao tratamento de tuberculose.(RELATÓRIO DE GESTÃO DA CAP 5.3, 2014)

O indicador de mortalidade infantil apresenta uma tendência ao longo da década, não sendo possível estabelecer nenhuma relação com o investimento na APS realizado na região.

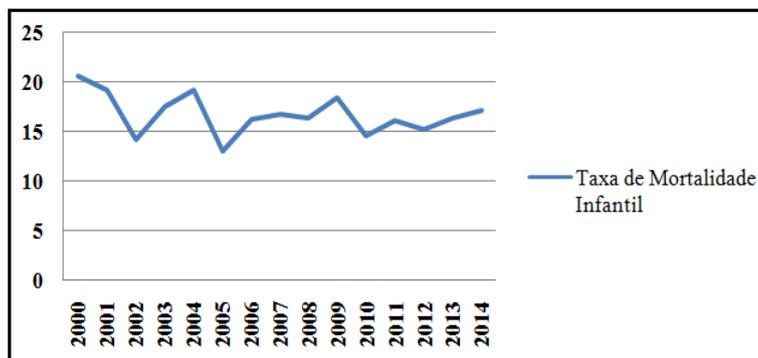


Gráfico 4. Taxa de Mortalidade Infantil

Fonte: Relatório de Gestão 2014 da CAP 5.3

<sup>13</sup>Segundo o Departamento de Atenção Básica/ MS o Consultório na Rua é uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica. .

Ainda com relação à mortalidade na AP, as dez principais causas por ordem de incidência, são: Infarto Agudo do Miocárdio, Pneumonia, Causas externas, Diabetes Mellitus, Acidente Vascular Encefálico, Septicemia, Causa mal definida, Insuficiência Cardíaca, Hipertensão arterial essencial e Cardiomiopatias.

É necessário despender atenção quanto à mortalidade por causas externas relacionadas à violência local. Os motivos de óbitos por causas externas são visivelmente superiores no sexo masculino, na faixa etária de 15 a 29 anos.

Nas causas de mortalidade, quando classificadas por grupo, sobressaltam-se as doenças do aparelho circulatório. Ainda na análise por grupo, as neoplasias ocupam o segundo lugar, seguidas das doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças infecciosas, conforme observado no gráfico 5 e gráfico 6.

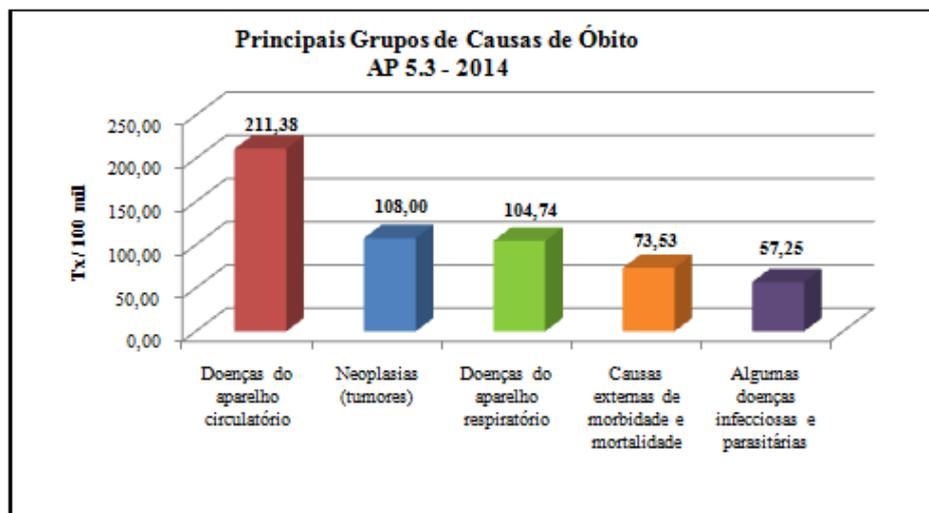


Gráfico 5. Principais Grupos de Causa de Óbito – AP 5.3 – 2014  
Fonte: SIM

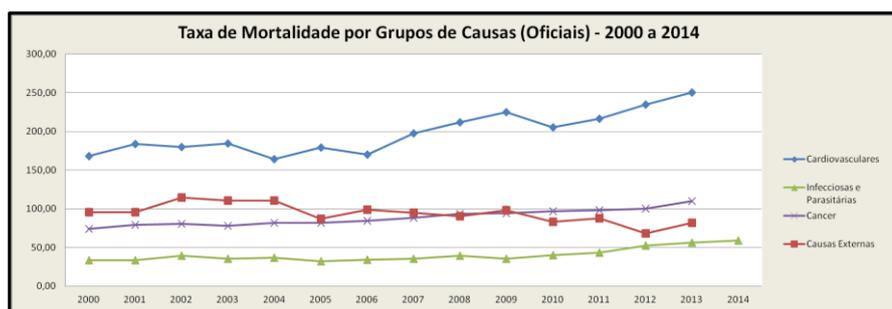


Gráfico 6. Taxa de por Grupos de Causas - 2000 a 2014  
Fonte: SMS/SUBPAV/SVS/CASS  
Nota: Indicadores de Saúde da AP 5.3 da Cidade do Rio de Janeiro 2000 - 2014

Como demonstram os gráficos, a mortalidade por grupo de causas, principalmente a Cardiovascular e a Infecto Parasitária vem aumentando nos anos mesmo considerando os investimentos na APS.

Sendo assim, no que diz respeito às expectativas do Programa Saúde Presente é possível inferir que o setor saúde permanece isolado sendo incapaz de favorecer um processo de transformação social, pois se entende que este indicador apresenta uma forte relação com as questões sociais, e sugere a precariedade das condições de vida da população. As questões relacionadas aos contextos sociais e às condições de vida, ou os determinantes coletivos do processo saúde-doença (aspectos culturais, socioeconômicos, de acesso aos bens e serviços etc.), são muito pouco consideradas no Plano Estratégico.

São propostos no Plano Estratégico indicadores de desempenho que dizem respeito ao acesso da população. Os indicadores propostos no documento são:

- Cobertura do Saúde da Família (%);
- Número de atendimentos do Saúde da Família;
- Número de usuários atendidos ambulatorialmente fora do território;
- Fluxo de pacientes nas emergências do Município;
- Número de pronto atendimento no território.

Relativamente ao total da produção, o que se verifica é o aumento vertiginoso do quantitativo de procedimentos ambulatoriais, após a implantação do Projeto Saúde Presente.

No ano de 2009, a AP 5.3 alcançou 2.759.731 procedimentos no âmbito da atenção primária. A cada ano o quantitativo de procedimentos executados supera o total do ano anterior. Em 2014 o desempenho da AP alcança a marca de 4.995.250 procedimentos apresentados.

Desde o início da implantação do projeto até o ano de 2014, a AP alcançou variação positiva de 117,3%.

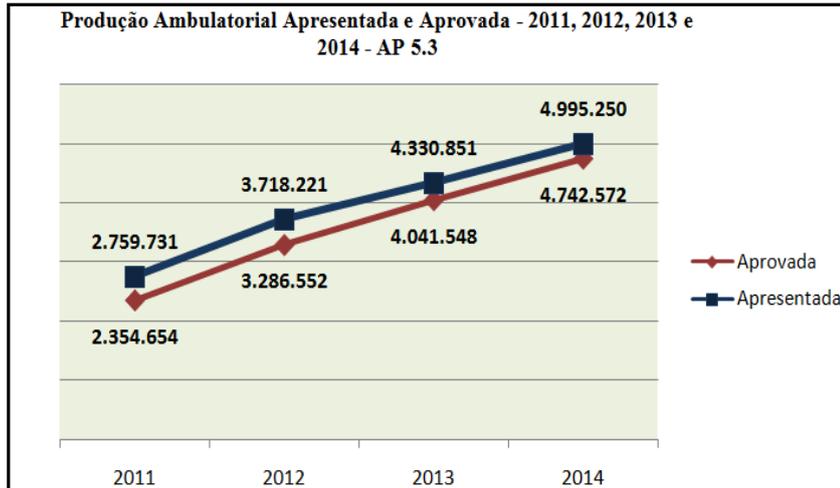


Gráfico 7. Produção Ambulatorial apresentada e aprovada na AP 5.3 nos anos de 2011 a 2014  
Fonte: TABNET Municipal (SIA)

Contudo, ao valorizar os indicadores de produção, interroga-se a potencialidade destes para análise mais abrangente. Este questionamento surge a partir da fragilidade da relação entre indicadores sociais e de produção, principalmente pela complexidade conceitual e de mensuração de fenômenos sociais. Os fenômenos estudados pelas ciências sociais são complexos para serem interpretados e analisados sob uma ótica unidimensional. Para interpretar um fenômeno social, é necessário considerá-lo na sua multiplicidade de aspectos, procurando suas várias dimensões analíticas.

A realização de um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população é, sem dúvida, um passo fundamental nessa reorientação do modelo de atenção, e requer o domínio de conceitos e instrumentos advindos de outros campos de conhecimento distintos daqueles habitualmente oferecidos na capacitação das equipes. Sua adoção como recurso metodológico e como tecnologia do trabalho em saúde permite a superação do reducionismo dos problemas de saúde a sua dimensão biológica e incorpora as diferentes dimensões da reprodução social.

Nesse sentido, fica evidente, que as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece.

O documento Orientação para Expansão das Clínicas da Família afirma a necessidade de selecionar profissionais aptos a atuarem na lógica da ESF e apresenta as atividades previstas a serem desenvolvidas pelos profissionais selecionados.

Para a categoria Agente Comunitário de Saúde o documento faz referência a lei 11.350, que em seu artigo 3º destaca:

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I. a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II. a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III. o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimento, óbitos, doença e outros agravos;
- IV. o estímulo à participação da comunidade nas políticas voltadas para a área da saúde;
- V. a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI. a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (ORIENTAÇÃO PARA EXPANSÃO DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO, 2009)

Com relação aos profissionais de nível médio e superior o documento realça que as atribuições dos cargos de cada categoria profissional da Estratégia de Saúde da Família são normatizadas pela Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde, no entanto vale ressaltar que está foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

A portaria sinaliza que as atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. E que as atribuições comuns dos profissionais são:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011)

Considerando as atividades e as atribuições propostas para as equipes de saúde da família, enfatiza-se o reconhecimento do que são problemas e necessidades de saúde aos quais os profissionais e serviços de saúde devem responder, assim como quais são as práticas e saberes válidos para essa resposta.

Mesmo não podendo afirmar que a seleção é adequada, acredito que a gestão municipal ao adotar o modelo de gestão por organização social tenha comprometido a gestão do trabalho voltada para as necessidades de saúde da população, haja visto que no processo de contratualização foram incorporadas metodologias gerenciais ao processo de reorganização da atenção primária, principalmente ao empregar o pagamento *por performance*.

Esta estratégia surge como meio para responsabilização dos profissionais e de uma suposta melhoria da qualidade na assistência. No entanto, podem surgir conseqüências negativas tais como: o dispêndio de tempo e dinheiro das instituições sem, necessariamente, alcançar os resultados desejados; diminuição da colaboração entre os trabalhadores; aumento

da insatisfação com o trabalho; dificuldade de avaliar o desempenho dos profissionais; risco de comprometer a qualidade em nome da produtividade. O trabalhador torna-se um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

A partir da compreensão teórica do capítulo “Reforma de Estado e A Nova Gestão Pública no Brasil”, percebe-se que esta lógica recai sobre a “premiação” por produtividade, podendo contribuir para a competitividade entre as unidades, equipes e profissionais, incorporando a lógica de mercado dentro do setor público.

O instrumento contratual promove a participação popular, conforme observado no trecho “Fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular.” (CONTRATO DE GESTÃO Nº01/2009)

De acordo com Cecílio (2010, p.557) a gestão colegiada, em todos os níveis da organização de saúde, tem sido adotada como eixo de processos de gestão considerados como inovadores ou alternativos ao modelo gerencial hegemônico, pelo menos desde o final da década de 1980, no processo de construção do SUS no nosso país.

Os Conselhos Gestores Locais em tese propiciam o planejamento participativo, viabilizando o encontro de saberes, interesse e visões sobre a realidade, desde a identificação e definição de prioridades até a construção de propostas de intervenção.

Entretanto, como destaca Floresta (2014), no município do Rio de Janeiro, a concepção dos gestores quanto à participação da população que compõe os conselhos e colegiados resume-se, em sua grande maioria, a demandas por garantia de acesso aos serviços de saúde, embora, muitas vezes, sejam colocadas como requerimentos de cunhos pessoais.

Muñoz (2015) observa que nas equipes de saúde da família existem profissionais despreparados, que se escondem em seus consultórios, sem qualificação técnica, sem manejo em lidar com a comunidade. Fato este, que aliado a um processo de trabalho exaustivo com uma grande demanda no atendimento, contribuem para que o profissional tenha dificuldade de se aproximar da realidade onde está inserido e inclusive participar do Colegiado Gestor.

Nessa esteira presumi-se que não acontece uma participação efetiva do conselho de saúde, nem dos usuários e tão pouco dos profissionais de saúde.

Para Cecílio (2010, p.563) o Colegiado de gestão, mais do que um arranjo burocrático administrativo, deve ser pensado como um arranjo institucional que assume um caráter fortemente político, devido ao fato dele se constituir em espaço onde os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estarem sempre presentes, de forma mais ou menos explícita.

O Contrato de Gestão nº01/2009, em sua cláusula quarta, parágrafo segundo, prevê a participação do Conselho Distrital de Saúde, na elaboração de relatórios trimestrais, juntamente com a Comissão de Avaliação.

[...] elaborar relatório trimestral ou a qualquer momento definido pela CTA em conjunto com representantes do conselho distrital, sendo dois usuários e um profissional eleitos por votação, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas a SMSDC e ao Conselho Distrital.

Neste caso, o conceito de controle social e participação social adquirem um caráter de arranjo institucional em torno de diretrizes governamentais, numa perspectiva mais instrumental, o que se de fato ocorrer, já seria um grande avanço.

Vale destacar que o controle social é um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde. No entanto, este aspecto deve ser encarado como mais um desafio para que o controle social se torne, de fato, um local de aprendizagem que propicie aos conselheiros condições de compreensão dos diversos fatores que determinam sua situação de saúde, assim como da comunidade, e possam se direcionar criticamente em relação ao processo saúde doença, ampliando a democratização da gestão, numa perspectiva mais emancipatória.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender o processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro, a partir da experiência da área de planejamento 5.3, no período de 2009 a 2014, analisaram-se as diretrizes que embasaram o processo de reorganização da atenção primária no município, bem como a contribuição da discussão de Redes de Atenção à Saúde e do modelo de gestão implantado no processo de reorganização da atenção primária no município do Rio de Janeiro

As compreensões teóricas, políticas e técnicas realizadas a partir do estudo bibliográfico e do levantamento de documentos, permitiram uma visão integradora que implicou em reconhecer as contradições, os limites e as possibilidades para efetivação do SUS.

Desta forma, percebeu-se no cenário estudado, uma grande anuência da reforma da APS no município do Rio de Janeiro, tanto pelo comprometimento da Prefeitura e da SMS, quanto pela Câmara dos Vereadores, inclusive com emendas parlamentares para criação de Clínicas da Família.

Com relação ao financiamento, verificou-se que os valores de investimento na AP 5.3 para manutenção do custeio na Atenção Primária representam aproximadamente 90% do orçamento total da região, segundo dados do FINCON<sup>14</sup>, em 2014.

No estudo em questão identificou-se o esforço da gestão municipal na construção da rede de atenção à saúde a partir da APS na AP 5.3. No entanto, considerando os conceitos apreendidos ao longo do estudo, observamos que o processo de reorganização da APS apresenta-se como um sistema diferente da discussão da RSB, ou seja, pelo predomínio de situações desfavoráveis ao processo da reforma social.

De todo modo, do ponto de vista da reforma setorial, o processo de reorganização da APS preconizou uma mudança estrutural no sistema de saúde em direção à ampliação da oferta de serviços, fazendo da atenção básica a porta de entrada de um sistema destinado a atender necessidades da população, ainda que com a participação do setor privado.

Para Faria (2013) a Atenção primária, redes e território são dimensões intercambiáveis. Mas não é uma troca apenas, um inter-relacionamento, mas um condicionamento existencial. Os serviços de atenção primária devem atender um público-

---

<sup>14</sup> O sistema informatizado corporativo da Prefeitura do Rio de Janeiro destinado a registrar e evidenciar, com base nas leis orçamentária, de licitações, Código de Administração Financeira do Município do Rio de Janeiro e seu regulamento e controle interno, fatos relacionados aos processos administrativos de despesa, bem como aos eventos orçamentários, financeiros e patrimoniais.

alvo, um território definido (BRASIL, 2012). Sem isso não há porta, pois a porta é o próprio território, afirma Faria (2011). Obviamente, a porta se define pelos seus limites. O que permite concluir que planejamento territorial da atenção primária é o princípio da modelagem das redes, do seu desenho. Cada serviço de atenção primária e seu território de abrangência são, portanto, uma porta de entrada das redes. Por isso, a SMS está ampliando o acesso aos serviços “Saúde da Família”.

A adoção das ESF como política estratégica para a melhoria das condições de saúde da população permitiu a expansão da ESF na AP 5.3 atingindo a expressiva marca de quase 100% de cobertura.

Entretanto, diagnósticos da situação da atenção primária à saúde da AP 5.3 revelaram problemas relacionados com indicadores epidemiológicos. Observou-se que o sistema ainda se apresenta desintegrado e pouco resolutivo, o que faz aparecer enormes disparidades em saúde. Embora este não seja um problema apenas na AP 5.3, há especificidades, uma vez que a ampliação das ESF, conquanto tenha representado avanços na saúde, não alcançou resultados condizentes com essa ampliação.

Não se pode negar as inúmeras contribuições dadas para a produção de uma tecnologia de planejamento baseada na territorialização. Mas é preciso considerar outros vieses a seu respeito, sobretudo o que o termo encaminha enquanto prática. A territorialização denota algo de fora que se projeta e se impõe. Impõe-se porque é algo intrínseco ao ato territorializador. É alguém ou alguma instituição que se apropria segundo uma motivação, uma estratégia. A territorialização é o processo de criação de territórios. Portanto, em relação à saúde, a territorialização cria territórios para os serviços. Entretanto, conforme Faria (2013) devem-se criar territórios para os serviços ou adequar os serviços aos territórios?

A concepção teórica da territorialização presente no Processo de Reorganização da Atenção Primária na AP 5.3 é dada em Mendes (2012). Este autor propõe a criação de territórios em níveis escalares, partindo-se do território-distrito (o território-município como unidade operacional é algo que está implícito) para o território-área (representado pela área de atuação da UBS) e, finalmente, o território-microárea (representado pela área de atuação do Agente Comunitário de Saúde). Há a preocupação do autor em conceber o território enquanto algo em permanente construção, um território-processo (MENDES, 2012), não apenas um território-solo, um dado físico apenas.

Na territorialização da saúde proposta para AP 5.3, o que se está criando são territórios político-administrativos. Quem cria o território, nesse modelo, é o Estado. Entretanto, este

território político pode não ser o mesmo território das pessoas, tendo em vista que a proposta é verticalizada, descontextualizada e insensível às condições de vida da população.

No cenário estudado o processo de contratualização tende a favorecer uma progressiva desconcentração dos serviços e responsabilidades, para a Organização Social, e um processo de centralização jurídica e financeira, para o setor público. O resultado prático é a dificuldade, já anunciada, de adequar os serviços aos perfis do território.

Para a efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção buscando melhores condições de vida é necessário um olhar multiterritorial, através do qual se considera que existem outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde. Em outras palavras, as parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersectorialidade capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local, no entanto, pode-se dizer que o modelo de gestão tende a limitar este processo em perspectiva mais emancipatória.

Não resta dúvida da ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, quando relacionados à produção ambulatorial. Mas, questiona-se: quais tem sido a utilização destes dados para fixação de compromissos futuros entre comunidade e/ou serviços e os níveis de coordenação/ regulação, na expectativa de alterar o quadro de mortalidade na região?

Segundo Mattos (2002 apud Fausto; Matta, 2007), a história do SF poderia ser dividida em duas etapas: uma primeira focada no aumento da cobertura do acesso aos serviços de saúde e uma segunda como estratégia de transformação do modelo assistencial, superando práticas tradicionais e pouco efetivas.

Neste sentido, deve-se observar como se dá a relação entre a ESF e a comunidade; as lideranças comunitárias, as ONGs, movimentos sociais, e outras instituições para que possam intervir no local, de maneira que o estabelecimento de vínculos da ESF com a população indique concepção ampliada de território.

Cohn (2009) sinaliza com obviedade que o SUS proposto há mais de 20 anos não pode continuar prevalecendo enquanto proposta nos dias de hoje. Nessa perspectiva, indaga-se: o que se coloca?

Limitar-se-á a discussão das conquistas alcançadas nesse período, ignorando a proposta de reforma social, tal como originalmente pensada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Em boa medida o projeto de reorganização da atenção primária na AP 5.3 vai ao encontro de uma perspectiva pouco reflexiva frente à realidade local, distante do projeto da Reforma Sanitária, que originalmente está imbricado com a reforma social e a construção do Estado democrático para além de uma reforma setorial.

O modelo de Estado vigente no país parece caminhar nesta direção e na contramão da RSB. No cenário político e ideológico brasileiro, não existe um consenso quanto ao regime de bem-estar, se institucional, com benefícios universalistas, financiados por impostos; ou se residual, com auxílio apenas aos que não podem se sustentar no mercado de trabalho.

Ao incorporar uma enorme parcela da população anteriormente excluída pela ausência de contribuição previdenciária, inicia-se com o SUS uma política social de caráter redistributivo e universalizante, onde o direito social se torna um atributo da cidadania, a política social passa a ser considerada como uma atribuição do Estado, que deve ser responsável pelas funções redistributivas e equalizadoras.

No entanto, esta concepção não levou em consideração a necessidade de uma mudança estrutural, na produção, para acabar com a concentração de riquezas, isto é, o postulado do social como subordinado ao econômico. Dessa forma, identifica-se o social como um campo singular, passível de sofrer modificações a partir da intervenção estatal na distribuição.

Outro aspecto relevante das discussões da RSB diz respeito a preocupação em afirmar o setor público como principal eixo do sistema, entretanto, o que se vivencia é um setor público com um protagonismo muito menor, intervindo o menos possível.

Nesse compasso, o que se observou ao longo desse estudo é que com os discursos preponderantes: do princípio do universalismo para as ações de saúde; da descentralização municipalizante; de um novo formato organizativo para os serviços de saúde sob a lógica da integralidade, originou-se um novo modelo de sistema de saúde descentralizado, com nova forma de gestão.

Nesse sentido, é preciso retomar a perspectiva de difusão da consciência sanitária, como consciência política do direito à saúde, já que está provado que não se cria a igualdade por decreto, somente por meio da lei. (Fleury, 2009)

Para uma possível retomada das discussões originais da Reforma Sanitária, faz-se necessário a discussão de modelo de gestão. Encarar os contratos de gestão como instrumento transitório, haja vista que o processo de reorganização da APS, já iniciado e pautado nesta ferramenta, permitiu a ampliação do acesso de forma muito acelerada. No entanto, este formato de gestão não favorece a construção de processo coletivo e emancipatório. Para retomada desta contenda, a participação efetiva do Conselho de Saúde surge como caminho

inicial para uma discussão mais ampla dos determinantes e condicionantes do processo saúde doença; e também sobre o processo de trabalho das equipes, para que conceitos como o vínculo e escuta não sejam engolidos pela metas.

O estudo aqui aprendido não tem a intenção de probabilizar um cenário com certa exatidão, mas estabelecer consensos sobre o futuro que gerem mobilização e que possam operar como uma busca ativa do futuro.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz; FERREIRA COSTA, Valeriano Mendes. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Konrad-Adenauer-Stiftung, 1998. (Pesquisas, n o 12)
- ALCANFORADO, F. Lara, AC, **O modelo do contrato de gestão e a Legislação do Município do Rio de Janeiro**. Revista de Direito do Terceiro Setor – RDTS, ano 6, nº 11, jan-jun.2012.
- ALVES, WF. **Crítica à razão gestonária na educação**: o ponto de vista do trabalho. Revista Brasileira de Educação v. 19 n. 56 jan.-mar. 2014.
- ANDRADE LOM, BARRETO ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. **A Estratégia Saúde da Família**. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. São Paulo: Artmed; 2006.
- ANDRADE SM, SOARES DA, Júnior LC. **Bases da Saúde Coletiva**. 1a ed. Londrina: UEL; 2001.
- ANDRÉ, Maristela Afonso de. **A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado**. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 39, n. 3: 42-52, jul./set., 1999.
- ARIAS, E. H. L. et al. **Gestão do trabalho no SUS**. Cadernos RH Saúde, Brasília: 3(1)119-124, mar. 2006.
- BARRETO, Lucas Hayne Dantas. **Terceiro setor**:. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 779, 21 ago. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7165>>. Acesso em: 5 dez. 2015.
- BATISTELA, Carlos. **Atenção Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde**. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e AnamariaD.AndreaCorbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007
- BEHN, Robert D. **O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática**. Revista do serviço público, São Paulo, ano 49, n. 10: 5-44, Out./Dez. 1998.
- BEHRING E.R. **Brasil em Contra Reforma** – desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (Out. 5, 1988).
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: set. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm). Acesso em: set. 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde MaternoInfantil 2003; 3(1): 113-25.

BRASIL. **Pacto pela Saúde 2006** - Portaria GM/MS nº 399 (Fev. 22, 2006).

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica** – Portaria GM/MS nº 648 (Mar. 28, 2006).

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRESSER PEREIRA, LC. **Da administração pública burocrática à gerencial**. In: Bresser Pereira, LC; SPINK, Peter Kevin (Org.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998<sup>a</sup>.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Crise econômica e reforma do Estado no Brasil**: para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: 34, 1996.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, Anna Maria. **Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?** Revista de administração pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2: 30-50, Fev./Abr. 1990.

CAZELLI CM. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro** [Monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2003.

CECÍLIO, **Luiz Carlos** de Oliveira, Rezende MFB, Magalhães MG, Pinto SA. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1655-63.11X.

COHN, Amélia. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.** *Cad. Saúde Pública*[online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1614-1619. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700020>.

COLLIS, J.;HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração (2 ed.).** Porto Alegre: Bookman, 2005.

CUNHA JP, CUNHA RE. **Sistema Único de Saúde – Princípios.** In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde - Textos Básicos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSES, Simone Tetu and MOYSES, Samuel Jorge. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.4, pp. 615-625.

FAUSTO MCR, MATTA GC. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas** In: Márcia Valéria G.C. Morosini e AnamariaD.AndreaCorbo (org). *Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FARIA, Rivaldo Mauro de. **Espaço, território e saúde: contribuições de milton santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.** *Espaço, território e saúde: contribuições*, R. RA E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FERREIRA JR, BUSS PM. **Atenção primária e Promoção da Saúde.** In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde - Textos Básicos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 743-752.

FLORESTA, Waleska Menengat Corrêa. **Espaços participativos em saúde na Atenção Primária: Itinerários descritivos no Município do Rio de Janeiro.** Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ; 2014.

FONSECA, JCF. CARVALHO, RVC. **Visões da organização do trabalho: burocracia, taylorismo-fordismo, psicodinâmica do trabalho e a Proposta da Comissão de Procedimentos Operacionais da Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte – BHTRANS1,** in: II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações no Trabalho, Curitiba/PR.2009.[acesso em 2015, fev 22]. Disponível em: <http://www.portalsaude.ufms.br/posts/index?s=2>

GALVÃO, M CCP. **Novas formas de gestão dos serviços públicos: a relação público privada.** São Paulo: FUNDAP, 1997.

HARTZ, Z. CONTANDRIOPOULOS, AP. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20.Sup2:S331-S336, 2004.

HARTZ, Z. M. de A. et al. **Mortalidade infantil evitável em duas cidades do nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, ago.1996.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações.** Ed. Loyola. São Paulo. 2008. Capítulo 3: O Estado neoliberal, págs. 75 a 96.

HEIMANN LS, MENDONÇA MH. **A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: em busca de uma identidade.** In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

KUSCHNIR RC, CHORNY AH. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde.** Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

MANFREDI, SM. **Educação Profissional no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2002.

MARTINS, Humberto Falcão. **Reforma do Estado na era FHC: diversidade ou fragmentação da agenda de políticas de gestão pública?** São Paulo: 2002.

MATAS, CR. **Os problemas da implantação da nova gestão pública nas administrações públicas latinas: modelo de Estado e cultura institucional.** Tradução: Rogério Heckler dos Passos Artigo originalmente publicado em: *Reforma y Democracia*, Caracas, Venezuela, n. 21, 2001. Uma publicação do Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 2005. Disponível em: [http://www.affemg.com.br/doctos/gestao\\_publica.pdf](http://www.affemg.com.br/doctos/gestao_publica.pdf) . [acesso em 2015, fev 22].

MATTA, G. **Atenção à Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ, 2009.

MELLO, CAB. **Curso de Direito Administrativo Brasileiro.** 14<sup>a</sup> ed. ref.ampl. atual. São Paulo: Malheiros, 2002. pag. 675.

MENDES EV, **As redes de atenção à saúde.** Brasília, Organização Pan- Americana da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY EE, Franco TB, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Bueno WS. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec; 2003.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONTAÑO, C. E. O projeto neoliberal de resposta à questão social e a funcionalidade do terceiro setor. *In Lutas Sociais* n8, p53-64, 2002.

\_\_\_\_\_. **Terceiro Setor e a questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo, Cortez, 2002.

MOROSINI, M.V.G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado Morosini, M.V.G.C. e Corbo, A..D.A. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MUÑOZ, Gabriela Rêgo de Almeida, **Gestão participativa no colegiado de gestão na área de Planejamento 5.3 no município do rio de janeiro**. [Dissertação], Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2015.

NEVES, LMW. **A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia**. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005, p.83-105.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. Lua nova, São Paulo, n. 44: 27-54, 1998.

OLIVEIRA. F. **A nova hegemonia da burguesia no Brasil dos anos 90 e os desafios de uma alternativa democrática**. In: Frigotto, G.; Ciavatta, M. (orgs.). Teoria e Educação no Labirinto do Capital. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE [homepage na internet]. Brasília: Opas – Representação Brasil [acesso em 2013 fev 22]. **Declaração de Alma Ata**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**, 2007. Salvador, Tese de Doutorado: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

RAMOS, DD, Lima MADS. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Caderno Saúde Pública 2003; 19(1): 27-34.

REY, FG. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson Pioneira; 2005.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Diretoria de Informações Geográficas. **Índice de Desenvolvimento Social – comparando as realidades microurbanas da Cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

\_\_\_\_\_. **Contrato de Gestão nº001/2009**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1718660/DLFE-222866.pdf/SAUDEDAMFAMILIACAP53.pdf>. [acesso em 2014 fev 22]

\_\_\_\_\_. **Orientações para expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro.** Disponível em:  
[http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV\\_Manual\\_de\\_Orientacoes\\_para\\_Expansao\\_das\\_Clinicas\\_da\\_Familia.pdf](http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf). [acesso em 2014 fev 22].

\_\_\_\_\_. **Plano estratégico da prefeitura do rio de janeiro 2009 - 2012.**  
 Disponível em: [http://www.riocomovamos.org.br/arq/planejamento\\_estrategico.pdf](http://www.riocomovamos.org.br/arq/planejamento_estrategico.pdf). [acesso em 2014 fev 22]

ROCHA, AC. **Accountability na Administração Pública: Modelos Teóricos e Abordagens.** Contabilidade, Gestão e Governança - Brasília · v. 14 · n. 2 · mai/ago 2011.

RODRIGUES, PHA.; SANTOS, I.S. **Saúde e cidadania: uma cisão histórica e comparada do SUS.** São Paulo: Atheneu, 2008.

SANO, H. **Nova Gestão Pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas.** São Paulo: FGV/EAESP, 2003, 113 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação na FGV/EAESP, Área de Concentração: Governo e Sociedade Civil no Contexto Local).

SANTOS, Jozinte de Jesus dos. **As organizações sociais na gestão da saúde pública,** Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, Milton. **O retorno do Território.** In: SANTOS, Milton et al. (Org.). Território: Globalização e Fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1998b. p. 15-20.

SILVA, AGJ. ALVES, CA. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.** In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; 2002.

TEIXEIRA, ACC., (Org.) **Os sentidos da democracia e da participação.** São Paulo: Instituto, Pólis, 2005.

TEIXEIRA, CF, Paim, J. S. & Vilasboas, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, VII(2): 7-28, 1998.

TENÓRIO, Fernando G.; RIBEIRO, Gylcilene S. **A sociedade é protagonista na relação com o Estado?** Rio de Janeiro: FGV, 2000. (Cadernos Gestão Pública e Cidadania, 15).

VIEIRA, MO, CHINELLI, F, LOPES, MR. **O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”**, In: VIEIRA, Mônica (Org.). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, págs. 79 a 118.