

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em
Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000”***

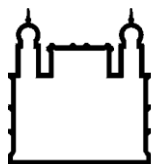
por

Camille Melo Barreto e Sousa

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

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

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em
Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000”***

apresentada por

Camille Melo Barreto e Sousa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna

Prof.^a Dr.^a Rosana Magalhães

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

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

S725t Sousa, Camille Melo Barreto e
 A trajetória de implementação do Programa Médico de Família
 em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000. / Camille
 Melo Barreto e Sousa. -- 2015.
 148 f. : il. color. ; tab. ; mapas

 Orientador: Luciana Dias de Lima
 Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
 Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

 1. Médicos de Família. 2. Planos e Programas de Saúde.
 3. Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Políticas
 Públicas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 610.6952

*Dedico esta dissertação a Eliane, Antônio Carlos, Diego, Vilma, Têlio e Rafael, minha
família que sempre me apoiou e amou,
e à todos que sonham e lutam por um sistema de saúde de qualidade, justo e acessível a
todas as pessoas.*

AGRADECIMENTOS

O mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública foi uma das experiências mais interessantes da minha vida, um processo árduo, mas também muito feliz.

Felicidade essa que começou logo com o resultado do processo seletivo, na leitura incansável dos nomes aprovados. Como não se sentir especial, importante e querida de Deus com tamanho presente?

Aliás, é a Ele que devo os maiores agradecimentos, por ter me dado tamanha oportunidade de crescimento pessoal e profissional, por ter colocado em meu caminho pessoas tão generosas e amigas, por ter me apoiado nos momentos de dificuldades e inseguranças, por simplesmente ter me amado sempre.

A felicidade veio em seguida no formato de uma mensagem, mais precisamente o email que definia como minha orientadora Luciana Dias de Lima. Eu ainda não sabia que esse era mais um presente. Kalu, como carinhosamente é chamada, foi presença afetuosa e doce durante o percurso do mestrado. Suas observações sempre tão delicadas, suas inúmeras indicações de leituras e sua amizade certamente tornaram esse processo mais marcante.

Passar por todas as experiências do curso não teria sido tão especial se eu não tivesse ao meu lado minha querida turma: Celita, Diana, Elias, Fernanda, Lucas, Luiza, Marina, Marta, Raquel, Renata e Verena. Vocês foram verdadeiros amigos, servindo de apoio nos momentos de desespero e de inspiração de tamanha dedicação e empenho. Obrigada por toda ajuda, generosidade, carinho e amizade.

Também pude contar com amigos que fizeram parte de outro degrau da minha trajetória, a Residência Multiprofissional de Saúde da Família da ENSP. Os *ramigos*, como a gente se chama, além de dividirem as experiências da Residência, estimularam em mim a vontade de seguir para o mestrado, e o melhor foram companheiros dessa aventura. Rebeca, Marina e Ivo, mais do que minha equipe do coração, vocês são amigos para a vida. Muito obrigada.

No mestrado tive a oportunidade de aprender e crescer a cada disciplina. Foram muitos professores e cada um com seu jeito conseguiu despertar ainda mais em mim a vontade pelo saber e a esperança de um dia vir me tornar também professora. Agradecimentos especiais a Cristiani Machado, Tatiana Baptista e Sheyla Lemos pelas contribuições no acompanhamento deste trabalho.

Outra felicidade foi poder contar com a colaboração e disponibilidade das professoras Mônica Senna e Rosana Magalhães, que acompanham meu trabalho desde a

qualificação do projeto. E também a ajuda privilegiada do Pedro Lima, importante ator na história do PMF, que generosamente contribuiu na elaboração do projeto.

Não poderia deixar de agradecer aos profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, que fazem deste lugar um espaço agradável para os alunos. Em especial aos profissionais da biblioteca da ENSP, da Secretaria de Gestão Acadêmica, do Comitê de Ética em Pesquisa e do laboratório de informática, por contribuírem e facilitarem o percurso.

Acredito que fui muito feliz em escolher estudar o Programa Médico de Família e espero ter sido exitosa nessa missão. Ao pesquisar sobre Niterói e toda a trajetória do PMF, passei a admirar ainda mais esta política e minha cidade. Agradecimentos especiais ao Núcleo de Educação Permanente da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, nas pessoas do Márcio Broto e Telma, sempre tão atenciosos em minhas solicitações e viabilizando os contatos com a secretaria municipal de saúde e com os atores do programa, e a Aluísio Gomes Silva Júnior, que muito contribuiu com a indicação de bibliografia específica relacionada ao PMF.

Agradeço ainda a Federação de Associação de Moradores de Niterói pela compreensão do estudo e por viabilizar o contato com os presidentes de algumas associações de moradores, e aos profissionais do PMF que aceitaram participar do estudo. Foi enriquecedor ouvir suas histórias na luta da construção de um sistema de saúde de qualidade e mais acessível a toda população.

Aos meus familiares tenho muito a agradecer. Foram eles os primeiros a receberem a notícia da minha aprovação, curtiram cada vitória, sofreram ao me ver preocupada com as dificuldades do percurso, torceram sempre e muito me abraçaram. Pais, irmão, avós, tios e primos permaneceram incansáveis na torcida, entendendo as renúncias e ausências, e cercaram essa caminhada com palavras de orgulho, carinho e compreensão. Sou muito feliz por ter vocês ao meu lado.

Gratidão eterna a minha mãe Eliane, por sempre me amar. Quando eu achava que já tinha visto toda a sua demonstração de amor, a vida foi e me deu a oportunidade de me sentir ainda mais amada. Sim, porque no meio do caminho tive uma intercorrência, que resultou numa internação hospitalar e cirurgia emergencial (uma pancreatite aguda causada por cálculos na vesícula), resultando em oito dias no hospital e mais um mês de repouso. E ela esteve sempre ali cuidando de mim, esquecendo dela e só se preocupando comigo.

Muito obrigada também ao meu pai, que sempre me proporcionou condições favoráveis para a dedicação plena aos estudos, e a minha avó Vilma, que cuidou e cuida de mim com carinho e preocupação em me agradar nos pequenos detalhes.

Eu sou muito feliz por ter ao meu lado um namorado que além de tudo é meu melhor amigo. Rafael apoiou todo o processo, ouviu muitos desabafos, me socorreu quando tive problemas com o computador, foi envolvido em inúmeras conversas e debates sobre a saúde pública e foi “capacitado” sobre o objeto deste estudo. Não tenho palavras para agradecê-lo.

Aos amigos tão queridos que se fizeram presentes neste processo, dando força, me fazendo rir e relaxar, acreditando em mim quando a insegurança teimava em aparecer, entendendo as minhas ausências e me cercando de amor. Obrigada, muito obrigada.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.

Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

SUMÁRIO

Lista de Siglas.....	10
Lista de Figuras, Quadros e Tabelas.....	13
Resumo.....	14
Abstract.....	15
Apresentação.....	16
Capítulo 1 - Concepções e configurações da atenção primária nos sistemas de saúde.....	20
1.1 Conceitos, abordagens e atributos da atenção primária à saúde.....	20
1.2 A atenção primária à saúde no contexto internacional.....	23
1.3 A atenção primária na política de saúde do Brasil: da Primeira República até o final dos anos 1980.....	31
1.4 A atenção primária no Sistema Único de Saúde.....	41
Capítulo 2 – Metodologia.....	52
2.1 Abordagem e referencial de análise.....	52
2.2 Estratégias metodológicas.....	58
2.3 O cenário da pesquisa:.....	62
Capítulo 3 – O Contexto de Niterói.....	68
3.1 A conformação do sistema de saúde local: experiências iniciais nos anos 1970 e 1980.....	68
3.2 Configuração da gestão e oferta de serviços de saúde no município.....	79
Capítulo 4 – O Programa Médico de Família de Niterói.....	89
4.1 Início, consolidação e expansão do PMF no período de 1992 a 2005.....	89
4.2 Mudanças e adaptações incrementais do PMF no período 2006 a 2014.....	105
4.3 Balanço da trajetória do PMF em Niterói.....	120
Considerações Finais.....	126
Referências Bibliográficas.....	131
ANEXOS.....	140
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	140
Roteiros de Entrevista.....	143

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário em Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMF – Associação Médica Fluminense
APS – Atenção Primária à Saúde
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDES- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BVS – Biblioteca Virtual da Saúde
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES – Centro de Estudos Brasileiros de Saúde
CEL – Comissão Executiva Local
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEPERJ – Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro
CE-SUDS – Comissão Executiva do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
CF – Constituição Federal
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
DAB - Departamento de Atenção Básica
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAMNIT – Federação de Associação de Moradores de Niterói
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMSN – Fundação Municipal de Saúde de Niterói
GP - General Practitioner

GT – Grupo de Trabalho

HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

MTIC - Ministério do Trabalho Indústria e Comércio

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHS - National Health Service

NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSS – Organização Social da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Pronto Atendimento Médico

PDS – Partido Democrático Social

PDT – Partido Democrático Trabalhista

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PMF – Programa Médico de Família de Niterói

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA – Plano de Pronta Ação

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB – Programa de Valorização do profissional da Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido do Trabalhador
REFORSUS – Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SAMHPS - Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESH – Secretaria Estadual de Saúde e Higiene
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SF – Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS - Sistemas Locais de Saúde
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social
SISREG – Sistema de Regulação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SMSPS – Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPA - Serviços de Pronto Atendimento
SPS - Secretaria de Políticas de Saúde
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF – Universidade Federal Fluminense
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VIPACAF – Vice-Presidente de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família
VIPAHE – Vice Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Linha do tempo dos prefeitos da cidade de Niterói 1989-2017.....	56
Figura 2 - Divisão de Niterói em Bairros.....	63
Figura 3 - Regiões de Planejamento de Niterói.....	64
Figura 4 - Taxa anual de crescimento relativo da população de Niterói, do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, 1991 a 2014.....	65
Figura 5 - Fluxograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2014.....	80
Figura 6 - Organograma funcional da Fundação Municipal de Saúde, 2014.....	81
Figura 7 - Rede de Assistência à Saúde de Niterói.....	88
Quadro 1 - Dimensões e Subdimensões para análise do Programa Médico de Família de Niterói.....	57
Quadro 2- Quantidade de entrevistas por grupos de participantes da pesquisa.....	60
Quadro 3 - Principais características do modelo de atenção das Unidades Básicas e dos Módulos do Programa Médico de Família em Niterói/RJ.....	84
Quadro 4 - Principais características do Programa Médico de Família - Niterói, 1992 a 2014.....	122
Quadro 5 - Síntese dos fatores que favorecem continuidades e mudanças da institucionalidade do PMF em Niterói nos anos 2000.....	123
Tabela 1: Evolução da implantação dos módulos do PMF em Niterói, 1992-2005.....	102
Tabela 2: Evolução da implantação dos módulos do PMF em Niterói, 2006-2014.....	117

RESUMO

O Programa Médico de Família (PMF) traduz-se como uma política voltada para a organização da atenção primária à saúde em Niterói desde 1992. Durante os 22 anos de sua implementação, o programa caracterizou-se por um conjunto de ações de saúde centrado no cuidado à família e realizado por uma equipe, composta por médico e técnico de enfermagem. Entretanto, a partir de 2006, percebem-se algumas mudanças na composição das equipes e cobertura do PMF. Neste estudo, entende-se que além dos incentivos federais, variáveis locais podem ter favorecido alterações do PMF e sua aproximação ao modelo preconizado em nível nacional. O objetivo da pesquisa foi analisar a trajetória da implementação do PMF em Niterói com ênfase nos elementos de continuidades e mudanças nos anos 2000. Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa. As técnicas de pesquisa empregadas foram a análise documental e entrevistas semiestruturadas. Os sujeitos pesquisados foram: secretários municipais de saúde, coordenadores do programa, supervisores e médicos das equipes, presidentes das Associações de Moradores e docente ligado à implementação do programa. As entrevistas foram realizadas no período entre maio a outubro de 2014. Utilizou-se a análise de conteúdo cuja categorização foi baseada em duas dimensões: o contexto e a institucionalidade do PMF. A análise da trajetória de implementação do PMF permite identificar continuidades e mudanças em vários aspectos organizacionais e operacionais do Programa. O foco da política continua sendo o atendimento à parcela da população desprovida de serviços básicos, expandindo-se a cobertura das equipes que ampliaram sua composição, o que suscita questionamentos quanto à manutenção do seu modelo original. Destacam-se como fatores explicativos da continuidade do PMF nos anos 2000 a trajetória histórica da saúde pública no município, o valor simbólico do Programa Médico de Família para a cidade e a criação de uma rede de atores governamentais e não governamentais que sustentam a política no município. Entre os fatores que explicam as mudanças ressaltam-se as alterações na equipe de condução do Programa e nas condições socioeconômicas e do mercado de trabalho na cidade e seu entorno, o alinhamento às proposições do MS e os incentivos federais. Pode-se concluir que a compreensão desses fatores contribui também para o entendimento da rede de saúde do município.

Palavras-chave: Programa Médico de Família, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Políticas Públicas.

ABSTRACT

The Family's Doctor Program (FDP) is a policy toward the organization of Primary Health Care in Niterói since 1992. During the 22 years of its implementation, the program was characterized by a set of health actions focused on family and care by a team, composed of doctor and nursing technician. However, since 2006 some changes are perceived in the composition of the teams and on program coverage. Besides the federal incentives, it is believed that local variables may have contributed for an approximation of FDP to the model recommended in national level. The objective of the research was to analyze the trajectory of the implementation of FDP in Niterói with emphasis on elements of continuities and changes in the 2000s. It was realized an exploratory case study with qualitative approach. The research techniques used were the documentary analysis and semi-structured interviews. The subjects studied were: municipal managers of health, program coordinators, supervisors and doctors, presidents of associations of residents and professor involved in the program implementation. The interviews were realized in the period between May to October 2014. For analysis of empirical findings were used the thematic content analysis whose categorization was based on two dimensions: the context and the institutional framework of the FDP. The analysis of the trajectory of implementation of FDP allows identify continuities and changes in various organizational and operational aspects of the program. The policy's focus remains being the care to portion of the population that lacks basic services, expanding the coverage of the teams that have extended their composition, which raises some questions about the maintenance of your original model. As explanations for the continuity of the program in the 2000s, it were standing out the historical trajectory of public health in the city, the symbolic value of the program for the city and the creation of a network of governmental and non governmental organizations that support the policy in the municipality. Among the factors that explain the changes, it were emphasized the change in team co-ordination of the program, the socioeconomic conditions, the labor market in the city and its surroundings, the alignment of the health ministry's prepositions and the federal incentives. It can be concluded that the understanding of these factors can also contribute to the comprehension of the municipality's health network.

Key-words: Family's Doctor Program, Family Health Care Strategy; Primary Health Care, Public Policies.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), inserido na subárea de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

A escolha do objeto deste estudo – a trajetória de implementação do Programa Médico de Família (PMF) em Niterói - tem relação com o percurso acadêmico da autora, pois a temática da atenção primária à saúde¹ (APS) constituiu-se foco de seus estudos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família desenvolvida na ENSP/FIOCRUZ. Nesse período de formação, perceberam-se alguns desafios relativos à organização e funcionamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro associados, entre outros, a quantidade elevada de usuários sob sua responsabilidade, as indefinições das atribuições de cada profissional na equipe, a diversidade de formas de contratação dos profissionais de saúde, a dificuldade da fixação e flexibilização da carga horária do médico, e a problemas na pactuação de metas de produção para as equipes.

Além disso, o tema da atenção primária tem recebido destaque na produção acadêmica e no plano político nos últimos anos, devido a sua importância para melhoria do acesso, organização da atenção e reorientação das práticas em saúde. Como moradora da cidade de Niterói, estudar o PMF também representa uma oportunidade para a melhor compreensão da especificidade do modelo de APS proposto, do significado e desdobramentos dessa política municipal para o sistema de saúde e dos fatores que contribuíram para manutenção, expansão e possíveis modificações do programa no período recente.

Nessa perspectiva, surge o interesse por este estudo, cujo propósito geral é analisar a inserção do PMF no sistema de saúde municipal e identificar continuidades e mudanças na trajetória dessa política no contexto dos anos 2000. O trabalho busca contribuir para a consolidação de uma política local de atenção primária abrangente, que

1 Vários autores discutem sobre os significados dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS) e sua adequação ao caso brasileiro. A APS seria uma maneira de reconhecer a utilização internacional do conceito, e a ABS seria uma representação brasileira dessa ideia, considerando o contexto histórico da saúde no país (Matta, 2006). A Política Nacional de Atenção Básica do ano de 2011 considera ambos os termos como equivalentes. Neste estudo, optou-se por utilizar Atenção Primária à Saúde como conceito sinônimo de Atenção Básica à Saúde, considerando-se o primeiro pela sua utilização internacional e o segundo em contexto nacional.

constitua uma estratégia estruturante de um sistema de saúde público, universal, integral e equânime.

A pesquisa desenvolvida está apoiada em dois argumentos inter-relacionados. O primeiro argumento refere-se à importância adquirida pelo município na condução da política de saúde brasileira. A Constituição Federal de 1988 reconhece os municípios como entes federativos e estabelece a descentralização como diretriz para organização das ações e serviços de saúde. Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) reforça o papel do município como planejador e executor dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e indica a responsabilidade da União e dos estados na regulação e cooperação técnica e financeira com os governos locais.

Bodstein (2002) assinala que a esfera municipal, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país, e, portanto, pela prestação direta da maioria de ações e programas de saúde. Um dos desafios colocados por este processo diz respeito às influências das condições e características locais sobre os processos que envolvem a produção e gestão das políticas de saúde.

Assim, acredita-se que as ações dos agentes locais em Niterói resultaram na produção de uma política municipal coerente com a realidade vivenciada por eles: um município predominantemente de classe média, com uma parcela da população vivendo em comunidades sem acesso aos serviços básicos; que apresenta uma extensa rede de serviços municipalizados e controle social organizado por meio de Associações de Moradores; e possui experiência prévia de reformulação das práticas de atenção primária à saúde, em associação a reformas curriculares que envolveram a aproximação da Academia com os serviços de saúde. Ou seja, as características do município geraram um ambiente propício para o desenvolvimento do PMF.

O segundo argumento está relacionado aos indícios de mudanças na forma de organização do programa a partir da segunda metade dos anos 2000. O Programa Médico de Família foi implantado em 1992 e se destaca como uma experiência pioneira no contexto nacional, ao buscar reorientar as ações e serviços de saúde com base nas diretrizes do ‘emergente SUS’ e de um enfoque abrangente de APS. Para isso, procurou-se priorizar áreas previamente desassistidas, regionalizar a rede assistencial e articular as unidades básicas com outros níveis de atenção (Mascarenhas, 2003). O programa era centrado na figura do profissional médico, contando com o auxílio de um técnico de enfermagem, que desempenhava funções de cadastramento da população, diagnóstico da

situação de saúde da comunidade, atividades de educação em saúde e atendimento ambulatorial no consultório.

Dois anos depois, o Ministério da Saúde (MS) propôs a adoção do Programa Saúde da Família (PSF) enquanto uma política nacional voltada para a consolidação de um modelo de atenção pautado na integralidade e no enfoque da promoção da saúde. Apesar das similaridades com o programa nacional, a secretaria municipal de saúde de Niterói optou por manter a forma de organização original do PMF, não atendendo às recomendações do governo federal para a adequação da composição e cobertura populacional das equipes ao PSF.

Sabe-se que a partir de 1998, com a Norma Operacional Básica (NOB) 96, o MS passou a transferir recursos aos municípios que aderissem ao modelo do PSF e em 1999 começaram as transferências para os programas considerados similares, o que revelou progressivo fortalecimento desta política no país, ao considerar as diferentes realidades existentes nos municípios brasileiros e a necessidade de avançar na organização dos sistemas municipais de saúde (Brasil, 1999).

Apesar das semelhanças entre o PSF e o PMF, o programa de Niterói só foi considerado pelo MS como modelo de atenção similar ao PSF em 1999, quando passou a receber incentivos financeiros para o seu desenvolvimento. Até então, o município havia assumido a responsabilidade pelo financiamento do programa por meio de recursos próprios. A continuidade política por quatro gestões consecutivas do Partido Democrático Trabalhista (de 1989 a 2002) influenciou positivamente a linha de investimentos sem interrupções no PMF, ampliando a implantação de novos módulos (Mascarenhas & Almeida, 2002).

O PMF, uma importante política pública do setor saúde em nível local, completou 22 anos de implementação em 2014. Algumas mudanças são percebidas em sua atuação, como o aumento da cobertura populacional, a inclusão de outros profissionais à equipe básica, a implantação de novos módulos, o aumento dos recursos destinados ao programa, entre outros.

Nesse contexto, faz-se necessário o entendimento da trajetória dessa política e o que ela representa no sistema de saúde de Niterói. Entende-se que além dos incentivos federais, variáveis locais podem ter favorecido uma aproximação do PMF ao modelo preconizado em nível nacional.

Algumas questões nortearam este estudo, tais como: quais as principais características da trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói? Que elementos de continuidade e mudanças podem ser observados no PMF no

contexto dos anos 2000? Que fatores favorecem as continuidades e as mudanças observadas nessa política?

Este estudo, ao procurar respostas ao conjunto desses questionamentos, ainda que sem pretensão de esgotá-los, buscou compreender a inserção desta política na agenda municipal de saúde e também contribuir para o entendimento de que é possível haver uma diretriz nacional que sugira possibilidades, mas que não limite a autonomia do gestor municipal.

O objetivo geral do estudo é analisar a trajetória da implementação do Programa Médico de Família em Niterói com ênfase nos elementos de continuidades e mudanças nos anos 2000. Os objetivos específicos são:

- Mapear o contexto de desenvolvimento do Programa Médico de Família em Niterói.
- Identificar os diferentes momentos da institucionalidade da política de saúde em âmbito local.
- Discutir os fatores que influenciam as mudanças e continuidades na trajetória do Programa Médico de Família em Niterói.

Com vista a estabelecer um encadeamento lógico que facilite a compreensão do texto, esta dissertação foi organizada da seguinte maneira. O primeiro capítulo apresenta uma revisão bibliográfica sobre as diferentes concepções e configurações da Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde, assim como a trajetória da política de atenção primária em âmbito internacional e nacional, priorizando-se o período anterior e posterior à implantação do SUS. No segundo, encontram-se os procedimentos metodológicos adotados no estudo - a abordagem e o referencial de análise, as estratégias e técnicas de pesquisa, e uma aproximação com o cenário do estudo.

Já o terceiro capítulo apresenta uma caracterização da cidade de Niterói, a história de conformação do sistema de saúde local, retratando as experiências iniciais nos anos 1970 e 1980, e a configuração da gestão e oferta de serviços de saúde no município. A seguir, o PMF é caracterizado e dividido em dois momentos que melhor explicitam sua implementação: de 1992 a 2005, como o período de início, consolidação e expansão do PMF, e de 2006 a 2014, como o período das mudanças e adaptações incrementais do programa. O quinto capítulo traz um balanço da trajetória do PMF em Niterói, destacando os elementos de continuidades e mudanças nos anos 2000.

Por fim, são apresentadas as considerações finais do estudo, as referências bibliográficas e os anexos, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os roteiros de entrevista.

Capítulo 1 – Concepções e configurações da atenção primária nos sistemas de saúde

O debate sobre a atenção primária e sua importância nas formas de organização e funcionamento dos sistemas de saúde ampliou-se de modo significativo a partir dos anos 1970. No Brasil, a atenção primária à saúde é entendida como um conjunto de práticas integrais, direcionadas às necessidades individuais e coletivas da população, além de ser caracterizada como porta de entrada no sistema de saúde, que deve ser organizado em uma rede regionalizada de ações e serviços distribuídos por níveis de complexidade da atenção.

Este capítulo apresenta uma síntese da produção teórica e das experiências relacionadas à atenção primária à saúde no cenário internacional e nacional. Na primeira parte, são apresentados e discutidos os principais conceitos, abordagens e atributos relacionados à APS. Também são abordadas experiências em países europeus de serviços prestados por médicos generalistas, com atenção centrada na saúde da comunidade.

Em seguida, é analisada a trajetória histórica das políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com destaque para a Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica. No final, discutem-se os desafios para a consolidação do SUS como um sistema de saúde orientado pela atenção primária à saúde.

1.1 Conceitos, abordagens e atributos da atenção primária à saúde

De modo geral, o entendimento da atenção primária está relacionado à organização dos serviços de saúde. Entretanto, esta também pode ser compreendida como uma diretriz política que norteia a oferta de ações e serviços, sendo o primeiro contato e possibilitando o acesso aos outros níveis de atenção ou como uma estratégia para disseminação de ações de prevenção.

Como sugere Fausto (2005), diferentes significados quanto ao termo primário(a) podem ser observados na língua portuguesa, o que causa falta de clareza em relação ao aspecto político da APS. São eles: primário como primeiro numa lista ordenada - APS como porta de entrada de um sistema de saúde; primário como principal - APS como

principal nível de cuidado, evocando a interdependência do cuidado; e primário como primitivo, básico - APS como um mínimo de atividades essenciais ofertadas.

Giovanella e Mendonça (2012) ponderam ainda que o termo APS tem sido interpretado conforme quatro abordagens principais:

- APS seletiva: programa focalizado e seletivo, com um conjunto restrito de serviços para enfrentar determinado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento;
- Primeiro nível de atenção: refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, direcionados a toda a população. Concepção comum em países da Europa com sistemas universais públicos;
- APS abrangente ou integral: baseada em Alma-Ata, compreensão de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde para resolver necessidades individuais e coletivas;
- Abordagem de saúde e de direitos humanos: entende-se a saúde como direito humano e enfatiza a necessidade de conhecimento dos determinantes sociais da saúde.

Os conceitos e abordagens acima podem ser contraditórios e conflituosos entre si e expressam diferentes perspectivas de políticas de saúde, nas quais se inserem as propostas de atenção primária. A aceitação e o uso dessas concepções em saúde serão influenciados pela história e cultura de cada sociedade, já que os sistemas de saúde se desenvolvem em conjunturas socioeconômicas e políticas específicas e pertencem ao campo da saúde, que abarca uma variedade de instituições e atores, representando interesses conflitantes com forte expressão na arena decisória da política.

Embora por caminhos diversos, é possível constatar que a APS tem sido mais valorizada no aspecto da organização das ações nos diferentes sistemas de saúde. Pode-se dizer que os avanços em ciência e tecnologia e as discussões sobre os custos do uso dos recursos em saúde têm contribuído para essa valorização. Isso se reflete nas inúmeras propostas de reforma dos sistemas nacionais de saúde que acontecem na Europa, na América do Norte ou em outras partes do mundo (Fausto, 2005).

Starfield (2002) propôs uma abordagem para caracterizar a APS abrangente nos países industrializados:

“aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece

atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros” (Starfield, 2002, p.28).

Nessa concepção, a atenção primária é entendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, destinados a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para elevar os níveis de saúde e bem-estar (Starfield, 2002).

Essa autora considera que a APS é constituída de quatro atributos. O primeiro é a atenção ao primeiro contato, o que implica acessibilidade e uso dos serviços a cada nova necessidade ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam o cuidado. Giovanella e Mendonça (2012) explicam que para se obter acesso a um serviço de primeiro contato (porta de entrada do sistema de saúde) é necessário eliminar as barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais. Elas ainda assinalam a necessidade do serviço exercer a função de *gatekeeping*, que quer dizer, filtro para acesso aos serviços especializados.

O segundo atributo da APS é a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. O serviço de saúde deve pautar o cuidado por meio do vínculo entre os profissionais e as famílias cuidadas.

A integralidade representa o terceiro atributo, que implica em arranjos organizacionais das unidades de atenção primária para garantir que o paciente tenha acesso a todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns não sejam ofertados dentro dessas unidades, sendo necessários encaminhamentos aos serviços especializados.

O quarto atributo é a coordenação da atenção. Starfield (2002) ressalta que a continuidade do cuidado e o reconhecimento do problema são fundamentais para avaliar a coordenação da atenção. Giovanella e Mendonça (2012) afirmam que para que este atributo se efetive, é necessário que ocorra a transferência das informações sobre os problemas de saúde dos usuários, bem como os detalhes do cuidado recebido, de maneira a conferir atenção ininterrupta. Com o envelhecimento populacional, as mudanças no perfil epidemiológico, a crescente prevalência das doenças crônicas na população e a diversidade de tecnologia utilizada na medicina, a coordenação da atenção torna-se cada vez mais indispensável.

Em síntese, a compreensão do termo atenção primária à saúde é permeada por variadas dimensões que dão forma a diferentes concepções de APS. O predomínio de um

conceito em detrimento de outro nos diferentes sistemas de saúde pode ser explicado pelas peculiaridades dos sistemas, que são implementados em diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas e estão constantemente sob forte tensão de interesses conflitantes.

Assim, neste estudo consideramos a atenção primária à saúde como o nível de atenção que busca facilitar o acesso do usuário ao sistema de saúde, atender as afecções mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (Giovanella e Mendonça, 2012). Além de denominar APS o mesmo que *primary health care*, traduzido para a língua portuguesa como cuidados primários em saúde (CPS), ou atenção básica em saúde (ABS).

1.2 A atenção primária à saúde no contexto internacional

O debate sobre a APS passa a se intensificar internacionalmente na década de 70, como resultado dos questionamentos à organização da atenção à saúde, que era baseada num modelo hegemonicamente médico especializado, intervencionista e com fragmentação da assistência, o que causava pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Também chamava atenção a diferença do acesso aos serviços de saúde nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos (Giovanella e Mendonça, 2012).

Entretanto, mesmo antes dos anos 1970, observam-se discussões sobre a atenção primária na Europa. Em 1920, foi apresentado na Inglaterra o Relatório Dawson, no qual a ideia de APS era utilizada pela primeira vez como organizadora dos sistemas universais de saúde. Este relatório sugeria a criação de um sistema de saúde com práticas de ações de caráter preventivo e curativo, desenvolvidas por profissionais generalistas, e ações promovidas por clínicos gerais, enfermeiras, parteiras, dentistas, entre outros profissionais; e outra categoria de serviços caracterizados por ações dos especialistas e consultores.

Segundo Dawson (1920):

“Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto a um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores especialistas visitantes. Os centros de saúde serão

de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou em áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base [...]. Os centros de saúde secundários devem formar um vínculo com o hospital. Isto é conveniente, primeiramente, para benefício do paciente, que nos casos difíceis, desfruta das vantagens das melhores técnicas disponíveis e, em segundo lugar, para benefício do pessoal médico designado aos centros secundários, que desta maneira pode acompanhar até as últimas etapas de uma doença na qual intervieram desde o começo, familiarizam-se com o tratamento adotado e apreciam as necessidades do paciente após o seu regresso ao lar.” (Dawson, 1920, p.9).

O relatório enfatizava ainda que os serviços médicos só poderiam ser assegurados por intermédio de uma “organização nova e ampliada”, que deveria ser formada em função das necessidades da comunidade. Ressaltava a importância de organizar as ações de saúde segundo níveis de complexidade e custos do tratamento, considerando os avanços tecnológicos no setor saúde, a ampliação dos custos do tratamento e a dificuldade crescente de acesso aos serviços de saúde pela população mais pobre (Rosen, 1994).

A proposta de Dawson foi solicitada pelo governo inglês devido às mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial, e sua missão era buscar formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de um dado território. O Estado conseguiu intervir de forma decisiva na política de saúde, incorporando em sua constituição institucional as organizações corporativas médicas e as estruturas de poder pré-existentes. Os médicos especialistas, por sua vez, continuaram gerenciando o segmento de atenção hospitalar, que ainda incorporava a maior parte do financiamento da saúde (Silva Júnior, 1996).

A corporação dos médicos generalistas era responsável pela atenção às periferias urbanas e classes trabalhadoras. Esses médicos não eram tão prestigiados quanto os especializados e ainda eram incorporados pelo sistema de saúde, por meio da ampliação de suas funções, para desenvolverem também a triagem para a medicina hospitalar e especializada.

Assim, cada território era organizado da seguinte maneira: serviços domiciliares de atenção integral à população, apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e leitos para internação. Isto seria a porta de entrada do sistema, que

empregaria os *general practitioners* (GP), os médicos generalistas que já trabalhavam de forma autônoma.

Os centros primários, considerados os núcleos do sistema, eram localizados em vilas, e eram ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com serviços especializados ofertados de acordo com a distribuição populacional, podendo ter variadas conformações dependendo da realidade encontrada na região.

Os casos mais complexos seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros secundários seriam vinculados. Os profissionais de saúde trabalhariam de forma integrada. Vale ressaltar que a contraposição entre a atenção primária e hospitalar não se colocava e a questão de hierarquização referia-se à complexidade, a necessidade de densidade tecnológica utilizada e não a uma valoração maior ou menor entre os níveis (Kuschnir; Chorny, 2010).

O National Health Service (NHS) britânico foi criado em 1948, após vitória do Partido Trabalhista. Com a conjuntura do pós-guerra favorável às políticas sociais para o desenvolvimento econômico, a organização dos serviços seguiu a proposta do Relatório Dawson, apenas com algumas alterações resultantes de acordos com a corporação médica. Os GP não aceitaram trabalhar como assalariados em centros de saúde, assim foram contratados pelo governo como prestadores liberais e atendiam em seus consultórios uma lista de pacientes inscritos sob sua responsabilidade.

O NHS foi estruturado de maneira centralizada, composto por três partes independentes: hospitais, serviços de saúde pública e os serviços de porta de entrada ou de atenção primária (clínico geral, assistência odontológica e farmacêutica). Os especialistas eram assalariados e exerciam suas atividades nos hospitais, mas tinham direito a atender clientela privada. Os generalistas, por sua vez, permaneceram em seus consultórios prestando serviços de forma liberal e o governo fazia o pagamento mediante a lista de pacientes inscritos sob sua responsabilidade (Conill, 2006).

De acordo com Silva Júnior (1996), essa reorganização do sistema de saúde inglês foi um esforço de articulação das lideranças do Partido Trabalhista inglês, no comando do Estado, de maneira a atenuar as aspirações socialistas do partido em nome de uma maior estabilidade política.

Segundo Arouca (1975), entre os anos de 1920 e 1950, um amplo debate a favor da medicina preventiva, criticando o modelo muito disseminado nas faculdades médicas de medicina curativa, foi ganhando espaço na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá. Assim, discutia-se a mudança na prática médica por meio da reformulação das

grades curriculares do ensino ao propor uma nova postura profissional, enfatizando o papel do médico na promoção à saúde e na prevenção da doença.

A medicina preventiva emergiu a partir de três vertentes: a higiene, área de conhecimento surgida no século XIX, a preocupação com os custos da assistência médica e a redefinição das responsabilidades médicas. As discussões sobre os custos da assistência médica se intensificaram, considerando a produção de novas tecnologias, que influenciavam a prática médica naquela época, tornando-a mais especializada e investindo pouco na promoção da saúde e na prevenção dos eventos.

Leavell & Clark sistematizaram a base conceitual da medicina preventiva em 1958. Segundo eles, os aspectos fundamentais desta abordagem são o modelo de causalidade das doenças (noção de agente, hospedeiro e meio-ambiente), o conceito de história natural das doenças e a concepção de prevenção definida como uma ação antecipada. Eles também ordenaram a assistência à saúde e à doença de acordo com os níveis de complexidade

Apesar das críticas sobre a limitação do ideário da medicina preventiva, principalmente no tocante à questão social no modelo, esta abordagem influenciou muitas medidas e propostas de APS em vários países.

É por meio da medicina preventiva que surgiu a cultura sobre os diferentes momentos da atenção à saúde, localizando a APS como fase inicial do cuidado, influenciando até os dias atuais a compreensão da atenção primária como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (Fausto, 2005).

A disseminação dessas práticas de atenção primária baseadas na promoção e na prevenção em saúde deve-se ao fato do profissional médico generalista ter perdido o valor a ele dedicado no período anterior à década de 1950. A partir daí, as especialidades médicas ganharam cada vez mais prestígio, o que influenciou na menor disponibilidade de médicos generalistas no mercado de trabalho. A esse fato somou-se a disseminação das propostas de medicina comunitária nos Estados Unidos, em meados de 1960.

A medicina comunitária surge nos Estados Unidos como uma alternativa de serviços dirigidos à parte da população excluída do acesso aos serviços de saúde, baseando-se nos princípios da abordagem da medicina integral e preventiva. Este novo modelo foi muito divulgado pelos departamentos das escolas de medicina, inovando com ideias referentes à atenção primária em saúde. Tais propostas foram disseminadas em vários países e tiveram maior repercussão nos países mais pobres, ao se tornarem estratégias governamentais para fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social.

O movimento ideológico da medicina comunitária propunha a regionalização e a integração das ações e dos serviços, ao considerar um sistema de saúde com hierarquia de níveis de complexidade, para um cuidado progressivo ao paciente (Paim, 2012).

Segundo Paim (2012), a medicina preventiva e a medicina comunitária não constituem modelos de atenção, mas são conjuntos de práticas ideológicas voltadas para modificar concepções e visões de mundo, relacionadas com a prática médica, ao proporem modelos de representação simplificada da realidade. O primeiro apresentava um esquema com os níveis de prevenção e o segundo, uma hierarquização dos níveis de atenção. Ambos contribuíram para a discussão da reorganização das práticas de saúde.

Ao discutirem as práticas de saúde, sentiu-se a necessidade de debater a formação do profissional médico. Por isso, na década de 1950, a Organização Sanitária Pan-Americana² organizou dois seminários internacionais para divulgação da medicina preventiva na América Latina, desempenhando importante papel na disseminação de novas propostas para a formação médica. Como resultado desses seminários, foi elaborado um informe sobre o ensino da Medicina Preventiva e Social nas Escolas de Medicina da América Latina (Fausto, 2005).

A política regional de saúde nesse período sofreu a influência do pensamento desenvolvimentista dos anos 1950, que compreendia que o desenvolvimento econômico estava relacionado ao desenvolvimento social. Nas décadas seguintes, os governos da América Latina demonstraram preocupação pela instabilidade política da Guerra Fria, ao manifestarem que as injustiças sociais decorrentes da política de crescimento econômico não apontavam para melhorias nas condições sociais das populações mais pobres, mas para o aprofundamento das desigualdades sociais nessa região (Fausto, 2005).

Segundo Rivera (1982), as discussões sobre planejamento em saúde se aprofundaram ao longo de pelo menos duas décadas e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) teve um papel importante na disseminação deste pensamento na América Latina, assumindo a função de assessoria para a execução de programas decorrentes dos acordos estabelecidos nos fóruns de cooperação internacional.

Em 1963, ocorreu a 1ª Reunião dos Ministros de Saúde dos países da América, no qual foi traçado o I Plano Decenal de Saúde, que considerava o planejamento como uma ferramenta importante a ser utilizada pelos governos para estabelecer ações multisetoriais na gestão dos sistemas de saúde. Nessa reunião, a OPAS foi eleita para assessorar os países latino-americanos na consecução dos objetivos traçados ao capacitar os governos

² A Organização Sanitária Pan-Americana era o braço da Organização Mundial de Saúde nas Américas. Em 1972, a Organização Sanitária Pan-Americana passa a ser chamada de Organização Pan-Americana de Saúde (Fausto, 2005).

para enfrentar seus problemas que prejudicavam o desenvolvimento na região (Fausto, 2005).

Assim, a OPAS ampliou sua ação na erradicação de doenças transmissíveis, enfatizando a varíola; buscou atacar os problemas ambientais, que repercutiam na disseminação de doenças, como a falta de água e o saneamento básico; atuou no combate à desnutrição e analfabetismo para reduzir a mortalidade infantil; aumentou os investimentos na formação de recursos humanos, na pesquisa e na melhoria dos serviços de saúde (Fausto, 2005).

Na década de 1970, a OPAS intensificou as discussões sobre os serviços básicos de saúde e passou a enfatizar a atenção primária em saúde como estratégia de organização dos serviços nacionais de saúde, discussão essa que já era defendida pela OMS. Essas ações que já faziam parte das iniciativas presentes em vários países do continente americano passaram a ter destaque na agenda de cooperação internacional.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a ser uma das principais agências difusoras desse ideário, juntamente com a UNICEF, a Fundação Rockefeller, Kellogg, Ford e o Banco Mundial, que se configuraram como importantes financiadores dessas propostas.

Em 1977, durante a Assembléia Mundial de Saúde, a OMS adotou como principal meta e propôs aos governantes a “Saúde para Todos no Ano 2000”, política que objetivava propiciar um padrão de saúde que possibilitasse a todas as pessoas ter uma vida social e economicamente produtiva.

Esta política foi lançada em 1978, na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, no Cazaquistão. Neste encontro, essa organização internacional declarou a saúde como um direito humano fundamental e enfatizou a importância da APS na organização do sistema de saúde. O resultado dessa reunião foi a compreensão e a divulgação pela OMS dos cuidados primários em saúde como:

“Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade [...]. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde” (OMS/UNICEF, 1979, p. 2).

Tal Conferência identificou como componentes fundamentais da APS: a educação em saúde; o saneamento ambiental; programas materno-infantis, como planejamento familiar e imunizações; a prevenção de doenças endêmicas locais; o tratamento adequado de doenças; o fornecimento de medicamentos essenciais; a promoção da boa nutrição e a medicina tradicional (UNICEF/Brasil, 1979).

Esse conceito foi amplamente divulgado e apresentado por muitos trabalhos em congressos científicos da área, influenciando as várias propostas de organização da atenção primária em diversos países.

Porém, após a Conferência de Alma-Ata foi disseminada a nível internacional uma ideia seletiva da APS, que se baseava na formulação de programas com objetivos de solucionar ou reduzir problemas específicos de saúde, ao atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Os organismos internacionais tiveram destaque na propagação desses programas em países considerados pobres, pois eles propunham o uso de recursos de baixa densidade tecnológica sem ligação direta com os outros recursos em saúde.

As intervenções propostas eram basicamente a imunização, o estímulo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, a reidratação oral, o planejamento família, a suplementação alimentar e a alfabetização feminina. O Banco Mundial, um dos principais difusores dessas ideias, defendia que esses serviços básicos de saúde deveriam ser providos pelo setor público a quem não tivesse condição de arcar com os gastos em saúde.

Esse enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais o processo saúde-doença, intervindo isolada e paralelamente sobre problemas específicos. A crítica que se faz é que para a implantação dessas ações é necessária uma estrutura assistencial que suporte o acompanhamento regular dos grupos de risco e que seja ligada a um sistema de saúde universal.

Concomitante à atuação desses organismos internacionais de fomento das ideias de seletividade nos países mais pobres, surgem nos países desenvolvidos propostas que valorizam a participação da comunidade no planejamento e avaliação da saúde e a intersetorialidade como maneira de aliar diferentes forças para atingir o bem-estar coletivo.

Em 1984, surge em Toronto, no Canadá, a proposta de Cidades Saudáveis. Esse movimento ganhou adesão dos países europeus e foi difundida pela OMS em 1986. O projeto visava à construção de uma rede de cidades determinadas a procurar em conjunto maneiras de promover a saúde e melhorar o ambiente. Contemplava as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano, a promoção da saúde como política pública, o

reforço da participação da comunidade, o estímulo da autonomia e responsabilidade do indivíduo e a intersetorialidade como principal estratégia da promoção da saúde (Silva Júnior, 1996).

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) surgiram como proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1986, para representar uma resposta interna do setor saúde para alcançar maiores equidade, eficácia e eficiência de suas ações. Baseava-se nos seguintes aspectos: o Estado deveria retomar o papel central na condução da política de saúde; a descentralização, com valorização do nível local; estímulo à participação social; a intersetorialidade; financiamento com finalidade de garantir a atenção integral à saúde; a integração dos programas de prevenção e controle; reforço na capacidade administrativa; e a capacitação dos recursos humanos (Silva Júnior, 1996).

A proposta do SILOS tinha articulação com o movimento das Cidades Saudáveis. Essas duas iniciativas passaram a compor a agenda política de algumas cidades e algumas estratégias foram traçadas para a formação de redes de municípios saudáveis no continente americano.

Entretanto, no geral, pouco se avançou na concretização dessas medidas, pois o enfoque principal permaneceu na ação setorial com destaque nos serviços de saúde e principalmente nas ações curativas.

Embora a proposta de atenção primária seletiva tenha prevalecido nos processos de reforma dos países em desenvolvimento, recentemente observou-se um movimento de resgate da concepção abrangente de atenção primária proposta em Alma-Ata. A OPAS lançou o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005) que expressa a intenção da OMS em desenvolver e/ou fortalecer os sistemas de saúde baseados na APS em todo o continente americano.

Em 2008, para comemorar os trinta anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS lançou o Relatório “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca”, para dar novo impulso às discussões da APS. Esse documento aponta a atenção primária como coordenadora de uma atenção integral, parte de um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e a importância de uma participação social institucionalizada.

O Relatório ainda propõe uma atenção centrada na pessoa, atendendo às necessidades de saúde individuais e coletivas, estabelecendo vínculo da pessoa com o profissional de saúde, garantindo uma atenção integral e contínua, responsabilizando-se por todos os integrantes da comunidade ao longo de todo o ciclo vital e promova a autonomia e a participação popular.

Além disso, a APS é ainda considerada uma estratégia para a universalidade, conceito que ganhou destaque no debate internacional quando a OMS convidou os países a promoverem cobertura universal dos seus sistemas de saúde. O desafio de implementação da APS depende da adesão dos governos nacionais e da tradução dos seus princípios abrangentes em práticas concretas.

1.3 A atenção primária na política de saúde do Brasil: da Primeira República até o final dos anos 1980

Para desenhar a trajetória da atenção primária no período anterior ao SUS, é necessário resgatar aspectos históricos, do início do século XX, referentes à Saúde Pública e à organização dos serviços de saúde no Brasil. A história da política de saúde brasileira é marcada pela dualidade na organização das ações e serviços de saúde, gerando duas formas de intervenção: a sanitarista ou de saúde pública, com caráter social; e a clínica, ligada à prestação de cuidados aos indivíduos (Campos, 2007).

De acordo com Campos (2007), a diferença entre as duas formas de intervenção está no fato de a saúde pública utilizar uma abordagem coletiva, importando mais o bem-estar coletivo do que os problemas individuais, e a clínica ter como compromisso a saúde de cada indivíduo.

O início da organização das ações e serviços de saúde no Brasil é marcado pela ênfase na saúde coletiva e no combate às endemias. O movimento sanitarista que surge na primeira república (1889-1930) desempenhou um papel importante na consolidação do Estado Nacional brasileiro, à medida que as concepções sobre doenças e a maneira de lidar com elas tinham implicações para a economia, o comércio internacional e o desenvolvimento científico dos países (Lima, 2002).

Na década de 1910, surge o movimento em saúde pública chamado de médico-sanitário, que foi influenciado pela escola norte-americana de saúde pública, por meio da Fundação Rockefeller, que apoiava as ações para o controle da febre amarela, malária e ancilostomíase no Brasil (Campos, 2007).

A Fundação Rockefeller era definida como uma organização beneficente, não-governamental, que utilizava seus próprios recursos para financiar atividades de bem-estar social em vários países do mundo. A filantropia direcionou-se primeiramente para o campo da educação, com o objetivo de contribuir para o progresso da humanidade por

meio do incentivo às ciências biomédicas, e depois para o combate de endemias (Faria, 1995).

De acordo com Faria (1995), a Fundação Rockefeller investiu cerca de U\$ 13 milhões em programas sanitários de combate às doenças endêmicas na América Latina, sendo o Brasil o país que recebeu a maior parcela desses recursos. Na área de educação médica e de pesquisa, o país recebeu apoio para a criação de disciplinas de higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo.

Os acordos com a Rockefeller para o desenvolvimento das campanhas sanitárias nos estados deveriam ser da seguinte maneira: o governo do estado deveria arcar com 25% das despesas, sendo o restante da organização; a comissão médica enviada seria responsável por todas as informações referentes às doenças, assim como pelo fornecimento de pessoal qualificado e equipamentos científicos, a instalação de laboratórios e postos de combate às endemias (Faria, 1995).

O regionalismo da política de saúde passou a ser alvo de críticas do movimento chamado Liga Pró-saneamento do Brasil, sendo exigido que as campanhas sanitárias fossem levadas para os sertões, pois só haviam beneficiado as áreas urbanas. Também era criticada a falta de autoridade governamental na maior parte do território nacional, o que impedia uma ação coordenada em nível federal para promover o combate às epidemias e endemias e a melhoria da saúde da população (Lima, 2002).

Esse movimento conseguiu criar postos de saneamento e profilaxia rural em vários estados, o que representou um grande avanço, pois estes postos significavam a presença do Estado na atenção à saúde da população de forma permanente (Campos, 2007).

Faria (1995) aponta que apesar da Fundação Rockefeller ter como foco de sua atuação o combate às doenças infecciosas nas áreas mais pobres e abandonadas do país, essas ações recebiam críticas de alguns profissionais brasileiros e de autoridades governamentais, que duvidavam das intenções dessas atividades. Mesmo com o apoio dos sanitaristas brasileiros à missão da Fundação, a maioria dos estados pobres não conseguiu obter apoio científico e financeiro da Rockefeller, por não terem os requisitos necessários para a cooperação. Esse quadro só se reverteu quando na década de 20 o governo federal passou a se responsabilizar pela maior parte dos encargos financeiros que complementariam as despesas da Fundação Rockefeller no Nordeste.

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que incorporou os sanitaristas no aparelho estatal, permitindo-os participar do processo decisório relativo à questão sanitária. Também foi criado um novo Regulamento

Sanitário, buscando enfrentar a tuberculose e outros desafios, e recomendando ações contra o contágio por meio de notificações dos casos, isolamento e desinfecções (Campos, 2007).

Durante o período da Primeira República foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, com características de concentração e verticalização das ações no governo federal. Vale ressaltar que já na década de 1920 surgem os primeiros esboços de previdência social.

Em 1923, a lei Eloy Chaves foi aprovada pelo Congresso Nacional, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), inicialmente englobando somente os ferroviários. Mas em 1926 foram estendidas aos portuários e marítimos. Além da previdência, algumas CAPs ofereciam assistência médica aos seus segurados. O Estado não tinha nenhuma participação neste modelo.

O modelo das CAPs foi gradativamente sendo substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que englobavam categorias profissionais em âmbito nacional e incorporavam a participação do Estado no seu financiamento. Os primeiros Institutos criados foram o dos marítimos em 1933, depois os dos bancários e comerciários em 1934 e, por fim, os dos industriários, em 1936 (Noronha e Levcovitz, 1994).

A experiência acumulada da criação dos postos de saneamento e profilaxia rural subsidiou a construção dos Centros de Saúde. Foram implantados os primeiros Centros de Saúde em 1925, em São Paulo. Esta nova organização era defendida pelos sanitaristas do DNSP, que acreditavam num modelo de cunho mais educativo e preventivo, com vistas à estimular uma “consciência sanitária” nos cidadãos (Campos, 2006).

A proposta dos Centros de Saúde ainda contava com a ideia de divisão das cidades em Distritos Sanitários³ e a ação das enfermeiras visitadoras. Essas profissionais buscavam conhecer a situação dos domicílios, das famílias e dos indivíduos, monitorando o perfil epidemiológico de cada região (Campos, 2007).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), a saúde no Brasil passou a ser função estatal nos anos 1930. Esse aparato estatal da saúde se diferenciava em dois setores: a saúde pública, com acesso universal, e a medicina previdenciária, com acesso atrelado às condições de inserção no mercado de trabalho formal.

Cabe destacar que nesse momento o debate estava direcionado para o papel do Estado diante dos problemas sociais e a relação entre o governo federal e os estados, os

³ A ideia de Distritos Sanitários no início do século XX difere conceitualmente da proposta que emergiu no contexto do Sistema Único de Saúde.

conceitos de centralização e descentralização, incluindo as definições sobre o papel do município e sua relação com o governo central (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Mais adiante, em 1941, o então ministro Gustavo Capanema e o diretor do DNSP, João de Barros Barreto, conduziram sua reforma administrativa, implicando na verticalização, centralização e ampliação da base territorial de ação do governo federal (Lima, 2002).

Na saúde pública, essa reforma de Capanema criou as delegacias federais de saúde, os serviços nacionais e as conferências nacionais de saúde. Essas ações contribuíram para que a saúde pública servisse de inspiração para as orientações mais gerais da política varguista.

Segundo Fausto (2005), essas práticas eram organizadas sob a perspectiva da saúde pública tradicional, onde o serviço nacional se dedicava ao combate de uma doença específica, e se desenvolviam desconectadas da assistência médica previdenciária. A política nacional era marcada por essa fragmentação entre atividades de saúde pública, responsabilidade do MESP, e da assistência médica, desenvolvida pelo Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), considerada de caráter individual, inerente ao seguro social e destinada a classe trabalhadora formalmente inserida no mercado de trabalho.

As ações de saúde pública eram caracterizadas por sua verticalidade, característica acentuada na década de 1940, quando foram criados os Serviços Nacionais de Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP conjugava medicina preventiva e curativa, com atuação principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, o que favorecia as áreas rurais, e era influenciado pela medicina preventiva norte-americana por causa dos convênios com a Fundação Rockefeller (Castro; Fausto, 2012). Para Fausto (2005), pode-se dizer que as ações desenvolvidas pelo SESP foram as bases da atenção primária no Brasil.

O SESP⁴ atuava num acordo entre os governos norte-americano e brasileiro para criar condições sanitárias adequadas na Amazônia, a fim de garantir o provimento de matérias-primas importantes aos esforços militares dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial (Campos, 2006).

A queda de Vargas em 1945, a realização de eleições e a promulgação da nova Constituição em 1946 marcaram o período denominado de redemocratização do país.

⁴ Em 1960, o SESP passa a ser uma fundação do Ministério da Saúde, a FSESP, e suas atividades foram expandidas para áreas distantes, de difícil acesso e pouco desenvolvidas econômica e socialmente. Na década de 90, com a reforma da política de saúde, a FSESP é extinta, criando-se a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que incorpora a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM (Fausto, 2005).

Influenciada por isto, a saúde pública vivenciou o movimento chamado “sanitarismo desenvolvimentista”, que integrava os ideais pró-desenvolvimento e propugnava a compreensão das relações entre doença e pobreza e sua importância para a transformação política e social do país. Desta maneira, as questões sanitárias passaram a integrar as discussões de reorganização da sociedade brasileira (Lima, Fonseca, Hochman, 2005).

Em 1953, ocorre o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde em Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde (MS). Este último herdou a prática verticalizada e dual que vinha sendo realizada até então.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1963 debateu essa dualidade do setor saúde. O debate foi centrado na distribuição de responsabilidades entre os entes federativos e na avaliação crítica da questão sanitária do país, resultando na proposição de municipalização dos serviços de saúde (Lima, Fonseca, Hochman, 2005).

Fausto (2005) afirma que nessa época os municípios ainda não eram reconhecidos como instâncias planejadoras e executoras de políticas setoriais, ficando a cargo das secretarias estaduais a execução das políticas ditadas pelo governo federal. Desta maneira, poucos municípios possuíam rede de atenção à saúde própria.

Nos governos militares, as propostas descentralizantes foram postas de lado e reforçou-se a dualidade da política nacional de saúde. A contratação de serviços privados de saúde no âmbito da Previdência foi a estratégia adotada para a expansão da oferta pública de serviços, mediante convênios e credenciamentos. A ampliação da cobertura da previdência social consolidou-se com a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966 (Castro; Fausto, 2012).

O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando, assim, um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. Esse processo foi incentivado pelo Estado, que ofereceu condições favoráveis para o investimento privado no setor. O MS foi colocado em segundo plano por representar desacordo à modernização, ao atuar no âmbito coletivo e ser financiado pelo orçamento fiscal, sem visar o retorno monetário (Giovanella e Mendonça, 2012).

Segundo as autoras Giovanella e Mendonça (2012), é a partir do próprio MS que surge a proposta mais privatizante do sistema de saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS) de 1968. Esse plano pretendia vender para a iniciativa privada todos os hospitais governamentais, ficando o Estado apenas com a responsabilidade de financiar os serviços privados, que seriam também custeados em parte pelos pacientes. O plano foi experimentado em alguns lugares, mas encontrou resistência, principalmente dos

profissionais de saúde, além de representar ameaça a expansão da cobertura dos benefícios previdenciários.

Em 1969, foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), transformando-se no órgão de maior penetração rural no país, por meio do sanitarismo campanhista. A SUCAM era responsável pelo controle ou erradicação das endemias de Chagas, malária, esquistossomose e febre amarela e pelo desenvolvimento de campanhas contra a filariose, o tracoma, a peste, o bócio endêmico e as leishmanioses (Giovanella e Mendonça, 2012).

Nos anos 1970, surgiram novas concepções do processo saúde-doença que pretendiam articular outras dimensões na explicação das condições de saúde. Passou-se a considerar a determinação social na saúde dos indivíduos e da coletividade, atravessada pela atuação dos serviços de saúde, pela biologia humana, pelo meio ambiente e pelos estilos de vida. Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), ligados às escolas de medicina, destacavam-se como espaços de discussão dessas ideias.

A OPAS divulgava essas ideias, disseminando nos países latino-americanos os programas de medicina comunitária focalizados nas parcelas mais pobres da população, caracterizados por serem de baixo custo, simplificados e de participação popular.

Assim, a década de 1970 foi marcada pela expansão e crise do modelo médico-previdenciário. Com aumento do número de leitos e da oferta de serviços médico-hospitalares, mas também de aprofundamento da crise econômica, quando internacionalmente se discutia a determinação da infraestrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais (Giovanella e Mendonça, 2012).

Nesse momento, emergiram algumas experiências sanitárias locais baseadas em medicina comunitária introduzidas pelos DMP das universidades, como por exemplo, os municípios de Londrina, Campinas, Montes Claros, Paulínea e Niterói. Esses programas de integração docente assistencial eram comprometidos com a interiorização da prática médica e contribuíram para o debate sobre o modelo de atenção vigente, salientando a urgência de uma reforma do setor no plano nacional. Além disso, eram apoiados por agências internacionais (OPAS, Fundação Kellogg, Rockefeller) e não apresentavam vinculação com a política de saúde federal (Fausto, 2005).

As inúmeras experiências locais tiveram trajetórias diferenciadas, algumas delas seguindo exatamente o proposto pelas agências mantenedoras e outras em que o município pensava novas estratégias para atingir os seus objetivos. Essas iniciativas pautaram-se nas ideias de uma medicina simplificada, com extensão de cobertura e formação de um sistema integrado de saúde. As ações primárias desenvolvidas eram

gineco-obstetrícia, pediatria, puericultura, clínica geral, nutrição, controle de doenças transmissíveis, imunizações, ações de saneamento, educação em saúde, participação comunitária e epidemiologia.

A atenção primária, antes de ser considerada uma diretriz da política de saúde brasileira, surgiu aqui vinculada aos acordos de cooperação internacional que promoveram a medicina preventiva nas escolas médicas, e às propostas de planejamento em saúde que reproduziam o pensamento desenvolvimentista, predominante no país nos anos de 1960 e 1970.

O movimento sanitário brasileiro, influenciado por esses questionamentos e debates, surge como um movimento ideológico e uma prática política. Foi constituído pelos DMP das faculdades de medicina para confrontar o movimento preventivista liberal baseado no modelo americano e sua proposta pela burocracia estatal. Esse movimento teve suas ideias difundidas pelo Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES), que foi um importante ator nesse processo (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

Apesar das críticas ao regime militar, foi com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)⁵ de Ernesto Geisel que as políticas sociais passaram a ser atribuição do Estado e a dimensão social estava associada ao projeto de desenvolvimento econômico. Foi ainda nesse governo que se iniciou o processo de abertura política, concluído com o último presidente militar João Figueiredo (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

De acordo com Fausto (2005), o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi instituído em 1975, representando um esforço para definir diretrizes para uma política de direção única da saúde no país e criar um espaço de atuação que aliasse a assistência médica individual e medidas de alcance coletivo voltadas às populações mais carentes.

Nesse contexto, surgiram propostas de expansão da cobertura assistencial no plano federal, como o Plano de Pronta Ação (PPA), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que pretendiam focar em populações marginalizadas, desprovidas do acesso aos serviços sociais, considerando a área social importante para o alcance das metas de crescimento do país (Fausto, 2005).

O PPA, expedido em 1974 e regulamentado em 1975, normatizou as condições para expansão de cobertura dos serviços assistenciais, o que resultou num enorme

⁵ O Plano reconhece como áreas específicas em que o Estado deveria atuar por meio de políticas sociais: alimentação, saúde, educação, habitação, previdência, transporte e saneamento. Estas áreas envolveriam o financiamento, a produção e a distribuição dos serviços públicos sob a responsabilidade dos Ministérios da Educação, da Saúde, do Trabalho, da Previdência e da Assistência Social (Giovanella e Mendonça, 2012).

aumento na produção dos serviços assistenciais. O PIASS foi elaborado em 1976 e articulava recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para a construção de unidades básicas de saúde e financiamento dos convênios entre o MS e a Previdência Social e as secretarias municipais de saúde. Sua área de atuação era o Nordeste, locais considerados desinteressantes para a iniciativa privada. Por isso, não rompeu com a forma hegemônica no país de organização dos serviços, além de favorecer o crescimento das empresas de saúde (Giovanella e Mendonça, 2012).

Ocorreu em 1977 uma reorganização institucional dentro do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) dividindo as atribuições para os dois órgãos: o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Isso resultou novamente numa centralização do poder político, que aliada a baixa capacidade financeira e autônoma dos estados e municípios, minou quase que completamente a capacidade de manutenção de políticas sociais descentralizadas por esses entes governamentais (Noronha e Levcovitz, 1994).

Desta maneira, o projeto de reforma sanitária dos anos 1980 estava inserido num contexto de crise do modelo médico-previdenciário e de redemocratização do país, pautado no debate de democracia, de direitos de cidadania e no questionamento ao modelo de atenção à saúde vigente no Brasil.

A reforma sanitária propunha a reorganização do sistema de saúde, democratizando-o e contando com a participação popular, a universalização do acesso e a defesa de um sistema de caráter público e descentralizado. Além disso, compreendia a saúde de maneira ampliada para superar a visão biológica e ecológica do preventivismo.

Vale destacar que a proposta de atenção primária preconizada por Alma-Ata, apesar de consoante com o ideal da reforma sanitária, não foi considerada pelos integrantes do movimento, e que a ênfase na integralidade foi resultado de um movimento interno com pouca relação com as experiências internacionais (Fausto, 2005).

De acordo com Escorel (1999), a Reforma Sanitária brasileira era um projeto sustentado por estudantes, profissionais de saúde, professores de departamentos de medicina preventiva e social e técnicos dos ministérios setoriais, que defendiam a unificação do sistema de saúde e valorizavam o primeiro nível de atenção. Seus debates mantiveram a visibilidade do tema saúde nos primeiros anos da Nova República.

O PREV-SAÚDE foi formulado em 1981 para tentar desenvolver uma reforma no sistema nacional de saúde a partir da estratégia de universalização dos cuidados básicos. Esse programa não foi exitoso, pois atingia interesses divergentes e enfrentou resistências

nas burocracias estatais, oposição do segmento médico-empresarial e pressões do campo da medicina liberal (Fausto, 2005).

Segundo Mello e Viana (2012), a integração dos serviços de saúde só viria a se tornar um objetivo do MS na década de 1980 com o PREV-SAÚDE, que compreendia o homem em suas dimensões biológica, psíquica e social, ao oferecer na prática dos serviços de saúde as ações integrais de saúde, ou seja, a articulação de medidas prestadas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

Com o agravamento da crise financeira da Previdência, foi criado ainda em 1981 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de reduzir os custos da assistência médica e o déficit da Previdência Social. Para cumprir sua finalidade, estabeleceu dois programas: o sistema de atenção médico-hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS).

O Plano desenvolvido pelo CONASP previa uma alteração gradual do modelo de assistência médica previdenciária, estabelecendo: a racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar privada, a reorganização hierarquizada dos serviços ambulatoriais próprios e contratados, o estímulo a utilização da rede pública e serviços básicos de saúde, e a valorização do quadro próprio de recursos humanos (Fausto, 2005).

Esse Plano contribuiu para o rompimento com a tendência centralizadora na formulação de políticas ao estimular experiências locais. As Ações Integradas de Saúde ganham expressão nacional em 1985, no primeiro governo da Nova República, como estratégia para a reorientação do setor, a partir de convênios entre os três entes governamentais, e seus objetivos eram a integração interinstitucional, a descentralização e a democratização. Organizou-se, então, o primeiro nível de atenção por meio das unidades básicas municipais, que deveriam prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social (Giovanella; Mendonça, 2012).

A rede básica de saúde no setor público sofreu expansão com a adoção das AIS. Os Centros e Postos de Saúde se transformaram em estabelecimentos sanitários destinados a prestação de serviços básicos à população, não somente atividades de prevenção e a realização de exames periódicos, mas também atendimentos em clínica, pediatria e gineco-obstetrícia. No entanto, o tema da APS ainda não era destaque do setor no país. A agenda da reforma sanitária concentrava propostas mais amplas para a reformulação do sistema de saúde (Campos, 2006).

Nesse período, a implementação das AIS possibilitou a formação de um conjunto de alternativas de organização da atenção à saúde nos diferentes estados e municípios. Os municípios de Niterói, Campinas e Londrina se destacaram na construção de seus sistemas locais de saúde, tornando-se exemplos para as outras cidades (Noronha; Levcovitz, 1994).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual foram discutidas as diretrizes políticas da saúde. O resultado desta CNS foi a aprovação da unificação do Sistema de Saúde com definição do conceito ampliado de saúde e das bases financeiras do sistema.

Fausto (2005) destaca que na VIII CNS não foi enfatizada a APS como estratégia de reorientação da atenção à saúde. Naquele momento era importante concentrar esforços na garantia de uma proposta mais ampla que contemplasse a atenção primária, mas não como objeto central para a reformulação do sistema de saúde.

A partir de 1987, as AIS dão lugar aos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) como estratégia de redefinição da política de saúde no âmbito da Previdência. Os SUDS estruturaram instâncias de participação popular, fizeram a fusão de estruturas administrativas, implantaram os distritos sanitários e passaram o controle dos contratos, convênios e credenciamentos do INAMPS para o âmbito estadual (Fausto, 2005).

Segundo Noronha e Levcovitz (1994), o objetivo central do SUDS era contribuir para a consolidação de um sistema descentralizado e de direção única. Suas diretrizes eram a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Em síntese, o foco principal do SUDS foi a descentralização do sistema de saúde, ficando em segundo plano os mecanismos relativos a alteração do modelo de atenção. Em sua implantação, não havia definido o modelo assistencial que pudesse superar a dicotomia prevenção-cura e elevar a qualidade da atenção prestada pelas unidades de saúde (Fausto, 2005).

Durante o processo de implantação do SUDS, discutia-se na Assembléia Constituinte a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal (CF) de 1988, denominada constituição cidadã. A CF de 1988 representou um marco na história da saúde pública brasileira, ao reconhecer a saúde como direito social: “um direito social e

um dever do Estado garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal de 1988, art.196).

Na CF de 1988, o capítulo dedicado à saúde contempla as seguintes características do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade da cobertura; a equidade na participação no custeio; a descentralização das ações de saúde, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, priorizando as ações preventivas; a participação comunitária na gestão do SUS; a diversidade das bases de financiamento; o caráter suplementar do setor privado e importância do setor público onde o Estado tem poderes de regulação sobre ambos. Basicamente, o texto da saúde da Constituição seguiu as propostas formuladas na 8ª CNS.

Os anos seguintes à promulgação da CF foram marcados pela apreensão de quem desejou e lutou por um sistema de saúde mais justo e igualitário. A regulamentação do SUS ocorreu mediante a publicação da Lei Orgânica da Saúde – LOS (Leis 8080/90 e 8142/90), levando quase dois anos para ser formulada. Essa pausa no processo da reforma do sistema foi decorrente das mudanças políticas do governo Sarney e das medidas neoliberais do governo Collor (Fausto, 2005).

1.4 A atenção primária no Sistema Único de Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde visava à unificação da condução da política nacional de saúde e para isso responsabilizava os três entes governamentais. Ao nível federal, cabia a formulação e condução da política de saúde; o nível estadual era responsável pela gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação desta política de saúde, elaboração de plano diretor de saúde e prestação de serviços de abrangência estadual e regional; ao nível municipal, cabia a gestão dos serviços básicos de saúde, além de algum outro papel definido de acordo com as peculiaridades de cada caso (Brasil, 1990).

A implantação do SUS se dá no início dos anos 1990, com um rompimento no padrão de intervenção estatal no campo social, sendo a saúde considerada a primeira política social universal no Brasil, o que significou a ampliação do acesso de milhares de brasileiros às ações de saúde.

Entretanto, questões histórico-estruturais impuseram desafios à sua configuração tal como prevista no texto constitucional: a desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro, a herança do modelo médico assistencial privatista, a repercussão do conservadorismo de reformas no plano político e social em vários países na década de 1980 e o fortalecimento das ideias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

A década de 1990 foi marcada por tensão política e ideológica entre o neoliberalismo para a reestruturação da economia brasileira e a preservação do SUS. Os efeitos do rápido desenvolvimento tecnológico e a crise de estabilização econômica favoreceram o retorno das ideias liberais, que pregava que a redução e reconfiguração das funções do Estado, enquanto o SUS preconizava a intervenção estatal, com unificação da condução da política nacional de saúde.

Essa mudança no padrão de atuação do Estado interferiu nas possibilidades de concretização de algumas diretrizes constitucionais, limitando o processo de implantação do SUS. No governo Collor, observou-se uma estratégia agressiva de reforma administrativa, com desmonte de estruturas e demissão de funcionários (Machado, 2007).

Outro aspecto importante no contexto de implementação do SUS nos anos 1990 foi o avanço do processo de descentralização do setor saúde no país. O município torna-se o principal responsável, ainda que de modo lento, gradual e negociado, pela gestão da rede de serviços de saúde e pela prestação direta da maior parte das ações e programas de saúde. Um desafio nesse sentido é a heterogeneidade dos municípios brasileiros no que se refere às desigualdades sociais, regionais e capacidade de gestão do sistema (Bodstein, 2002).

O processo de descentralização do SUS seguiu as orientações das Normas Operacionais Básicas (NOB), sendo esta a única diretriz que não colidiu com o ideário neoliberal fortalecido na década de 1990, o que contribuiu para o avanço do processo (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Nessa década foram editadas três NOBs, que são portarias de caráter transitório do MS, ou seja, à medida que o processo de descentralização avança, elas podem ser reeditadas e substituídas por outra. Isso reforça o poder regulatório da direção nacional sobre o SUS. As NOBs abordam a divisão de responsabilidades, as relações entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para os estados e municípios (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

A NOB SUS 01/93 teve um papel fundamental no fortalecimento da municipalização, ao estabelecer condições de gestão crescentes (incipiente, parcial e

semiplena), que incentivava o aprendizado institucional e constituía importante instrumento para a melhoria da qualidade da gestão pública. Já a NOB SUS 01/96 buscava promover e consolidar a função de gestor da esfera municipal e a redefinição das responsabilidades na prestação de ações e serviços dos estados e da União; reorganizar o modelo assistencial; fortalecer a gestão do SUS e estabelecer vínculo entre o cidadão e o sistema de saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

A edição da NOB 96 e de algumas outras portarias modificaram a lógica de transferência de recursos do governo federal para a atenção primária ao instituírem o Piso de Atenção Básica⁶ (PAB), com uma parte fixa e outra variável. Isso representou a ênfase do governo federal na reorganização do modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica. A estratégia principal utilizada foi o aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Essa NOB provocou a aceleração do processo de descentralização e induziu a organização da atenção primária em dois diferentes modelos de organização da atenção à saúde: a rede tradicional de serviço ambulatorial baseada no atendimento médico especializado, nas ações de promoção e prevenção, e o PACS e PSF com estruturas próprias, basicamente destinadas às ações de promoção e prevenção da saúde, sem vínculo com a rede tradicional (Fausto, 2005).

Anteriormente o financiamento das ações de atenção primária era destinado principalmente para a produção de serviços, o que privilegiava os municípios com maior capacidade de oferta instalada. Essa situação é modificada com a adoção do PAB, com o repasse *per capita*. O componente fixo do PAB é destinado ao custeio de ações básicas de saúde, transferido pela União aos municípios, e a parte variável refere-se a incentivos específicos ligados à implantação de determinados programas recomendados pelo MS⁷.

Essas transferências federais do SUS são as mais importantes fontes de receitas exclusivas da saúde para a maioria dos municípios brasileiros, incrementando o volume de recursos destinados à atenção primária e a redistribuição dos recursos federais de saúde para as diferentes regiões do país (Lima, 2007).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), o incentivo do PAB estimulou o debate nos municípios sobre a necessidade desse nível de governo organizar e gerenciar seus

⁶ A utilização do termo atenção básica no incentivo financeiro criado deve-se à grande resistência ao termo atenção primária que havia na época, que era associado aos movimentos ocorridos na América Latina, inspirados numa abordagem focalizada, imposta pelas agências de financiamento internacional.

⁷ Os recursos são repassados por transferências intergovernamentais na modalidade fundo a fundo - do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. O PAB variável incentivava os municípios que adotassem não somente o PACS e o PSF, mas também os programas de saúde bucal, de assistência farmacêutica básica, de combate às carências nutricionais, de combate a endemias e de vigilância sanitária (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

serviços, intensificando o processo de municipalização da atenção à saúde. A descentralização dos serviços básicos aumentou a demanda por serviços de outros níveis de atenção, o que também precisou ser discutido pelos secretários municipais de saúde.

Assim, em termos normativos, a atenção primária à saúde ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da NOB 96, associando-se às estratégias de regulação da descentralização e indução federal da reformulação do modelo de organização da atenção à saúde nos municípios. Entretanto, destaca-se a existência de políticas precursoras tais como o estabelecimento do PACS em 1991 e do PSF em 1994⁸.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna. Tal programa teve caráter emergencial (combate e controle da epidemia de cólera) e visou dar apoio à assistência básica onde não fosse possível a interiorização da assistência médica (Castro; Fausto, 2012).

A criação do PACS representou a institucionalização de experiências locais de práticas dos agentes comunitários de saúde que vinham sendo desenvolvidas de forma isolada e focalizada em diferentes regiões do país (Viana e Dal Poz, 1998). Apesar dessas diversas experiências espalhadas no território brasileiro, o modelo desenvolvido no Ceará foi o que mais contribuiu para o desenho do programa nacional (Souza, 2002).

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) tiveram atuação relevante na definição do perfil do agente comunitário (idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, ter a capacidade de liderança e residir na comunidade há pelo menos dois anos) e na difusão dos princípios norteadores do programa nos municípios (Souza, 2002).

O PACS pode ser considerado como um programa que auxiliou na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, pois para estabelecer o convênio com a FUNASA era exigido que o município possuísse alguns requisitos, como o Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, uma unidade básica de referência com a disponibilidade de um enfermeiro para supervisionar os agentes comunitários.

A expansão do PACS se deu em contexto desfavorável, porque não havia consenso entre pesquisadores e técnicos sobre sua efetividade. A discussão naquele momento era relacionada aos seus aspectos de focalização e sua aproximação com a chamada medicina simplificada, e havia receio desse programa ser utilizado como estratégia eleitoral (Fausto, 2005).

⁸ Para a compreensão da trajetória do PACS e do PSF, recomenda-se a leitura dos seguintes trabalhos: Goulart, 2002; Viana e Dal Poz, 1998; Escorel et al, 2007; Giovanella et al, 2009; Mendonça, 2004.

Além disso, era necessário reconhecer que o modelo assistencial estava em crise para, de fato, ocorrer a consolidação do SUS, mediante o rompimento com o modelo tradicional e hegemônico no país, que era centrado na doença e exercido por uma medicina de alto custo, de forma verticalizada e restrita a parte da população. O reconhecimento dessa crise suscitou a necessidade de adoção de uma estratégia integrada aos municípios com a incorporação de recursos humanos e tecnologias nas ações de assistência. Nesse contexto, surge o Programa Saúde da Família (Fausto, 2005).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família, que causou impacto nos indicadores de saúde em algumas regiões, especialmente no Nordeste. O PSF objetivava a consolidação de um modelo assistencial pautado pela integralidade da atenção com enfoque na prevenção dos agravos e promoção da saúde, com ênfase na prestação do cuidado ao sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade.

O MS preconizava para o PSF a formação de equipes multiprofissionais (compostas por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) para atuarem em território delimitado. Cada equipe seria responsável pelo acompanhamento de, aproximadamente, mil famílias residentes numa área geográfica definida. As responsabilidades da equipe eram: conhecer as famílias do seu território; identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade; elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença; desenvolver atividades educativas e setoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados; e prestar assistência integral às famílias, no âmbito da atenção primária.

Esse modelo de atenção com foco na proteção e promoção da saúde por meio de uma assistência integral e contínua, centrado na família, foi influenciado por experiências como a do Programa Médico de Família, desenvolvido desde 1992, no município de Niterói (RJ); do Grupo Hospitalar Conceição, um programa de formação de médicos residentes e da Vila de São José do Murialdo, ambas em Porto Alegre (RS); e da experiência da Secretaria Estadual de São Paulo (Goulart, 2002).

Em 1995, o PSF ganhou destaque como projeto prioritário do governo Fernando Henrique Cardoso e passou a ser cada vez mais enfatizado pelo MS, como principal estratégia para a organização dos sistemas municipais de saúde a partir da atenção primária (Castro; Fausto, 2012).

A criação do PSF inovou na possibilidade de aliança política de saúde ao introduzir novos atores nos debates do setor: gestores locais, técnicos externos à área de saúde, como os de organismos internacionais como o UNICEF e associações de moradores. O apoio político passa a se constituir de representantes da comunidade, do

município e do Ministério da Saúde, numa tentativa de garantia da continuidade e do fortalecimento do programa.

Nesta etapa inicial, o PSF foi apoiado política e financeiramente pelo UNICEF até o ano de 1997 (Goulart, 2002). Posteriormente, para sua expansão, o programa contou com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, importantes agências de formulação de propostas e financiamento de projetos na área da saúde (Machado, 2007).

A fim de tornar o programa um marco de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, faz-se uma mudança na vinculação institucional do programa. Assim, a gerência do PSF desloca-se da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), buscando uma maior integração ao SUS ao ocupar um lugar de destaque dentro do MS. Com isso, há um aumento na cobertura populacional do programa com expansão na região Centro-Oeste e em municípios de médio e pequeno porte (Heimann e Mendonça, 2005).

Em 1997, o PACS foi acoplado ao PSF e o governo federal tentou resgatar a proposta das unidades básicas de saúde como a porta de entrada do sistema. A expansão do PSF prosseguia e no mesmo ano teve início a estruturação dos primeiros Polos de Capacitação, Formação e Educação permanente de pessoal em Saúde da Família. Esses Polos tinham o objetivo de sensibilizar as Universidades para repensar a formação de profissionais de saúde de acordo com o novo modelo de atenção apresentado (Machado, 2007).

Segundo Cohen (2000), a expansão do PSF em nível nacional foi facilitada pela qualificação dos recursos humanos para atuação na atenção primária, por meio dos Polos implantados pelo MS em todo o país. A criação dos Polos foi uma maneira de minimizar as lacunas do modelo de formação dos profissionais de saúde, considerado um desafio importante para a consolidação do PSF.

Mascarenhas e Almeida (2002) apontam que o Polo era uma proposta de articulação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior, e atuavam no treinamento introdutório dos profissionais inseridos nas equipes, na educação permanente em serviço e acompanhava a formação dos estudantes na graduação e na pós-graduação. Em 2000, já existiam 31 Polos em todo o país, financiados com recursos do Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS)⁹.

⁹ O projeto REFORSUS era financiado por meio de empréstimo internacional e tinha como objetivos: recuperar física, tecnológica e gerencialmente os estabelecimentos de saúde do país que prestassem serviços ao SUS; aprimorar a gestão de políticas e de sistemas de saúde; elevar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços (Brasil, 2002).

Em 1998, o então senador José Serra assume o Ministério da Saúde e enfatiza o PSF como estratégia¹⁰ para a organização do sistema de saúde, impondo metas para sua expansão. O MS publicou o Manual para Organização da Atenção Básica no mesmo ano, iniciando a implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Esse Pacto favoreceu a articulação entre os três entes governamentais em torno do mesmo objetivo e a união das diversas áreas programáticas que atuavam de forma segmentada dentro da SAS (Fausto, 2005).

Para a efetivação desse Pacto de Indicadores, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que armazenava os dados coletados de uma região e construía os indicadores populacionais. O SIAB representou uma potente ferramenta de gestão na implementação de políticas e avaliação da atenção primária.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) foi criado em 1999 e era dividido em três coordenações: a primeira para acompanhar as equipes de saúde da família e o desenvolvimento das responsabilidades da atenção básica; a segunda para executar os projetos de qualificação do processo de trabalho da atenção básica/PSF; e a terceira para acompanhar e avaliar o processo de reorganização da atenção básica, com ênfase no PSF (Souza, 2002). Em 2000, o DAB passa a ser subordinado à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), numa tentativa de articulação do PSF com os demais programas do MS.

De acordo com Escorel *et al.* (2007), a implementação do PSF apresentou-se de diferentes maneiras nos mais de 5.600 municípios brasileiros, o que demonstra as disparidades inter e intra-regionais e as grandes desigualdades sociais. Assim, esse processo foi acelerado nas cidades de pequeno porte e lento nos grandes centros urbanos, onde se encontram questões de maior complexidade, como a concentração demográfica, rede assistencial desarticulada e mal distribuída e elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde.

A Norma Operacional de Atenção à Saúde¹¹ (NOAS) foi editada pelo MS em 2001/2002 para reforçar a atenção primária como centro da política nacional de saúde, ao

¹⁰ Com o lançamento do documento do MS de 1997 intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, o PSF passa a ser entendido não mais como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas como uma estratégia estruturante da organização das atividades em um território definido, a fim de promover o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (Brasil, 1997). Mas somente em 2006 passa a ser chamado efetivamente de Estratégia de Saúde da Família. A diferença está basicamente no fato do termo programa estar relacionado a um tempo determinado, já estratégia trata-se de algo permanente e contínuo.

¹¹ A NOAS SUS 01/01 enfatizava a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção primária em todos os municípios a partir da identificação de áreas estratégicas de atuação (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e do diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). Instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde, onde o PAB teve o elenco de ações ampliado, passando a ser chamado de PAB ampliado - PABA (Fausto, 2005).

propor ações para qualificar e melhorar a sua capacidade resolutiva nos municípios brasileiros. Esse documento buscou a formulação de mecanismos indutores da formação de sistemas regionalizados e integrados dos serviços de saúde.

Para dar continuidade à expansão da PSF, focando em municípios com mais de 100 mil habitantes, o MS lançou em 2003 o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), acordo de empréstimo internacional entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), voltado para a organização e o fortalecimento da APS nos grandes centros urbanos do país, mediante a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços. Seu período de abrangência foi de 2002 a 2009, dividido em três fases: 1ª fase de 2002 a 2004, 2ª fase de 2005 a 2006, 3ª fase 2007 a 2009 (Giovanella; Mendonça, 2012).

As ações do PROESF foram divididas em três componentes. No componente 1 – Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde -, o desafio era a expansão do PSF para os grandes centros urbanos (municípios com mais de 100 mil habitantes). O MS aumentou o aporte financeiro transferido aos municípios por equipe de saúde da família implantada. Esse componente ainda incluía ações de modernização institucional, adequação da rede de serviços, fortalecimento dos sistemas de informação e avaliação e desenvolvimento de recursos humanos (Brasil, 2003).

O componente 2 – Desenvolvimento de Recursos Humanos - objetivava atuar na deficiência de profissionais qualificados para a atuação nesse modelo de atenção. Suas ações visavam capacitação e educação permanente, formação em Saúde da Família e apoio e monitoramento das atividades. Finalmente, o componente 3 – Monitoramento e Avaliação - foi destinado para apoiar à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho dos serviços de saúde (Brasil, 2003).

O PROESF representou uma importante contribuição para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no país, com aumento da cobertura da Saúde da Família de 54,9 milhões de pessoas em 2002 para 81,8 milhões em abril de 2006. A expansão também se refletiu em incremento do número de municípios com equipes de Saúde da Família, que passou de 4.161 municípios em 2002, para 5.038 em 2006, representando 90% dos municípios brasileiros (Brasil, 2008).

De acordo com Escorel et al (2002), pesquisas da época relataram que o PSF se apresentava como um programa focalizado nas populações mais carentes nos municípios de maior porte, mantendo-se paralelamente à rede tradicional de atenção, organizada para atender à demanda espontânea ou a programas assistenciais específicos.

Em 2006, considerando as evidências acima, o MS editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria nº 648/GM, mediante a qual ampliou o escopo e a definição de atenção básica, caracterizando-a como porta de entrada preferencial do SUS e nível de estruturação dos sistemas locais de saúde. Assim, redefiniu as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em suas diferentes modalidades, e legitimou a educação permanente dos profissionais (Brasil, 2006).

Pela Política Nacional de Atenção Básica (2006), a AB é designada como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização” (Brasil, 2006, p.10).

Essa definição demonstra a descentralização e capilaridade da AB, que ocorre o mais próximo possível dos usuários, a fim de responder às suas necessidades de saúde com agilidade e qualidade.

Segundo Castro e Fausto (2012), a publicação da PNAB em 2006 não significou mudança substantiva em relação à concepção adotada no governo FHC - a atenção básica abrangente que valorizava tanto a dimensão preventiva quanto a clínica. Porém, representou a ampliação da cobertura em 43,8% no número de equipes implantadas e de 30,5% da população cadastrada no programa.

Para qualificar o trabalho e ampliar a resolutividade das ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2008, o MS lançou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família¹² (NASF), que são constituídos por diversas categorias profissionais para atuarem em parceria com as equipes de SF, seguindo a lógica do apoio matricial, tendo como eixos de atuação a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que se pretende (Giovanella; Mendonça, 2012).

¹² O NASF é composto por oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica. A equipe do NASF oferece apoio às equipes de Saúde da Família mediante o atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, intervenções específicas dos profissionais do NASF aos usuários e famílias encaminhadas e ações comuns nos territórios desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família, outros setores governamentais e organizações (Brasil, 2008).

Em 2011, foi aprovada uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica com revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e para o PACS. Entre as diferenças encontram-se as equipes parametrizadas, ou seja, diferentes modalidades de equipes, que podem ser constituídas por mais de um profissional médico com carga horária diferente de 40 horas semanais e a definição de equipes para populações específicas (população de rua e populações ribeirinhas e fluviais). A PNAB 2011 ainda explicita o trabalho do NASF, a importância da educação permanente na capacitação das equipes de Saúde da Família e as estratégias de Academia da Saúde, Telessaúde e o Programa Saúde na Escola (Brasil, 2011).

Ainda no ano de 2011, foi criado pelo MS o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB), que instituiu um componente de qualidade no PAB variável relacionado ao desempenho das equipes. Esse desempenho é avaliado com base em um conjunto de critérios em processo de certificação que inclui uma autoavaliação e uma avaliação externa.

Essa iniciativa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas unidades básicas de saúde. A operacionalização do PMAQ se deu mediante a participação das instituições de ensino superior¹³, lideradas pelo DAB/MS, nas avaliações externas das equipes de atenção básica em nível nacional.

A adesão ao PMAQ AB se dá mediante a pactuação entre o gestor municipal e as equipes locais, mediante a contratualização de compromissos e indicadores. Depois de homologada a participação das equipes, o MS transfere ao município 20% do valor integral do componente de qualidade do PAB variável. O restante do valor será repassado de acordo com os resultados obtidos na avaliação do desempenho (Fausto e Fonseca, 2013).

Pode-se perceber que o Ministério da Saúde tem envidado esforços para o fortalecimento da APS por meio do aumento da cobertura da ESF e o acesso com qualidade aos serviços de saúde. Recentemente, o MS implementou tentativas de interiorização dos programas de saúde (o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB - e o Programa Mais Médicos), com incentivos aos profissionais para trabalharem em pequenos municípios, áreas em que há dificuldade de fixação de equipes.

¹³ As instituições de ensino superior convidadas para participarem do PMAQ AB foram: Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais e FIOCRUZ. O PMAQ AB está organizado em quatro fases: a adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização (Fausto e Fonseca, 2013).

Além da dificuldade de expandir a ESF nos grandes centros urbanos e de manter as equipes completas no interior do país, há outros obstáculos a serem enfrentados para que a ESF alcance seu objetivo central. O reconhecimento destes obstáculos significa uma importante contribuição para a reflexão crítica e construtiva sobre os rumos dessa estratégia e sobre sua inserção na rede de atenção à saúde.

Capítulo 2 – Metodologia

2.1 Abordagem e referencial de análise

Nesse estudo utilizou-se a abordagem qualitativa que melhor se aplica a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores e suas relações e para análises de discursos e documentos (Minayo, 2010).

Esta pesquisa se caracteriza ainda como um estudo de caso que, segundo Yin (2010), é uma estratégia da pesquisa social que possibilita preservar aspectos importantes da vida real. Este método deve ser escolhido quando as perguntas centrais do estudo incluem “como” e “por que”, e quando são analisados acontecimentos contemporâneos sobre os quais não há, ou há pouco controle do pesquisador.

Além disso, buscou-se reunir contribuições do campo da Saúde Coletiva e da Ciência Política para a análise da implementação do Programa Médico de Família em Niterói, uma experiência de política pública de saúde no âmbito municipal.

Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995) definem a política pública como um conjunto de disposições e medidas que demonstram a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas ao interesse público, com atuação sobre as realidades econômica, social e ambiental.

Essa concepção de política pública se aproxima das intenções deste estudo, devido ao seu enfoque na atuação do governo municipal. Entretanto, mesmo reconhecendo a capacidade de intervenção dos governos, admite-se que a produção de políticas públicas envolve diversos processos e atores (Souza, 2007). Assim, as políticas públicas expressam as orientações do Estado, envolvendo recursos, grupos de interesse, arenas, ideias e negociação (Viana & Baptista, 2008).

Diversos métodos e abordagens podem ser utilizados na análise de políticas públicas. Entre eles destaca-se o método denominado Ciclo da Política Pública, desenvolvido por Howlett e Ramesh nos anos 1990, o qual propõe o entendimento de cinco grandes fases que envolvem uma política: o reconhecimento do problema, que é a fase de entrada de um conflito na agenda política; a proposta de uma solução, fase de formulação da política; em seguida, a escolha por uma solução, que seria a fase da tomada de decisão; o momento de pôr uma solução em andamento, equivalente à fase de

implementação; e, por fim, o monitoramento de resultados ou fase de avaliação da política (Howler & Ramesh, 1995 apud Viana & Baptista, 2008).

Esse método é bastante útil, pois permite que uma fase seja estudada em profundidade, a partir do entendimento de que cada uma das etapas acima mencionadas possui especificidades e podem ser exploradas minuciosamente. Mas é preciso considerar que essas etapas não são estanques, podendo haver articulações entre elas ou superposições desses momentos (Baptista; Rezende, 2011). Por exemplo, admite-se que no processo de implementação, novos conflitos se tornam evidentes e decisões são tomadas para adequar a política à realidade local. Além disso, deve-se estar atento para o comportamento nem sempre previsível no processo de produção de políticas.

De acordo com Viana e Baptista (2012), é na fase de implementação que se descobre a potencialidade de uma política, reunindo-se novos atores e novos pactos, inseridos em um contexto distinto daquele no qual a política foi formulada. Ainda nesta fase, inicia-se um novo processo decisório, uma nova formulação da política, voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e não mais sujeita a intervenções dos grupos sociais que sustentaram a proposta anteriormente aprovada.

Admite-se que o processo de implementação do PMF reuniu diferentes atores com interesses e poderes distintos que conformaram processos particulares de construção dessa política. Vale ressaltar que o município possui histórico de participação nas discussões que envolveram a ampliação do direito à saúde no Brasil, a partir da segunda metade dos anos 1970. Além disso, o contexto federativo e o processo de descentralização favoreceram a formulação dessa política, ao reservar para a esfera municipal competências e responsabilidades na área da saúde. Sob este ponto de vista, o PMF apresenta características específicas de uma política de saúde desenvolvida em uma realidade local.

Este estudo também se apoiou nas contribuições do institucionalismo histórico¹⁴ para a elaboração do referencial de análise. Segundo esta abordagem, as instituições devem ser compreendidas de forma central nas análises relativas aos processos políticos e sociais. Desta maneira, torna-se imprescindível o reconhecimento das instituições envolvidas na implementação da política, identificando o conjunto de atores, as regras políticos-institucionais e o contexto socioeconômico e político no qual a política se

¹⁴ Hall e Taylor (2003) identificam três correntes de pensamento que surgem nos anos 1980 em contraposição ao behaviorismo influente nas décadas de 60 e 70. São elas: institucionalismo racional, institucionalismo sociológico e institucionalismo histórico. Neste estudo adotou-se o aporte teórico desta última corrente.

insere. Tais aspectos são considerados como fatores explicativos da forma como a política será conduzida no interior das instituições.

O institucionalismo histórico não estabelece grandes postulados definitivos ou teorias gerais, mas apenas teorias de médio alcance baseadas em afirmativas provisórias, que deverão ser testadas e alteradas a partir da realização de estudos históricos. Assim, é fundamental a incorporação das especificidades de cada situação histórica nas análises.

Segundo Marques (1997), o enfoque se dá em variáveis de nível intermediário, o que possibilita dar conta da variação histórica e conjuntural dos fenômenos e rejeitar pressupostos deterministas presentes em teorias globais como o marxismo, a teoria sistêmica e o funcionalismo. Dessa maneira, grandes estruturas (como a luta de classe) são mediadas pelas instituições (partidos, sindicatos etc.) e ganham formas históricas específicas.

Para Hall (2010), as instituições incluem regras, procedimentos consentidos, práticas operacionais padronizadas que servem para estruturar a relação entre os indivíduos nas várias unidades da política e da economia. Esta definição inclui regras formais e constrangimentos informais relacionados com códigos de comportamento e convenções em geral.

Deste modo, a condução do processo de implementação do PMF pelos atores, suas estratégias e projetos, será influenciada pelas regras normativas e construções cognitivas integrantes das instituições em diferentes escalas (nacional, estadual e municipal).

Peter Hall (2010, p.17) chama atenção para as coalizões de atores que sustentam as instituições e para a possibilidade de mudanças na institucionalidade de uma dada política caso haja alteração na composição desse grupo de apoio, “institutions are created by specific sets of social coalitions composed of actors powerful in the relevant arena, and that established institutions persist only as long as they retain an ample supporting coalition, even if some members of that coalition change over time”. Considerou-se aqui que o PMF foi mantido por uma coalizão de atores que sofreu mudanças ao longo de sua implementação, implicando em alterações no desenho e direcionalidade dessa política.

Os adeptos do institucionalismo histórico acreditam na importância do desenvolvimento histórico e defendem uma causalidade social dependente da trajetória percorrida, a *path-dependent*, segundo a qual forças ativas iguais produzem resultados distintos, pois são modificadas pelas características de cada contexto local, características essas herdadas do passado. Para Pierson (2004), o conceito de *path-dependence* significa que processos dinâmicos envolvem retroalimentação positiva (*positive feedback*). Nesses

processos, é essencial a sequência dos acontecimentos, porque gera diversas possibilidades de desfechos de acordo com a ordem temporal em que eles ocorrem.

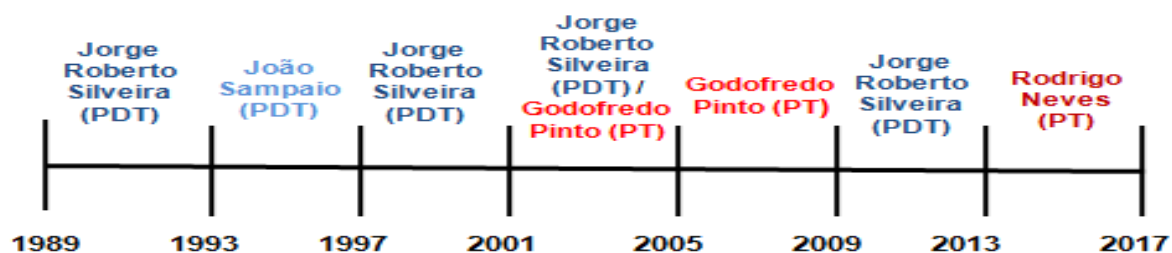
Pierson (2004), em suas reflexões sobre os processos de *positive feedback*, destaca duas propriedades que auxiliam a compreensão da condução da política do Programa Médico de Família em Niterói ao longo desses vinte anos. A primeira propriedade refere-se ao fato de que em certos contextos sociais, os custos para implementação de mudanças aumentam acentuadamente com o passar do tempo, implicando em restrições nas possibilidades de mudança. Neste estudo, postula-se que os custos de mudanças no PMF podem ter favorecido sua manutenção no município.

A segunda propriedade diz respeito à temporalidade como foco das análises, considerando que os eventos ocorridos anteriormente influenciam não somente os resultados, como também a trajetória de determinadas decisões na política. Neste aspecto, destaca-se a trajetória do movimento social da saúde do município para as tomadas de decisões que resultaram no Programa Médico de Família.

Viana (1997) afirma que as análises das políticas de saúde com foco institucionalista e político são aquelas que consideram que a identificação de atores-chave é essencial para a compreensão das decisões tomadas, uma vez que não há processos sem sujeitos. Esta abordagem facilita o entendimento das continuidades e das peculiaridades das políticas e permite entender atores políticos como objetos e agentes da história.

Considerando a importância da identificação de atores-chave para a compreensão das decisões tomadas e entendendo-os como agentes da história do PMF, foi elaborada uma linha do tempo das administrações municipais (Figura 1) na trajetória do programa, implantado em Niterói a partir de 1992. Percebe-se que o PMF foi sendo mantido por três gestões administrativas consecutivas conduzidas pelo mesmo partido no governo (PDT), o que lhe conferiu uma considerável estabilidade institucional.

Figura 1: Linha do Tempo dos Prefeitos da Cidade de Niterói 1989-2017



Fonte: Elaboração própria, 2015.

Assim, este estudo possui enfoque institucionalista e político, com ênfase nos processos de tomada de decisão e implementação de uma política pública, destacando a importância das instituições estatais na produção de políticas e na análise das relações de poder (Viana & Baptista, 2012).

A partir da abordagem do institucionalismo histórico e do enfoque na análise de implementação de políticas públicas, foi construído o quadro 1 abaixo que sistematiza as dimensões, bem como as subdimensões que nortearam a coleta de informações, a construção dos roteiros de entrevista e a análise documental. Tal matriz de referência conta com duas dimensões: contexto e institucionalidade do PMF.

Quadro 1: Dimensões e subdimensões para análise do Programa Médico de Família de Niterói

Dimensões	Subdimensões
Contexto	• História da conformação do sistema de saúde local • Características da gestão e da oferta de serviços de saúde
Institucionalidade do PMF	• Conformação inicial e inserção do PMF na política de saúde municipal • Características do PMF (objeto central/finalidade, diretrizes organizacionais, áreas e grupos populacionais beneficiados pela política, cobertura, modelo de gestão e de atenção, incentivos da política e mecanismos de financiamento) • Grupos de atores que dão sustentabilidade à política • Continuidades e mudanças na trajetória de implementação da política

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Como representado acima, a dimensão ‘contexto’ foi dividida em duas subdimensões que melhor caracterizam o ambiente político-institucional em que o Programa Médico de Família é desenvolvido. A primeira subdimensão diz respeito à história da conformação do sistema de saúde local e tem por objetivo resgatar a história de conformação do sistema de saúde do município estudado, lembrando o seu processo de formação e a sua participação nos debates do setor nos níveis local, regional e nacional.

A segunda subdimensão trata das características da gestão e da oferta de serviços de saúde, pois é importante conhecer as peculiaridades do sistema de saúde de Niterói para compreender o contexto em que é inserido o PMF.

Entende-se por institucionalidade tudo aquilo que se insere na vida institucional, sendo aferida pelas regras formais e informais de modo que as possibilidades de sua interrupção sejam reduzidas e de continuidades sejam aumentadas, com perspectiva de aumentos progressivos nos seus desdobramentos (Viana et al., 2007)

A dimensão Institucionalidade do PMF é constituída por quatro subdimensões que expressam o modo como essa política se insere na vida institucional. Considera-se necessário revisitar o passado e compreender a história de conformação do PMF (primeira subdimensão) e sua inserção na política de saúde municipal para explicar

algumas decisões recentes do gestor municipal frente ao cenário nacional da atenção primária.

A segunda subdimensão da Institucionalidade aborda as características desse programa: finalidade, diretrizes organizacionais, áreas e grupos populacionais beneficiados, cobertura, modelo de gestão e de atenção, incentivos da política e mecanismos de financiamento.

Durante as leituras, foram identificados diferentes grupos de atores que deram e dão ainda hoje sustentabilidade ao PMF, como os gestores municipais, os coordenadores do programa, os profissionais que trabalham como supervisores das equipes, os médicos de família, as Associações de Moradores e os docentes da Universidade Federal Fluminense (UFF). Por isso, criou-se uma subdimensão para abordá-los. Já a quarta subdimensão refere-se às continuidades e mudanças na trajetória de implementação da política do Programa Médico de Família de Niterói.

A análise da institucionalidade e da trajetória dessa política permitiu a divisão em dois momentos: o período compreendido entre 1992 e 2005 como o de início, consolidação e expansão do PMF, e o período de 2006 a 2014 como de mudanças e adaptações incrementais do programa.

2.2 Estratégias metodológicas

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa desenvolvida por meio da análise da implementação do Programa Médico de Família de Niterói. No âmbito desta pesquisa, foi realizada ampla revisão bibliográfica que subsidiou a discussão acerca dos temas envolvidos. Além disso, este trabalho envolveu análise documental e entrevistas semiestruturadas com atores relevantes na implementação da política no plano municipal.

Uma revisão bibliográfica preliminar foi realizada a partir do levantamento nas bases de dados disponíveis para acesso online, tais como Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), sobre temas relevantes como concepções e papel da atenção primária à saúde, trajetória da APS no Brasil, papel do gestor federal e do gestor municipal, descentralização da política de saúde e o PMF. Desta maneira, conseguiu-se uma aproximação com o tema central do estudo e os assuntos correlatos.

Em seguida, foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados BVS e Scielo com os seguintes descritores (DeCS): “medico de familia” or “saude da familia” and “Niterói”, apresentados no título, no resumo ou no assunto. Foram localizados 33 estudos, mas somente 12 atenderam aos objetivos da pesquisa pela leitura dos resumos, sendo quatro teses de doutorado e oito artigos científicos.

Com a combinação dos descritores “programa saúde da família” and “Niterói”, obtiveram-se 14 estudos, sendo somente dois artigos científicos diferentes dos encontrados na busca acima.

Além disso, sempre que possível foi solicitado aos entrevistados se eles teriam algum texto sobre o PMF para contribuir com a bibliografia desta pesquisa. O resultado final foram 23 trabalhos: cinco teses de doutorado, quatro dissertações de mestrado, 14 artigos científicos. Cabe ressaltar que apesar dessa quantidade, somente três trabalhos eram recentes (publicados nos últimos oito anos). Essa reduzida quantidade de estudos produzidos sobre a expansão do PMF nesta última década se constituiu como uma dificuldade da pesquisa em virtude da opção pelo recorte temporal.

A análise documental envolveu os principais documentos oficiais relacionados à condução da política ministerial de atenção primária à saúde. Dentre eles destaca-se a análise das portarias e instrumentos legais referentes à APS, a Política Nacional de Atenção Básica, relatórios do PROESF e o organograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Também foram utilizadas as bases de dados secundários como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/TABNET) e a Sala de Situação do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS) no qual são disponibilizadas informações sobre a cobertura do PMF, a quantidade de equipes atuantes pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Assim, foi possível fazer a análise da situação de saúde do município e compreender a implantação e expansão do PMF ao longo dos anos 2000.

Outra técnica para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada que tratou de aspectos gerais relacionados ao processo de implementação do PMF, como características da política de atenção primária à saúde do município e suas continuidades e mudanças, com ênfase nos anos 2000. Foi aplicado um roteiro semiestruturado para entrevista com estes sujeitos (ANEXOS).

As entrevistas foram realizadas com atores-chave, após mapeamento dos envolvidos com a política de saúde do município de Niterói, como gestores e

coordenadores do Programa Médico de Família, com destaque para aqueles relacionados ao Projeto Niterói e antigos profissionais da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Abaixo são apresentados os seis grupos de atores envolvidos com a implementação do PMF e a quantidade de entrevistas realizadas (quadro 2).

Quadro 2: Quantidade de entrevistas por grupos de participantes da pesquisa

Grupos de Participantes	Quantidade de Entrevistas	Identificação dos Participantes
Secretário Municipal de Saúde	2	S1 S2
Coordenador do PMF	2	C1 C2
Supervisor do PMF	3	SU1 SU2 SU3
Médicos do PMF	3	M1 M2 M3
Associação de Moradores	3	A1 A2 A3
Docente da UFF	1	D1
TOTAL	14	

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Por se tratar de uma política pública de saúde em implementação há 22 anos, foi importante selecionar atores que tivessem uma participação mais ampla, pessoas que tivessem atuação no PMF pelo menos nas duas últimas gestões municipais (Jorge Roberto Silveira – 2009 a 2012 e Rodrigo Neves – 2013 a 2016) e que pudessem oferecer elementos para a análise das continuidades e mudanças do programa.

Vale ressaltar que alguns dos entrevistados ocuparam posições distintas no decorrer da implementação do PMF, mas foi classificado levando-se em consideração o cargo ocupado no momento de realização da pesquisa.

Os entrevistados (médicos e supervisores) foram selecionados considerando o critério de tempo de trabalho no PMF superior a seis anos, já que a pesquisa enfatiza os anos 2000. As Associações de Moradores foram indicadas pelo presidente da Federação das Associações de Moradores de Niterói, buscando contemplar as zonas Norte, Praias da Baía e Pendotiba da cidade.

Foram entrevistados dois secretários municipais de saúde e dois coordenadores do PMF que ocuparam cargos nos anos 1990 e 2000. O docente da UFF entrevistado teve participação na implementação do programa, além de ter atuado ao longo de sua trajetória como preceptor de alunos e supervisor de equipes.

Ao todo foram catorze entrevistas que pretenderam considerar as diferentes visões dos atores envolvidos na implementação do Programa Médico de Família de Niterói. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS), por meio do qual foram informados da justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa, assegurando-lhes o direito de recusa de participação e de sigilo das informações fornecidas.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre maio e outubro de 2014. Vale destacar que os códigos atribuídos aos entrevistados com o objetivo de evitar sua identificação direta na apresentação dos resultados obedeceram a seguinte regra: inicial do grupo a que pertence e número correspondente à ordem de realização da entrevista. Por exemplo: M1 corresponde ao primeiro médico entrevistado; SU3 corresponde ao terceiro supervisor entrevistado; e S2 refere-se ao segundo secretário municipal de saúde entrevistado. A identificação dos participantes divididos por grupos pode ser vista no quadro 2.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e, posteriormente, transcritas e analisadas considerando as dimensões e subdimensões da pesquisa. Adotou-se o método de análise de conteúdo para o processamento das informações das entrevistas.

A análise de conteúdo segundo Bardin (2011) consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Sua intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção da mensagem. Ou ainda, compreender

criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

A análise procedeu-se da seguinte maneira: leitura geral das entrevistas e dos documentos; leituras e aproximações sucessivas das entrevistas; identificação de elementos mais recorrentes e relevantes a partir da visão dos atores envolvidos na implementação do PMF, organizando-os de acordo com as dimensões e subdimensões apresentadas no quadro 1; por fim, verificou-se a existência de convergências e divergências entre os entrevistados.

Os achados da pesquisa foram divididos em dois momentos da história do Programa Médico de Família: o momento de início, consolidação e expansão do modelo, compreendido entre 1992 e 2005, e o momento de mudanças e adaptações incrementais, de 2006 a 2014. Ressalta-se que algumas informações secundárias só puderam ser obtidas até o ano de 2013, devido ao momento de realização da pesquisa de campo.

O trabalho de campo obedeceu à prévia apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), apresentando conformidade, segundo parecer 615.308, com o previsto na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, e dos direitos e deveres da comunidade científica, do sujeito da pesquisa e do Estado, por meio dos quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (Brasil, 2012).

2.3 O Cenário da pesquisa

O município de Niterói, que na língua tupi significa “Água Escondida”, foi fundado em 22 de novembro de 1573, mas só ganhou esse nome em 1835. Tem como limite ao norte o município de São Gonçalo, ao sul o Oceano Atlântico, a leste o município de Maricá e a oeste a Baía de Guanabara, que é a sua divisa com a cidade do Rio de Janeiro.

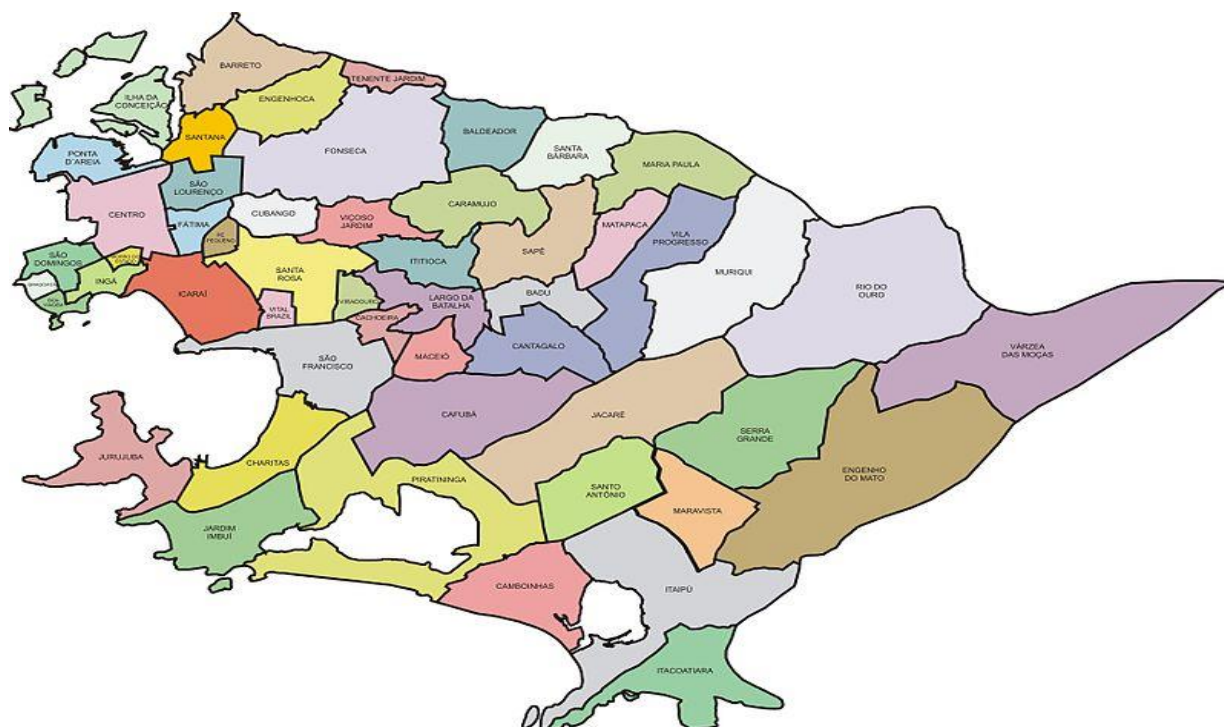
Ao longo de sua história, Niterói já foi palco de importantes serviços para o estado por ter sido capital provisória da Província do Rio de Janeiro e também sede do antigo estado do Rio de Janeiro (desde a primeira metade do século XIX até 1975). Em 1975, ocorreu a fusão do Estado da Guanabara com o antigo estado do Rio de Janeiro e Niterói

perdeu o status de capital, mas manteve suas características e infraestrutura daquele período, o que lhe garantiu um papel de destaque entre os municípios do estado.

Nos anos 1970, foi construída a Ponte Rio-Niterói, uma ponte de 13 quilômetros sobre a Baía da Guanabara, ligando a cidade até o município do Rio de Janeiro, cujo trajeto até então só era possível por transporte hidroviário. Isso representou um importante marco para o crescimento econômico da cidade e sinal para o redirecionamento de investimentos públicos, da especulação imobiliária, da infraestrutura e ocupação de bairros da Região Oceânica.

Atualmente, Niterói é uma cidade de médio porte, inserida na Região Metropolitana II do Plano Diretor de Regionalização da Saúde do estado do RJ¹⁵, que ainda inclui os municípios de São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim. Segundo o Censo Demográfico de 2010, Niterói possuía 487.562 habitantes, sendo 53,7 % do sexo feminino, numa área de 133.916 quilômetros quadrados, com densidade demográfica de 3.640,80 hab/km². A cidade é dividida em 52 bairros (figura 2).

Figura 2: Divisão de Niterói em Bairros.



Fonte: Wikimedia Commons, 2013. Disponível em: <http://commons.wikimedia.org/wiki/Niteroi> Acesso em 10 de outubro de 2014.

¹⁵ Atualização do Plano Diretor de Regionalização 2012/2013. Disponível em: www.saude.rj.gov.br/plano-diretor-de-regionalizacao. Acesso em: 05 de dezembro de 2014.

- *Praias da Baía* - Boa Viagem, Cachoeira, Centro, Charitas, Fátima, Gragoatá, Icaraí, Ingá, Jurujuba, Morro do Estado, Pé Pequeno, Ponta d'Areia, Santa Rosa, São Domingos, São Francisco, Viradouro e Vital Brazil.
- *Norte* - Baldeador, Barreto, Caramujo, Cubango, Engenhoca, Fonseca, Ilha da Conceição, Santa Bárbara, Santana, São Lourenço, Tenente Jardim e Viçoso Jardim.
- *Região Oceânica* - Cafubá, Camboinhas, Engenho do Mato, Itacoatiara, Itaipu, Jacaré, Jardim Imbuí, Maravista, Piratininga, Santo Antônio e Serra Grande.
- *Pendotiba* - Badu, Cantagalo, Ititioca, Largo da Batalha, Maceió, Maria Paula, Matapaca, Sapê e Vila Progresso.
- *Leste* - Muriqui, Rio do Ouro e Várzea das Moças.

PREFEITURA
NITERÓI
URBANISMO E MOBILIDADE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI
SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO E MOBILIDADE
DEPARTAMENTO DE URBANISMO
REGIÕES DE PLANEJAMENTO

The map displays the city of Niterói, Rio de Janeiro, divided into various urban planning regions. The legend identifies the following:

- Linha de Bairros (Neighborhood Line)
- Vias (Roads)
- Região Leste (East Region)
- Região Norte (North Region)
- Região Ocidental (West Region)
- Região Península (Peninsula Region)
- Região Praia da Baía (Bay Beach Region)

Geographical features include the **RIO DE JANEIRO**, **BÁIA DE GUANABARA**, and **OCEANO ATLÂNTICO**. Neighboring municipalities are labeled as **SÃO GONÇALO** and **MARICÁ**.

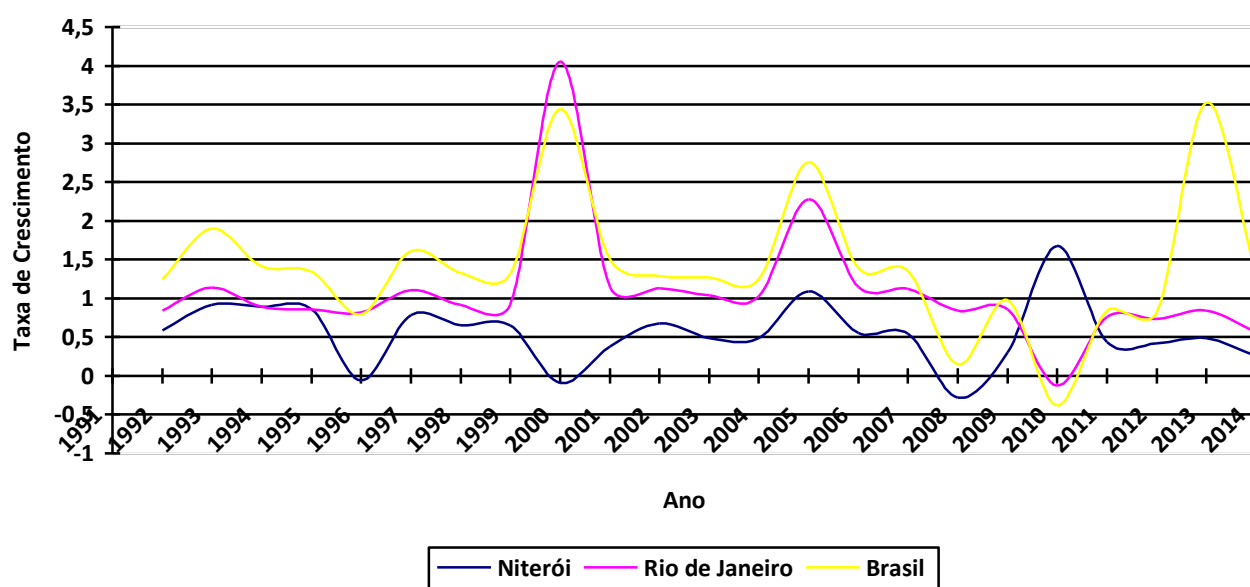
A scale bar indicates distances from 0 to 10 Kilômetros. The map includes coordinates along the edges and a north arrow.

Escala Original 1:35.000
DATUM: WGS84

64

No Censo Demográfico do IBGE de 1991, a população de Niterói era de 436.155 pessoas e a estimativa populacional para o ano de 2014 foi de 495.470 habitantes. Observa-se na figura 4 que a população de Niterói apresenta crescimento lento quando comparado ao estado e ao país, com taxas de crescimento negativas nos anos 1996, 2000 e 2008, porém teve taxa superior aos dois no ano de 2010. Esse crescimento ainda não permite classificar o município como de grande porte populacional, pois ainda não atingiu a faixa dos 500 mil habitantes.

Figura 4: Taxa anual de crescimento relativo da população de Niterói, do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010; Contagens Populacionais de 1996 e 2007. 1992-1999, 2001-2014: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais. Acesso em setembro de 2014.

Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD¹⁶ (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Niterói em 2010 (0,837) foi considerado muito alto, o que diferencia a situação socioeconômica do município no estado do Rio de Janeiro e no país. A cidade apresentou ainda taxa de mortalidade infantil de 12,90 por mil nascidos vivos, menor que a média do estado e a do país, e esperança de vida ao nascer de 76,23 anos, superior à média estadual e nacional (IBGE, 2010).

A Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ) publicou em 2011 um relatório intitulado “Estado

¹⁶ Dados referentes ao ano 2010: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – estado do Rio de Janeiro: 0,761; Mortalidade Infantil - estado do RJ: 14,15, Brasil: 16, 70; Esperança de vida ao nascer – estado do RJ: 75,10, Brasil: 73,94.

do Rio de Janeiro – um balanço da década”, em que apresenta alguns dados socioeconômicos do estado. Niterói é o quinto município mais populoso do estado, apresentando uma taxa de 100% de urbanização e a maior taxa de envelhecimento do estado entre os anos de 2000 e 2010 (103,0 %).

Niterói é um dos principais centros financeiros, comerciais e industriais do estado do Rio de Janeiro, sendo a 12ª entre as 100 melhores cidades brasileiras para negócios e vem registrando um alto índice de investimentos imobiliários e comerciais na cidade por sua proximidade geográfica com a capital do estado e pelo intenso desenvolvimento de atividades de exploração de petróleo *offshore* na Bacia de Santos e na Bacia de Campos (CEPERJ, 2011).

Segundo dados do IBGE (2010), o Produto Interno Bruto (PIB) nominal de Niterói foi de 11,2 bilhões de reais, o que classifica a cidade como quinto lugar entre os maiores PIB do estado, depois da capital, de Duque de Caxias, Campos dos Goytacazes e Macaé, além de ser o 45º município mais rico do Brasil.

A cidade possui um complexo arquitetônico de arte e cultura de caráter popular, o Caminho Niemeyer, projetada por esse famoso arquiteto, com sete equipamentos urbanos, sendo o Museu de Arte Contemporânea o mais importante deles. Esse complexo atrai turistas para o município, que também é procurado por suas praias, principalmente a de Itacoatiara; seus Fortes, que preservam a história da fundação de Niterói; os polos gastronômicos do Jardim Icaraí, da orla de São Francisco e Charitas e o Mercado de São Pedro; o Parque da Cidade, importante área para atividades esportivas, como trilhas, ciclismo, saltos de parapente e de asa delta.

A Universidade Federal Fluminense é um equipamento social de destaque da cidade e está muito relacionada com a história de Niterói e seus serviços, atraindo também muitos alunos para os seus cursos.

Quanto a oferta de serviços de saúde, Niterói possui uma farta rede de unidades de saúde, com um total de 350 estabelecimentos de saúde, sendo quatro federais, cinco estaduais, 61 municipais e 280 da rede privada. Alguns desses estabelecimentos são heranças da época em que Niterói foi a capital do Estado - de 1835 a 1975 (IBGE, 2010).

Segundo consulta no CNES, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói mantém 74 unidades, compreendendo 32 unidades de Saúde da Família, duas clínicas comunitárias da família, oito Unidades Básicas de Saúde, quatro Centros de Atenção Psicossocial, um Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses, 11 policlínicas de especialidades, um laboratório central de saúde pública, nove bases do

Serviço de Atendimento Móvel a Urgência, uma unidade municipal de urgência, e cinco hospitais, sendo uma maternidade.

Mesmo com todos esses serviços de saúde, em abril de 2010, houve uma grande tragédia na cidade, em que aproximadamente 200 pessoas morreram após as chuvas que causaram o desabamento das encostas do Morro do Bumba¹⁷. As casas do local foram construídas em cima de um lixão desativado, num terreno fragilizado, que não suportou a quantidade de chuvas. As pessoas que sobreviveram foram alocadas provisoriamente em escolas municipais até ser construído o conjunto habitacional no mesmo bairro. Destaca-se aqui a colaboração do Programa Médico de Família da região para a identificação e contagem das famílias, por possuir relação bastante próxima com a população e dados atualizados.

Após o deslizamento do Morro do Bumba, o município enfrentou outro problema: o crescimento acelerado e desordenado que teve início na década dos anos 2000, impulsionado pela chegada de novos moradores, provenientes da cidade do Rio de Janeiro. O motivo dessa emigração foi para fugir dos altos índices de violência urbana. Por isso, bairros como Icaraí registraram um aumento exponencial de construções de prédios de condomínios e também bairros afastados da Região Oceânica e de Pendotiba tiveram crescimento populacional.

Com o crescimento populacional desordenado, Niterói esbarra com as dificuldades e os desafios em manter uma infraestrutura adequada de habitação, transporte, educação e saúde que dê conta de sua população. Por isso, a Prefeitura tem reunido esforços para discutir de forma participativa com a população o crescimento das regiões como, por exemplo, o Plano Urbanístico Regional de Pendotiba¹⁸.

¹⁷ Matéria do acervo do jornal O Globo publicada em 12 de abril de 2010, com o título “Prefeito de Niterói diz que tragédia no Morro do Bumba foi desastre natural”. Disponível em: <http://m.oglobo.globo.com/rio/prefeito-de-niteroi-diz-que-tragedia-no-morro-do-bumba-foi-desastre-natural-que-nao-e-3025270>. Acesso em 20 de janeiro de 2015. Matéria do acervo do jornal BBC, versão em português, publicada em 08 de abril de 2010, com o título “Deslizamento em Niterói pode ter deixado 200 soterrados”. Disponível em: www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/04/10040. Acesso em 20 de janeiro de 2015.

¹⁸ O Plano Urbanístico Regional de Pendotiba versa sobre os padrões urbanísticos desta região da cidade. Sendo assim, a população poderá participar de uma consulta pública para contribuir para a qualidade de vida dos bairros da região e ajudando a construir uma cidade mais sustentável. Para maiores informações, acessar <http://urbanismo.niteroi.rj.gov.br/pur-pendotiba-consulta-publica/>

Capítulo 3 – O Contexto de Niterói

3.1 A conformação do sistema de saúde local: experiências iniciais nos anos 1970 e 1980

Na década de 70, Niterói constituiu sua rede de saúde inspirada na estratégia de APS preconizada pela OMS (cuidados primários à saúde), com maior autonomia do município na gestão e execução da saúde e a criação de Distritos Sanitários, experiência essa que se apresentava como pioneira da descentralização do setor no país (Mascarenhas e Almeida, 2002).

A experiência de dividir a cidade em regiões, os distritos¹⁹, dava ao município melhores condições de planejamento das suas ações de saúde, ao possibilitar um olhar mais detalhado para as necessidades em saúde de um território menor. Além disso, os Distritos tinham papel importante na articulação intersetorial e na reorganização dos serviços, em busca da eficácia, equidade e democratização do setor (Silva Júnior, 1993).

A Secretaria de Saúde e Ação Social de Niterói foi criada em 1975 pelo Decreto 2.194 (Niterói, 1975). O médico Waldenir de Bragança, professor do Departamento de Saúde da Comunidade da Faculdade de Medicina da UFF, foi convidado para assumir o cargo de secretário de Saúde e Assistência do município.

No mesmo ano, após a independência de Angola, alguns cidadãos portugueses vieram para o Brasil. Temia-se que esses imigrantes trouxessem com eles a cólera. A solução dada foi alojar os angolanos num clube sob a guarda sanitária. Segundo Santiago (2010), o Secretário Estadual de Saúde da época e o prefeito resolveram municipalizar a saúde em Niterói para tornar mais dinâmico o atendimento, responsabilizando a prefeitura pela administração e a Secretaria Estadual pelo pagamento dos servidores e manutenção das dependências médicas.

Já no ano de 1976, Niterói continuava se destacando no estado pela organização do seu sistema de saúde local. Possuía seis postos de saúde, dos quais cinco eram administrados pela prefeitura (Santiago, 2010).

¹⁹ A perspectiva dos Distritos Sanitários dos anos 1970 difere conceitualmente da proposta institucionalizada na década de 1990. A ideia de dividir o município em Distrito Sanitário só foi consolidada pela Lei Orgânica da Saúde em 1990 como forma estratégica de responsabilizar e reavaliar as políticas de saúde a nível local (Brasil, 1990).

Com a fusão dos antigos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara em 1975, a capital passou a ser a cidade do Rio de Janeiro. Assim, Niterói por não ser considerada mais como município do interesse da segurança nacional²⁰ conseguiu realizar a eleição direta para a sua Prefeitura, em 15 de novembro de 1976. Foi eleito pelo voto popular o candidato do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), Wellington Moreira Franco, que governou o município de 1977 a 1982 (Santiago, 2010).

Segundo entrevista realizada com um coordenador do PMF, por ser sociólogo, Moreira Franco possuía atuação diferenciada dos demais, *“ele tinha toda uma leitura da realidade municipal que não era só a do político por experiência da gestão da coisa pública, mas também por ter uma formação vinculada às Ciências Sociais. Ele convidou o professor Tomassini, que era um médico com trajetória muito ligada a questão da saúde pública”* (C2).

O prefeito Moreira Franco pediu ao médico e professor do Departamento de Saúde da Comunidade da UFF, Hugo Coelho Barbosa Tomassini, que fizesse um estudo sobre as necessidades de saúde na cidade. Logo depois, Tomassini assumiu a Secretaria de Saúde e Assistência. Durante quatro meses, o secretário de saúde percorreu a cidade com sua equipe formada por diferentes profissionais e conseguiu mapear as áreas de carências por meio de entrevistas com diversas lideranças comunitárias.

O resultado desse estudo foi o Plano de Ação 77-80 elaborado por uma equipe multiprofissional liderada por Tomassini, no qual a saúde era considerada como uma “realidade complexa, na qual intervêm inúmeras variáveis e, ecologicamente, como um processo permanente e dinâmico de relacionamento do homem com o meio ambiente que o circunda”. Tal plano visava à melhoria da qualidade de vida da população de Niterói (Santiago, 2010).

De acordo com a entrevista abaixo, o participante relembra o caráter inovador do Plano de Ação, considerado a origem do Plano Niterói:

O compromisso era fazer o plano de ação para o município de Niterói, a origem do Plano Niterói. Esse planejamento abria para outras vertentes de explicação que não somente a relação saúde-doença, tinha todo o aspecto socioeconômico, o aspecto histórico, e agregava a isso as condições objetivas de vida da população local, em seus diferentes segmentos e estratos, capacidade instalada, tipo de atendimento

²⁰ Segundo a Lei nº 5449, de 1968, os municípios considerados de segurança nacional só poderiam escolher seus vereadores no período da Ditadura (Brasil, 1968). Tal decisão visava realizar um conjunto de determinações políticas e econômicas que, de certa forma, reduziu os direitos civis e políticos dos cidadãos em nome da ordem e da segurança nacional.

prestado à população. O planejamento foi entregue ao prefeito, e ele adotou. (C2)

O plano acima citado provocou mudanças não somente na forma de entender o conceito de saúde, mas também na estrutura da Secretaria que passou a se responsabilizar por unidades de saúde, porque até então cabia a ela a administração de três cemitérios.

Uma ação importante para operacionalizar essas mudanças foi a “ida de Tomassini ao campo”, que possibilitou a identificação no município de áreas carentes quanto à localização, ausência de serviços de saúde e população de baixa renda. A intenção era implantar uma rede de unidades municipais de saúde, responsável por ações básicas de saúde, saneamento e promoção social (Santiago, 2010).

O Plano seguia algumas características gerais, como a regionalização, a hierarquização dos serviços, o aumento da cobertura, a coordenação interinstitucional, participação comunitária, equipe polivalente, integralidade da atenção à saúde, financiamento multilateral²¹. Possuía também três programas-meios, a saber: administração geral, instalação e construção de unidades de saúde, promoção social e treinamento de recursos humanos.

Após a realização do diagnóstico das necessidades locais, a primeira atividade foi o treinamento dos agentes de saúde, considerados como elos fundamentais para a implementação dessa política. Esses agentes eram moradores de comunidades e foram treinados pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde para atuarem de forma simultânea na prevenção e no tratamento, em discordância ao modelo federal que separava a prevenção do tratamento, conforme a Lei 6229/75 (Brasil, 1975).

Segundo Santiago (2010), essas ações só foram possíveis porque o município teve seus recursos aumentados de 1,2% para 7% devido ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)²², o que possibilitou programar a construção de quatro unidades de saúde por ano.

²¹ Visando melhorar a qualidade de vida da população, o Plano de Ação teria financiamento multilateral por meio de: integração de planos de aplicação de recursos intersetoriais sobre as áreas definidas como prioritárias; articulação horizontal de recursos financeiros de órgãos públicos e privados, federais e estaduais, que atuassem nessas áreas; e captação e aplicação de recursos disponíveis, em fontes internas e externas, de recursos da saúde ou de outros setores, que assegurem a realização de programas destinados à melhoria de qualidade de vida do cidadão niteroiense (Poz; Costa; Tomassini, 1981).

²² O FAS foi criado em 1974 para atender ao financiamento das políticas de saúde, educação, saneamento, trabalho, assistência social e outros. As fontes que financiavam o Fundo eram a receita dos concursos de prognósticos e os saldos operacionais da Caixa Econômica Federal. Os recursos deveriam ser destinados preferencialmente aos projetos de interesse público ou privado naquelas áreas. Na saúde, o financiamento do FAS visava a construção de mais estabelecimentos de saúde para atender à demanda crescente por assistência médica, pois a população economicamente ativa e o setor formal do mercado de trabalho haviam crescido, possibilitados pelo crescimento econômico dos anos do milagre (Mansur, 2001).

O município não contava com uma rede própria de atendimento à saúde, quem a possuía era o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social, que atuava voltado para a clientela previdenciária, ou seja, uma parcela considerada da população era excluída, não tinha direito a nenhum tipo de atendimento oficial. A Secretaria de Estado, por sua vez, desde a década de 50, tinha alguns postos de saúde sediados em Niterói. A população do município identificava como serviço público o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da UFF, que apesar de não ter o perfil de atendimento primário, acabava abarcando a maioria dos atendimentos, porque era o único com capacidade para atender da consulta até a cirurgia mais sofisticada.

O Plano de Ação 77-80 salientou uma deficiência do município, que poderia implicar na não efetivação dos objetivos do plano:

Nós detectamos a necessidade imediata da prefeitura começar a ter uma rede própria de atendimento à saúde. E aí nós fizemos todo um planejamento para a criação de rede de atenção básica de saúde. Planejamos inicialmente cerca de vinte unidades básicas de saúde, espalhadas pelos diferentes bairros de Niterói. Então essa seria a rede de atendimento do município, com administração municipal, com recursos municipais, oriundos do orçamento do município. (C2)

Então, inicia-se o processo de planejamento e organização de uma rede de saúde em Niterói, num contexto em que planejamento era um conceito recente nas discussões do setor, e como tal causava opiniões divergentes. Porém, o município teve seu momento de referência nacional ao se tornarem conhecidos os resultados do Plano de Ação, mesmo com reduzido apoio dos governos estadual e federal, e por manter coerência com os debates internacionais, pois suas práticas eram convergentes aos preceitos de Alma-Ata.

Tomassini assumiu a Secretaria, que antes só cuidava de cemitérios, e passou a construir um sistema de saúde local, com base nos postos de saúde. O diferencial da sua gestão foi a estratégia de articulação com a comunidade por meio de sua inserção no projeto, pois acreditava ser relevante a participação comunitária na intervenção de sua própria realidade sanitária (Santiago, 2010).

Para estimular ainda mais a participação da comunidade, em junho de 1977, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu o Primeiro Curso de Agentes de Saúde Pública. Esse curso visava formar pessoas das comunidades onde existiam unidades básicas de

saúde e era realizado mediante a articulação com as Associações de Moradores e lideranças locais.

A organização da rede local de saúde por meio da integração com a população era uma estratégia para dinamizar os movimentos sociais da cidade. Reuniões semanais eram realizadas com representantes da gestão e profissionais das unidades de saúde em espaços da própria comunidade para avaliação das ações de saúde. Desta maneira, a população utilizava mais intensamente as unidades de saúde.

Ainda em novembro de 1977, o Decreto Municipal nº 3.022 modificou o nome da secretaria para Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social (SMSPS), nome que refletia melhor o novo espírito de atuação da instituição. Nesse mesmo mês, foi promovido o Segundo Curso de Agentes de Saúde Pública (Niterói, 1977).

O ano de 1978 foi marcado por muitos avanços na consolidação do sistema de saúde de Niterói. Foi criado o Conselho Municipal de Saúde e foram realizados o terceiro e o quarto Cursos de Agente de Saúde Pública. O município participou ainda do I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste, que aconteceu em Campinas com a presença de 60 municípios de 16 Estados.

Em 1979, a SMSPS de Niterói promoveu o II Encontro Municipal do Setor Saúde, com a participação de 67 municípios de 13 Estados. Tal encontro reacendeu os debates em torno das políticas municipais de saúde, relatando as dificuldades locais enfrentadas (Goulart, 1996).

Concomitante ao processo de implantação do Plano de Ação 77-80, aconteciam alguns movimentos organizados por profissionais de saúde da UFF, do INAMPS, da Secretaria Estadual de Saúde e Higiene (SESH), da SMSPS de Niterói e grupos comunitários ligados à Federação de Associação de Moradores de Niterói (FAMNIT), que denunciavam as más condições de vida da população e os problemas do sistema de saúde (Mascarenhas; Almeida, 2002).

Segundo Escorel (1999), esses movimentos foram responsáveis por experiências de integração de serviços de saúde com a comunidade e a universidade, constituindo importantes espaços de discussão e articulação política no município, e possuíam ligação ao chamado “Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira”.

O prefeito Moreira Franco mudou de partido em 1980, passando de MDB para o Partido Democrático Social (PDS). Isso desestabilizou a harmonia administrativa e política que havia na SMSPS, culminando na exoneração de Hugo Tomassini e de vários profissionais da sua equipe. Ao final de sua gestão, haviam sido formados 23 agentes de saúde distribuídos pelas cinco unidades de saúde (Santiago, 2010).

Em seguida, Nédio Mocarzel, que era secretário da Associação Médica Fluminense, assumiu por um ano a SMSPS. Ele proibiu reuniões dentro das unidades de saúde e nas comunidades e optou-se pela lógica mais assistencialista de cuidado. Era o retorno ao modelo mais tradicional de assistência à saúde.

O prefeito eleito do município de 1983 a 1988, Waldenir Bragança, era médico e professor da UFF e já havia ocupado o cargo de Secretário de Saúde. Durante o seu mandato, assumiram a Secretaria de Saúde os médicos Miguel Ângelo D'Elia (1983-1984) e Heitor dos Santos Braga (1984-1988). Nesse governo, a secretaria contava com treze unidades municipais de saúde e foram criados três Serviços de Pronto Atendimento (SPA), que dividiam o atendimento de Emergência do município com o HUAP.

Nos anos de 1986 e 1987, Niterói sofreu com dois surtos epidêmicos de dengue. Em 1986, apresentou taxa de incidência de 664,45 casos/100.000 (Marzochi, 1987). A Secretaria Municipal de Saúde apoiou suas ações na estrutura de funcionamento das Ações Integradas de Saúde, implantadas por meio do Projeto Niterói, que será detalhado a seguir.

Em virtude da gravidade da epidemia, ocorreu intensa integração de técnicos da FIOCRUZ, da SESH, da OMS, da Secretaria Municipal de Educação e da comunidade (pela FAMNIT). Foram realizadas também ações conjuntas com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM-MS) no combate ao mosquito transmissor da dengue e controle epidemiológico da doença na cidade.

Nascimento (2006) afirma que já nos anos 1980, surgiu a preocupação de aproximar o conhecimento teórico transmitido na academia à realidade vivenciada nas unidades de saúde, onde a prática de saúde se dá no campo de estágio. Neste sentido, um grupo de professores da UFF elaborou uma proposta de sistema descentralizado, discutiu o currículo universitário e avaliou a necessidade de ampliação do campo de prática do hospital universitário por meio da rede municipal.

O Programa de Integração Docente Assistencial foi o resultado da parceria dos professores da UFF com os profissionais dos serviços de saúde de Niterói. Essa relação suscitou parcerias que originaram o movimento de resistência às medidas operacionais da então gestão municipal. Isso contribuiu para a formação de um grupo interinstitucional (UFF, INAMPS, SES e SMS), organizado em uma comissão executiva local que planejou um modelo de ações integradas pelas diferentes instituições públicas de saúde – o Projeto Niterói (Nascimento, 2006).

Esse grupo de trabalho concluiu que a área de Niterói e São Gonçalo seria ideal para a experimentação da proposta de organização e regionalização dos serviços de

saúde, já que apresentava as condições essenciais à aplicação do modelo de planejamento e gestão e a proximidade dos órgãos do INAMPS, dos governos estadual e municipal, da FIOCRUZ e da UFF. O Projeto avançou somente em Niterói, não obtendo o mesmo desempenho em São Gonçalo.

Para operacionalizar o projeto, foi criada por meio da Portaria 726/82 a Comissão Executiva Local (CEL) do Projeto Niterói, que contava com um Secretário Executivo com mandato de dois anos e utilizava como instrumentos básicos para a implantação convênios entre o INAMPS e as secretarias municipais e estaduais de saúde (Niterói, 1982). Desta maneira, esse projeto apresentou-se como pioneiro na aplicação das AIS, o que é reforçado por depoimento de entrevistado:

As Ações Integradas de Saúde nós fomos o primeiro estado que conseguiu fazer isso aqui, a gente conseguiu estender por todo o estado do Rio. Em Niterói, ela teve o nome de Projeto Niterói. (...)Esse projeto organizaria melhor a rede, e aí sim, por dentro do sistema, o município encaminharia paciente, para o estado e para os federais e vice-versa, ou seja, construir um caminho por dentro da rede. (C2)

A CEL se reunia quinzenalmente para definir as necessidades para a implementação dessa proposta. Entendeu-se que era preciso delimitar a área e a população a ser atendida, estudar as condições de acessibilidade e transporte aos serviços, classificar e hierarquizar as unidades de prestação de serviços, regionalizar a oferta de serviços, estimular a participação da população, repensar as rotinas e práticas, enfatizando a satisfação dos usuários e os programas de integração docente-assistencial e estimular atividades de campo.

O Projeto Niterói vigorou de 1982 a 1989 e contou com quatro secretários executivos, sendo Gilson Cantarino O'Dwyer o profissional que ocupou por mais tempo esse cargo, durante cinco anos. O trabalho e envolvimento dele caracterizaram-no como um ator importante para o setor saúde no município.

O objetivo de tal projeto era integrar, regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde, com base no setor público, e aumentar a eficiência e eficácia das ações de saúde. Assim, utilizaram-se as seguintes estratégias: estabelecimento de porta de entrada do sistema de saúde, definição de um sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de complexidade da atenção e participação da comunidade mediante reuniões, seminários e outras maneiras.

A CEL também elaborou uma cartilha explicativa das propostas do Projeto Niterói destinada não somente a comunidade usuária, mas também aos profissionais de saúde que

atuavam nos diversos serviços participantes (dez unidades municipais de saúde, quatro postos de saúde, dois Centros de Saúde, três hospitais estaduais, quatro Pronto Atendimentos Médicos - PAM, um hospital do INAMPS e o Hospital Universitário Antônio Pedro.

Segundo a cartilha o Projeto Niterói é:

“Um modo planejado de prestar serviços de saúde à população de Niterói, onde através de um trabalho integrado, regionalizado e hierarquizado das Instituições Públicas de Niterói (Município, Estado, Universidade, INAMPS e outros) se procura garantir a qualidade, presteza e eficiência no atendimento à população. (...) Esse trabalho conjunto é importante porque distribui de maneira mais organizada a clientela dos serviços de saúde, encaminhando-a, de acordo com o tipo de atendimento que necessite, para a unidade mais próxima de sua casa” (Santiago, 2010, p.89).

Para operacionalizar o projeto, a CEL criou os seguintes grupos de trabalho (GT): atividades, sistema de informações, integração docente-assistencial, integração político-administrativa interinstitucional (referência e contrarreferência), avaliação, custos, medicamentos e saúde mental. Posteriormente, em 1986, foram criados os GTs de saúde oral, saúde materno-infantil, saúde escolar, homeopatia, reorientação da emergência, supervisão operacional, e vigilância epidemiológica (Moysés, 1989).

Esses GTs eram constituídos por equipes multiprofissionais (psicólogos, sociólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, sanitaristas, professores da ENSP e da UFF), que assumiam a responsabilidade pela implantação e execução das atividades junto à rede de saúde e à comunidade.

É interessante perceber que temas tão atuais no debate do sistema de saúde como a regionalização e a hierarquização, já eram executados na década de 80 no município, num contexto em que subsistiam num mesmo território serviços de saúde pertencentes a diferentes instituições. Essa experiência foi de grande relevância quando ocorreu a proposta de municipalização dos serviços de saúde consolidada pelos convênios do SUDS.

A capacidade de articulação política do Projeto Niterói possibilitava reunir no debate do setor saúde representantes da sociedade civil e de entidades profissionais, a Associação Médica Fluminense, o Sindicato dos Médicos de Niterói e a FAMNIT. Esses diferentes olhares para a questão da saúde no município permitiram o controle social da gestão à medida que a população deixava de ser objeto e passava a ser também sujeito dessa política.

Assim, o Projeto Niterói ganhou credibilidade ao ser conduzido por atores que detinham uma trajetória na luta pela saúde pública no município, o que é enfatizado por um coordenador do PMF entrevistado na pesquisa:

Primeiro, foi o Dr. Jaime Treiquer, que coordenou o projeto. Ele era um homeopata de Niterói, era uma pessoa muito conceituada, muito conhecida na cidade. (...) Foi importante que ele tivesse assumido, porque como ele era uma pessoa respeitada na cidade, ele de certa forma respaldou as ações que estavam acontecendo ali. Depois ele saiu e aí um membro do próprio grupo, o Gilson Cantarino assumiu a coordenação do grupo. (...) Quando Jorge Roberto Silveira se elegeu prefeito de Niterói, ele chamou o Gilson para voltar para a prefeitura e aí assumir a Secretaria. Gilson ficou dez anos na Secretaria Municipal de Saúde. Então, isso foi fundamental, (...) houve uma continuidade grande da gestão. (C2)

Além da credibilidade de certos atores como relatado acima, outro fator importante para a constituição do sistema municipal de saúde de Niterói e para o seguimento das políticas foi a continuidade de gestão. Vale ressaltar que os mesmos atores políticos assumiram cargos importantes como os de coordenação e supervisão em diferentes gestões municipais.

Como resultado desse projeto, observou-se maior articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o curso de Medicina da UFF, com utilização de unidades de saúde pelos alunos para a sua prática de aprendizado. Esse processo foi enriquecedor para ambas as partes envolvidas: para a universidade que diversificou as unidades de estágio, podendo percorrer toda a rede de assistência e para os profissionais da rede, que com a presença dos alunos, eram sensibilizados a repensar as práticas do cuidado e questionar os protocolos.

No depoimento abaixo se enfatiza como aconteceu a aproximação da universidade com os serviços de saúde, que perpassou a discussão de reformulação dos currículos da área médica e contou com a participação de atores que atuavam nos dois espaços.

Eu fui trabalhar na Pró-Reitoria de Extensão, que era uma área que estava sendo montada a ideia de extensão universitária, (...) a ideia de trabalhar em comunidade. Logo em seguida, a gente começou a preparar toda a discussão de mudança de currículo, que já vinha desde o meu tempo de faculdade. A gente sabia que aqui dentro da universidade a gente não teria condição de fazer isso. Foi quando a gente começou a participar do próprio movimento sanitário de

Niterói. Em 82, a gente já tinha toda a rede integrada, (...) quando se formou um colegiado que se trabalhava por grupos de trabalho. (D1)

Outra consequência foi que a descentralização executiva das AIS delegou ao município a administração direta das unidades de saúde integrantes da rede assistencial que estivessem localizadas na área de competência municipal. Logo, o convênio com a Secretaria Estadual de Saúde objetivando a adesão ao SUDS formalizou a cessão de quatro unidades de saúde do Estado e quatro unidades do INAMPS para o município de Niterói (Santiago, 2010).

O Projeto Niterói foi extinto em 12 de julho de 1989 em virtude da Resolução nº 01 que unificou as ações da CEL e do SUDS, resultando em Comissão Executiva do SUDS (CE-SUDS). Isso ocorreu porque o avanço ocorrido por meio do convênio e do processo de municipalização das unidades de saúde exigia uma adequação da nova estrutura do sistema de saúde municipal e maior participação popular.

No final da década de 80, o município, influenciado pelas discussões da Reforma Sanitária, pelas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde e pela Constituição Federal de 1988, buscava estratégias para a reorganização do seu modelo assistencial, para o fortalecimento da atenção primária e a melhoria dos seus indicadores de saúde.

Em 1989, uma coligação de partidos liderada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) elegeu o novo prefeito de Niterói (1989 a 1992), Jorge Roberto Silveira, que nomeou como Secretário Municipal de Saúde o ex-Secretário Executivo do Projeto Niterói, o Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer. Também nesse ano, foi criada a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN) para agilizar a organização do sistema de saúde local.

A FMSN foi um importante espaço institucional criado para dar suporte às novas atribuições oriundas do processo de municipalização, com certo grau de autonomia para dar conta das questões sanitárias e, além disso, desenvolver uma nova cultura organizacional de gestão única e efetiva dos serviços municipais.

Posteriormente, outros técnicos participantes dos grupos de trabalho do Projeto Niterói assumiram cargos na Secretaria Municipal de Saúde e na FMSN, o que contribuiu para a continuidade do processo de municipalização do setor e para a reorganização do sistema local. Vale ressaltar que tais atores foram de extrema importância para o desenvolvimento das políticas de saúde adotadas pelo município (Cohen, 2000).

O trecho abaixo da entrevista realizada com docente da UFF destaca a importância do aproveitamento de atores que participavam dos grupos de trabalho na discussão de saúde do município para a conformação da saúde pública em Niterói.

Em 1988, o Jorge Roberto ganhou a eleição, as pessoas do movimento sanitário de Niterói que estavam no Projeto Niterói foram convidadas para irem para a Secretaria Municipal de Saúde junto com o Gilson Cantarino. Coube a mim inicialmente a direção de uma unidade de saúde da Engenhoca. Dois anos depois, Niterói foi organizada em Distritos Sanitários. (...) A gente pôde transformar o Distrito Norte numa espécie de distrito docente-assistencial, todas as unidades tinham gente da universidade. (D1)

Mascarenhas e Almeida (2002) apontam que as propostas discutidas tinham como desafio a construção de um modelo de assistência que modificasse a situação de precariedade e desigualdade em que se encontravam os serviços de saúde, para torná-los mais eficazes, eficientes e igualitários, mediante mudanças na organização e na qualidade da atenção. Essas mudanças seriam pautadas no perfil epidemiológico e nas necessidades da população local, pretendendo-se superar a distância entre ações preventivas e curativas.

A literatura mostra que entre 1989 e 1991, ocorreram em Niterói duas epidemias de dengue e uma de meningite, o que promoveu uma aproximação entre a Prefeitura Municipal e o Ministério de Saúde de Cuba, que detinha o desenvolvimento de vacinas contra meningite e havia controlado a dengue, com a organização do seu sistema de saúde (Sá, 2003; Mascarenhas, 2003).

Porém, segundo o relato abaixo do docente entrevistado, ao fazer contato com Cuba, Niterói já detinha uma expertise no cuidado à dengue, inclusive se destacando nessa área no estado do Rio de Janeiro, prestando até consultorias a outros municípios.

É preciso corrigir um mito que existe em Niterói que vincula a ligação de Niterói a Cuba com a epidemia de dengue e de meningite. Quando a epidemia de dengue aconteceu em Niterói, Niterói nem sonhava em se aproximar de Cuba, foi no meio da década de 80. Niterói foi o primeiro município que desenvolveu o diagnóstico de dengue e ensinou para todos os outros municípios, sem a presença de nenhum cubano. (...) criaram um mito que os cubanos vieram ajudar, quando eles chegaram já tinha acabado a epidemia há muito. Houve sim, posteriormente, um intercâmbio para discutir dengue e outras epidemias, porque Niterói tinha acumulado uma experiência muito grande de dengue. (D1)

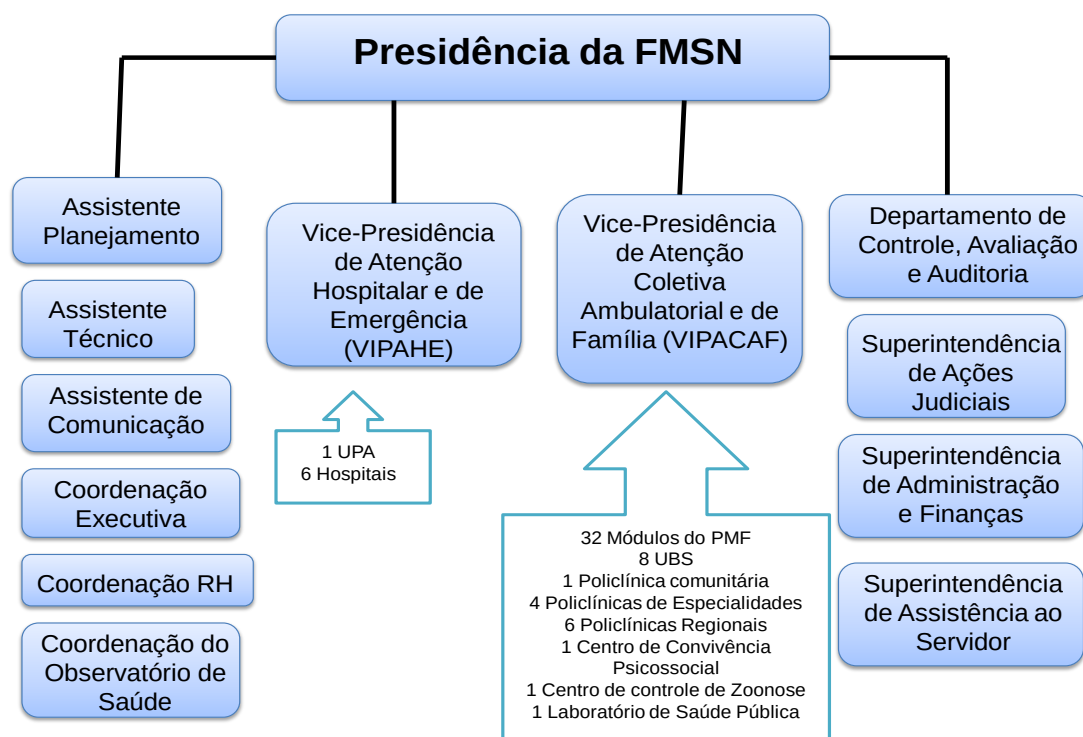
Em 1991, Jorge Roberto Silveira e o Secretário Municipal de Saúde visitaram Cuba, concretizando os contatos com trocas de experiência entre profissionais de saúde de Cuba e de Niterói. A eficiência do modelo cubano de atenção à saúde impressionou o prefeito e o secretário de saúde de Niterói, que, ainda nesse ano, estabeleceram uma comissão técnica de coordenação municipal composta pelo Superintendente de Ações Integradas de Saúde da FMSN e com assessoria de um diretor de uma policlínica de Havana, diretamente ligado ao gabinete do Secretário de Saúde por meio de convênio internacional de cooperação técnica, com a finalidade de elaborar uma proposta de adaptação do modelo do Médico de Família cubano à realidade brasileira (Senna; Cohen, 2002).

O Programa Médico de Família de Niterói foi formulado ainda em 1991 e seu primeiro módulo foi inaugurado em 1992. Esse modelo promovia uma parceria com as associações de moradores das comunidades cobertas pelo programa para cogestão das unidades. O PMF passou então a fazer parte da rede de assistência à saúde do município, representando importante porta de entrada do usuário nesse sistema.

3.2 Configuração da gestão e oferta de serviços de saúde no município

Como descrito anteriormente, Niterói assumiu importante papel na gestão de unidades estaduais e federais de saúde ainda nos anos 1980. Para facilitar esse processo, criou-se a Fundação Municipal de Saúde de Niterói em 1989, órgão cuja estrutura vigente em 2014 pode ser observada na figura a seguir (figura 5).

Figura 5: Fluxograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2014.

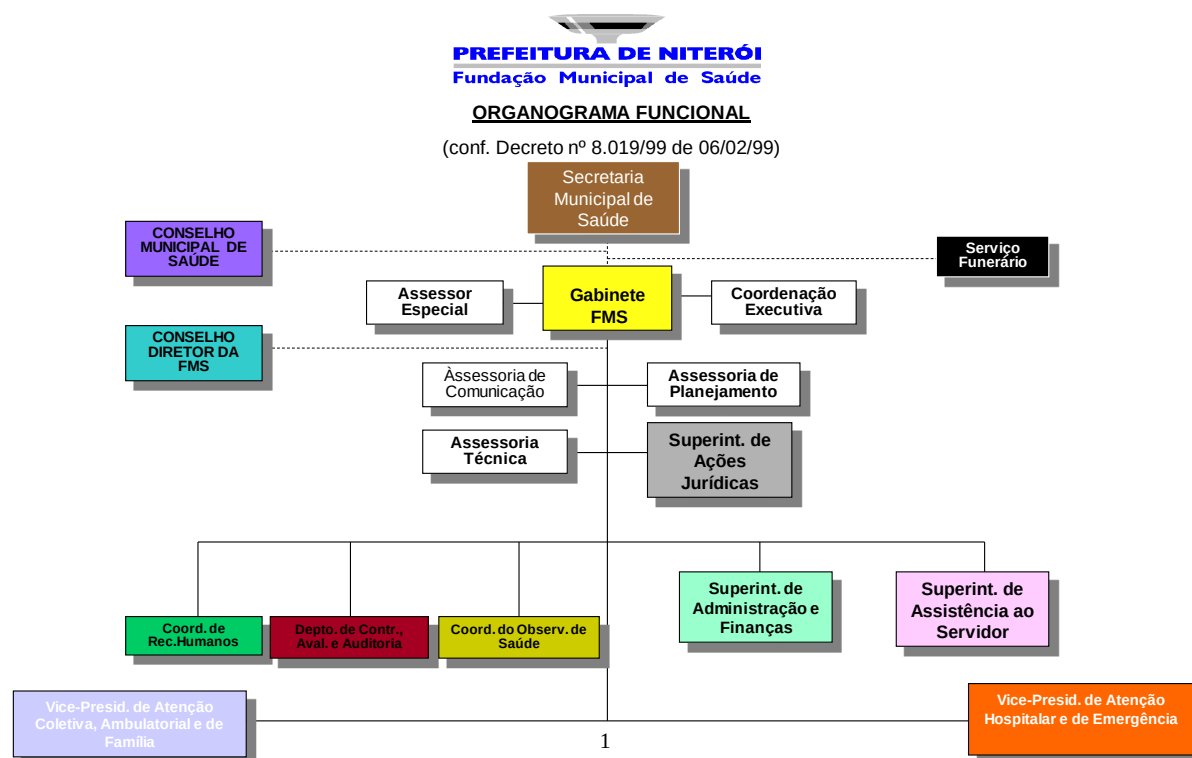


Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Fundação Municipal de Saúde é constituída pela Vice- Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família (VIPACAF), a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência (VIPAHE), pela Superintendência de Ações Judiciais, a Superintendência de Administração e Finanças, a Superintendência de Assistência ao Servidor, o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, pela Coordenação do Observatório de Saúde, a Coordenação do RH, a Coordenação Executiva, o Assistente de Planejamento, o Assistente de Comunicação e o Assistente Técnico.

Como pode ser observado na figura 6 abaixo, a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói ainda é responsável pelo Serviço Funerário, que é constituído por três cemitérios (Maruí, São Francisco Xavier e Itaipu). Além disso, também se observa a presença do Conselho Municipal de Saúde, que conta com a participação de profissionais de saúde, gestores e movimentos sociais.

Figura 6 – Organograma Funcional da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2014.



Fonte: Imagem cedida pela Assessoria da Secretaria Municipal de Saúde, em setembro de 2014.

A VIPAHE é responsável por coordenar os serviços de emergência do município, os hospitais Orêncio de Freitas, Carlos Tortelly, Getúlio Vargas Filho, Psiquiátrico de Jurujuba, Maternidade Alzira Reis, Mário Monteiro e a UPA.

A VIPACAF é responsável por coordenar 32 módulos do Programa Médico de Família, oito UBS, duas Policlínicas Comunitárias, seis Policlínicas Regionais, quatro Policlínicas de Especialidades, um Centro de Convivência Psicossocial, um Centro de Controle de Zoonoses e um laboratório de Saúde Pública.

Essa divisão da Fundação Municipal de Saúde de Niterói em duas vice-presidências, além de suas coordenações, tem sido rediscutida de acordo com as diferentes necessidades que a secretaria de saúde vem apresentando.

O motivo da discussão dessa divisão da FMSN é onde incluir a unidade de saúde Mário Monteiro, na VIPACAF ou na VIPAHE, pelo tipo de atendimento que realiza. Essa unidade é uma consequência da experiência tradicional que se tinha de unidade de pronto atendimento vinculado às regionais. Cada regional de saúde possui no mínimo uma policlínica regional, que organiza e é referência para as unidades básicas e módulos do médico de família que estão inseridos naquele território. O Mário Monteiro foi pensado como um serviço de pronto atendimento (SPA), composto por um serviço ampliado com um cirurgião, um ortopedista clínico, um cirurgião para situações mais

simples sem necessidade de centro cirúrgico, serviço de sutura, uma sala de trauma, que hoje é chamada de sala vermelha, uma área de hipodermia, que atualmente cumpre o papel da sala amarela.

Por causa das dificuldades em financiar esse modelo de unidade pré-hospitalar e também porque a Unidades de Pronto Atendimento (UPA)²³ recebe investimentos próprios²⁴, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói optou por ‘converter’ a unidade Mário Monteiro em UPA após a reforma:

Mas a gente não teve como custear isso dentro da estrutura do SUS. Então o Mário Monteiro veio por financiamento, e ele vai nessa reforma ser convertido em UPA pra poder se custear também, ele deixa de ser unidade municipal pré-hospitalar, unidade municipal de urgência Mário Monteiro para ser uma UPA. (S2)

Além da transformação da unidade Mário Monteiro em UPA, a FMSN tem reestruturado as policlínicas comunitárias em Clínicas Comunitárias da Família, proposta esta que se difere da Clínica da Família do município do Rio de Janeiro²⁵, segundo informação obtida em entrevista com o gestor da secretaria municipal de saúde:

A gente está reestruturando todas as nossas policlínicas comunitárias, elas estão aos pouquinhos sendo convertidas em Clínicas Comunitárias da Família, que tem a proposta de ser a unidade de saúde da família do território e incorporar dentro dessa estrutura algumas especialidades de acordo com o perfil epidemiológico daquela região. (S2)

²³ Em 2009, foi aprovada a Portaria nº 1020, que criou os mecanismos para implantação do componente pré-hospitalar fixo (UPA e Salas de Estabilização) da Rede de Atenção às Urgências. Definiu-se como uma das responsabilidades das UPA: articular-se com as unidades de atenção primária de forma a construir fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados através das centrais de regulação médica de urgências, ressaltando-se a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas (Brasil, 2009). A compreensão da política da UPA e sua relação com a atenção primária foge ao objeto desse estudo. Para maiores informações sobre o tema, ler Soares, Lima e Castro 2014.

²⁴ Em novembro de 2011, foram publicadas duas Portarias nº 2820 e nº2821, exigindo que o município interessado em implantar a UPA deve garantir cobertura de atenção básica de, no mínimo, 50% da população. Essas portarias referem-se ao incentivo financeiro de investimento e custeio da UPA (Brasil, 2011).

²⁵ No município do Rio de Janeiro, desde 2009, a Secretaria Municipal de Saúde buscou priorizar a Atenção Primária, por meio da ESF, lançando o programa Saúde Presente, marca da gestão 2009-2012, reeleita em 2013. Esse projeto foi o responsável pela construção das Clínicas da Família que abrigam as equipes de saúde da família. Os módulos são padronizados e com horário de funcionamento ampliado para atender melhor a população, pensando na questão da saúde do trabalhador. Alguns postos de saúde tradicionais foram reformados e passaram a incluir nos seus serviços a ESF (Portal Saúde Rio, 2014). Essas Clínicas da Família construídas fora das comunidades foram pensadas para abrigar maior número de equipes e, como atrativo aos profissionais de saúde, que não se fixavam em equipes por causa da violência, causando grande rotatividade e comprometendo o vínculo com os usuários. Embora seja uma alternativa para estas questões, ela se encontra mais distante da comunidade.

De acordo com o gestor entrevistado, essa Policlínica não será um modelo padronizado, mas terá as especialidades mais necessárias a cada local em que estiver inserida, além de contar com o apoio do NASF. Por exemplo, num bairro com maior concentração de população idosa, talvez seja interessante a presença de um geriatra, de um cardiologista, já numa comunidade com grande quantidade de crianças é essencial ter a presença de um pediatra.

Todas essas mudanças na rede de saúde da cidade chamam a atenção para uma preocupação - a descaracterização dos modelos assistenciais já instituídos. Não parece ser a intenção da secretaria de saúde que o Programa Médico de Família se transforme em uma policlínica, mas numa estrutura com mais recursos para uma atenção primária de qualidade.

O sistema municipal de saúde possui dois tipos de serviços assistenciais como portas de entrada principais - o PMF e a UBS -, sendo que a segunda adota um modelo tradicional de cuidado. A oferta dessas duas modalidades de atenção primária à saúde representa um desafio para a ordenação desse nível de atenção em Niterói em busca de evitar que o mesmo usuário utilize os dois serviços.

Toda essa população que não é cadastrada pela ESF, eles continuam tendo acesso pelos mecanismos tradicionais. Então, nós temos ainda unidades básicas de saúde que recebem esses usuários habitualmente por demandas espontâneas. (SU1)

Segundo a entrevista com um gestor do programa, ao ser implantado o PMF exige que toda a rede seja modificada para dar conta das suas demandas, garantindo, assim, a continuidade do cuidado ao usuário:

O PMF não competia com as outras unidades de saúde, porque à medida que foi sendo implantado, a gente também foi modificando o perfil das outras unidades, para poder trabalhar no conceito de rede, então não tinha sentido que numa mesma gestão duas unidades estivessem fazendo o mesmo trabalho naquela mesma comunidade. Se você quiser implantar Saúde da Família e não mexer no resto, você não consegue implantar, porque aí vai ficar uma estrutura que não dialoga com a outra. (C2)

Algumas diferenças no modo de atuação das UBS e dos módulos do PMF encontram-se sistematizadas no Quadro 3. Vale ressaltar que apesar dessa conformação

do nível primário de atenção, o PMF e o modelo tradicional não competem pelos usuários.

Quadro 3 – Principais características do modelo de atenção das Unidades Básicas e dos Módulos do Programa Médico de Família em Niterói/RJ.

Características do Modelo de Atenção	UBS – FMS/Niterói	PMF – FMS/Niterói
Posição na rede de serviços	Porta de entrada – população da área de abrangência das ações da UBS (bairros) – sem adscrição.	Porta de entrada – população definida por setorização e adscrição.
Relação equipe-população-família	Não existe vinculação e valor padrão distribuído na rede.	1 Equipe para 1000-1200 habitantes 1 Equipe para 250-300 famílias Desde 2010, com a entrada de outros profissionais, aumentou-se a população atendida: 1 Equipe para 2000-2500 habitantes 1 Equipe para 500-600 famílias.
Composição da equipe da Unidade	Médicos das áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia), Nutricionista, Psicólogo, Enfermeiro e Auxiliares, Assistente Social, Sanitarista e outros.	Médico generalista e Técnico de Enfermagem. Desde 2010, foram incorporados 02 Agentes Comunitários de Saúde e um Enfermeiro para duas equipes.
Coordenação, supervisão e gerência	Sanitarista supervisionando um conjunto de UBS referenciadas por área das Policlínicas Comunitárias Chefias da UBS (Gerente, Administrador e Vigilância em Saúde).	Coordenador, Médico das áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia), Sanitarista, Enfermeiro, Assistente Social e Médicos Especialistas (variados para todas as equipes). Realizada referência para outros serviços, como policlínicas especializadas.
Organização e prestação da atenção	Centrada no conhecimento Médico. A equipe trabalha de forma fragmentada. Realiza atendimento programado e à demanda espontânea (com ênfase na demanda espontânea).	Centrada no conhecimento Médico e Multiprofissional (Supervisão). A equipe junto com a supervisão trabalha interdisciplinarmente. Realiza atendimento programado e à demanda espontânea (com ênfase na consulta programada).
Capacitação de	Espaço de articulação Universidade	Treinamento sob Supervisão. Espaço de

recursos humanos	(Graduação e Pós-Graduação) – Serviço.	articulação Universidade (Graduação e Pós-Graduação) – Serviço. Polo de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal de Saúde da Família. Atualmente, não existe mais o Polo de Formação, a capacitação de recursos humanos é feita por encontros marcados pela Coordenação do PMF com temas específicos.
Participação social	Conselho Gestor de Unidade – Paritário (25% Poder Público, 25% Profissionais de Saúde e 50% Representação da População da área de abrangência).	Convênio Gestor – Associação de Moradores. Técnico de Enfermagem identificado preferencialmente na área setorializada. Reunião de Planejamento, Coordenação e Avaliação com coordenador, supervisores, equipe do módulo e associação local.

Fonte: Mascarenhas, 2003. p.70. Elaborado pelo Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde, da UFF, junho/1999. Adaptação e atualização da autora.

No quadro 3 acima procurou-se sintetizar algumas características importantes das duas modalidades de atenção. O PMF a longo de sua trajetória apresentou alterações nos eixos analisados, como a capacitação de recursos humanos, a composição da equipe e a população atendida por ela.

Segundo estudo realizado por Mascarenhas (2003) em que a autora compara uma UBS a um módulo do PMF, conclui-se que historicamente houve um desvio no papel do primeiro, com a adoção de uma assistência médica semelhante àquela praticada no antigo INAMPS, o que favoreceu uma postura profissional mais distante e que não valorizasse o vínculo com o usuário. Já as diretrizes de funcionamento do PMF permitem uma nova prática, com estímulo ao acolhimento, vínculo e continuidade do cuidado.

Verificou-se ainda que o PMF propõe algumas mudanças no modelo de gestão. Com processo de trabalho diferencial, introduz um modelo de assistência com maior humanização na relação entre usuários e profissionais. Destaca-se a concepção de equipe multiprofissional, em que a supervisão atua como meio de desenvolvimento dos profissionais da equipe, compondo o cotidiano dos serviços (Mascarenhas, 2003).

O PMF propõe um atendimento não mais por demanda espontânea, mas por uma organização gerencial do cuidado, a atenção à saúde é organizada pelo acompanhamento contínuo das famílias, como estratégia de promoção à saúde e prevenção de agravos, a

fim de exercer a equidade ao aproximar ao sistema de saúde pessoas mais desfavorecidas socialmente.

No momento de implantação inicial do PMF, o município foi dividido em Distritos Sanitários. Essa divisão foi repensada de maneira que a atenção à saúde fosse planejada pelas Policlínicas. Assim, cada módulo de Médico de Família possui uma Policlínica de referência e uma mesma Policlínica pode ser referência de vários módulos do PMF:

A gente está de porta de entrada, como primeiro nível, a gente trabalha com cinco regionais, que são vinculadas a policlínicas. Você tem as regionais, como se fossem os distritos mesmo, mas o núcleo de todas elas é a policlínica. (M3)

Essa divisão facilita as referências para consultas de especialidades e exames complementares, pois o usuário será beneficiado por ser atendido no serviço mais próximo possível da sua residência. A equipe de supervisores do PMF tem a função de fazer a comunicação entre o programa e o restante da rede, nesse caso, o programa terá um profissional de referência na Policlínica para o acolhimento dos usuários que necessitem ser encaminhados.

O atendimento do PMF resultou em aumento na demanda por consultas especializadas e exames para diagnóstico, sendo que o município possui atualmente com dificuldades na oferta de atendimento no segundo nível de atenção:

Niterói, como todo município brasileiro hoje, vive a crise do nível secundário, cada médico de família que você abre, você destampa uma panela de pressão. Você vai descobrir um monte de doença não tratada, você pensa que a população tem acesso ao posto de saúde, mas não tem. Quando você começa ir de casa em casa, você vai descobrir muita doença grave e aí não tem rede de apoio, porque como é que eu abro vinte unidades e não crio nenhuma Policlínica, eu estou falando de oferta de consulta do nível secundário. (SU2)

De acordo com Solla e Chioro (2012), a lógica de organização do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços ordenada de forma regionalizada e hierarquizada. O acesso da população a essa rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os problemas que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Desta maneira, entende-se a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde, reconhecendo que é a atenção primária que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Enquanto a rede de serviços de atenção primária deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo uma boa relação custo-benefício e a qualidade da atenção a ser prestada (Solla; Chioro, 2012).

Por causa dessa organização, os serviços de atenção especializados geralmente são oferecidos em unidades de abrangência regional para vários bairros, distritos ou municípios, dependendo da sua abrangência geográfica e populacional, podendo estar sob gestão das secretarias municipais ou estaduais de saúde, e servir de referência para os casos encaminhados pela rede básica ou que recebam alta do cuidado hospitalar (Solla; Chioro, 2012). Como é o caso de Niterói, em que uma mesma policlínica pode ser referência para vários bairros e até mais de uma região de saúde.

A média complexidade tornou-se um dos principais ‘gargalos’ do SUS, pela forte expansão da atenção primária nos últimos anos, resultando em intenso aumento da demanda por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e procedimentos especializados como necessidade identificada a partir da atenção primária; por ainda representar, em algumas situações, a porta de entrada real do usuário no sistema e também pela existência de um conjunto de inovações tecnológicas em saúde que excede a capacidade de oferta atual do SUS (Solla; Chioro, 2012).

A figura a seguir ilustra como a rede de assistência à saúde de Niterói está organizada. É possível perceber a disposição dos serviços públicos de saúde por bairros.

Figura 7 - Rede de Assistência à Saúde de Niterói.



Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2014. Disponível em: www.saude.niteroi.rj.gov.br Acesso em 10 de agosto de 2014.

Além das unidades detalhadas na figura acima, a cidade ainda conta com uma vasta rede de serviços. Segundo consulta ao CNES (2015), Niterói possui 1602 estabelecimentos de saúde cadastrados, deles quatro são federais, 13 são estaduais, 75 são municipais, 1510 são privados. Desse total de unidades privadas, seis são unidades filantrópicas, sete são unidades sem fins lucrativos, 19 são unidades privadas lucrativas simples, 623 são unidades privadas lucrativas, duas são unidades sindicais, 853 são unidades pessoa física (consultórios).

Diante do exposto nesse capítulo, entende-se que a expansão do Programa Médico de Família apresenta-se como um desafio ao sistema de saúde de Niterói ao exigir a organização dessa rede, de maneira que o usuário tenha sua condição de saúde acompanhada por uma equipe de saúde mais próxima possível de sua residência, evitando dupla entrada no sistema ou ainda que o usuário faça o seu contato inicial por outros níveis de complexidade que não a atenção primária. A longo prazo, espera-se que o aumento no acompanhamento das famílias resulte na diminuição do número de internações hospitalares e no aumento da qualidade de vida da população cadastrada.

Capítulo 4 - O Programa Médico de Família de Niterói

A trajetória de 22 anos do Programa Médico de Família de Niterói é bastante rica em fatos importantes para a história da saúde local, regional e também nacional. Para melhor analisá-la, foi dividida neste estudo em dois momentos: de 1992 a 2005, caracterizado pelo início da implantação da proposta, e por sua consolidação e expansão; e de 2006 a 2014, período em que foram observadas mudanças e adaptações incrementais do PMF.

4.1 Início, Consolidação e Expansão do PMF no período de 1992 a 2005

O Programa Médico de Família surgiu como uma oportunidade de viabilizar um plano municipal à luz dos princípios e diretrizes do SUS, considerando a saúde integral da população, o fortalecimento da promoção à saúde, a consciência dos determinantes acerca do processo saúde-doença e o estímulo à cidadania, sustentado na parceria com o movimento social local (Hubner; Franco, 2007).

A equipe gerencial da FMSN optou por implantar o modelo de Medicina Familiar e Comunitária como base de sua ação metodológica. Nessa etapa, foi estabelecida uma cooperação internacional com Cuba, que permitiu a compreensão da abrangência dessa proposta, suas principais características e a evidência da adequação que o modelo necessitava para atender a realidade local, porém, com bases teóricas bem definidas.

Com a experiência do Projeto Niterói, no âmbito das Ações Integradas de Saúde, parecia haver na época uma confluência de fatores, como: o aproveitamento dos atores políticos do movimento sanitário de Niterói, que vieram compor posteriormente a secretaria municipal de saúde quando Jorge Roberto assumiu a prefeitura; a recém publicação da Constituição Federal com um capítulo dedicado à saúde; a rede básica do município que já era relativamente extensa e possuía certa capilaridade; e o interesse do prefeito na época pela condução das políticas em Cuba. Isso favorecia o alinhamento de situações oportunas para a discussão da implantação do Médico de Família.

O objetivo do programa era propiciar uma alteração do modelo assistencial em áreas mais vulneráveis, aproximando-se os serviços de atenção primária das necessidades da população.

A perspectiva era essa: implantação de um projeto que viesse agregar essa rede básica, sobretudo em áreas vulneráveis dentro desses territórios onde já existia a atenção primária, seria uma qualificação da atenção primária. Já tinha certa expansão dessa rede, mas você queria chegar mais próximo ainda do território, dar um recorte ainda mais específico. (C1)

Com a visita do prefeito Jorge Roberto e do seu secretário de saúde a Cuba, firmou-se uma parceria em que Niterói passou a contar com a assessoria técnica permanente do diretor da Policlínica Lawton, de Havana, visando à elaboração de uma proposta baseada no modelo do Médico de Família cubano²⁶. Assim, foi estruturada uma equipe de coordenação municipal com o assessor cubano diretamente ligada ao gabinete da secretaria de saúde, formalizada pela cooperação Niterói-Cuba.

O Jorge chamou o Gilson e perguntou a ele se não queria fazer uma cooperação entre Cuba e Niterói para ter um apoio para as ações que estavam sendo desenvolvidas na área. O Gilson visitou Cuba e ficou muito bem impressionado pelo Programa Médico de Família desenvolvido lá. O prefeito então formalizou uma ação de cooperação técnica entre Cuba e o Brasil, via Prefeitura de Niterói, mandando uma equipe de profissionais para Cuba para conhecer o sistema e ser treinado no processo. (C2)

A assessoria permanente de Cuba foi apontada como um diferencial na elaboração da proposta, influenciando a organização das equipes do PMF em torno de uma policlínica.

Vale destacar que a questão partidária era um importante fator convergente para a instituição do Programa Médico de Família como possibilidade de reestruturação da atenção à saúde. O prefeito da cidade era do Partido Democrático Trabalhista, e Brizola era o então governador do Estado do Rio de Janeiro, além de ser o presidente nacional do PDT, o que garantia uma estabilidade institucional para o PMF.

²⁶ O modelo de Médico e Enfermeira da Família começou com a Policlínica Lawton em 4 de janeiro de 1984, que segundo o chefe de Estado Fidel Castro, para validar as ideias desse modelo, era necessário colocar em prática em um lugar determinado e com um grupo pequeno. A partir de 1985, esse modelo se estendeu rapidamente por todo o país (Morales, s/d).

O Jorge já era apaixonado e tinha esse apoio, o Brizola ainda era vivo. Tinha aquela coisa da solidariedade socialista, enfim, que era uma coisa muito presente. (C1)

Na verdade, o contexto em que o modelo de atenção do PMF surgiu como uma proposta possível e interessante para o município foi esse: Niterói passou a contar com uma rede extensa em unidades municipais, resultado do processo de municipalização das redes estadual e federal, em que não era permitido retroceder. A FMSN, diante dessa quantidade de unidades e do baixo investimento no setor, assumiu a rede de forma plena tentando integrar ao máximo todos os serviços e evitando que eles competissem entre si, além de aumentar o orçamento da saúde.

Ressalta-se que o modelo de atenção não era barato para os cofres públicos. Os recursos para a saúde eram uma questão complicada no país, pois o Brasil possuía padrões históricos baixos de investimentos no setor em comparação com outros países da América Latina e países centrais do capitalismo. Silva Júnior (1995) afirma que apesar disso, em Niterói houve incremento dos gastos com a saúde, saindo de 5% em 1985 para mais de 10% em 1988, mas esse valor ainda era aquém da necessidade do município. Para esse autor, a proposta do Programa Médico de Família demonstrou viabilidade econômica sem “atrofias” ou “cortes drásticos” de conteúdo, utilizando menos de 15% do orçamento municipal, o que nos leva a crer na viabilidade dessa opção na implementação do SUS.

Cabe lembrar que no governo Collor acelerou-se o processo de municipalização da saúde por meio da transferência de responsabilidades na prestação de serviços de saúde, sem correspondente repasse de recursos financeiros. Em 1992, o governo federal reduziu, então, as verbas da saúde, com um corte orçamentário de cerca de 50%, sendo esse corte ainda maior nos repasses financeiros à esfera municipal²⁷ (Silva Júnior, 1995).

A municipalização da rede de Niterói acabou resultando em intensa procura de serviços de saúde por pessoas de municípios vizinhos, como São Gonçalo, Maricá e Itaboraí, ocasionando, assim, sobrecarga das unidades de saúde da cidade. Isso

²⁷ Em 1989, Niterói tinha como orçamento 3 milhões de dólares americanos por mês para manter cinco unidades de saúde do INAMPS. Em 1990, com o processo de municipalização, foi fixado um teto de aproximadamente 2 milhões e 700 mil dólares por mês, para o financiamento da rede municipal, estadual e federal municipalizados, do hospital universitário e das clínicas conveniadas ou contratadas. Já em 1992, ano de implementação do PMF, o teto para o repasse foi de 700 mil dólares por mês. Esse corte orçamentário resultou em sucateamento da rede pública de saúde, com o fechamento de milhares de leitos no país. Niterói, por sua vez, fez um grande esforço para racionalizar os custos, com maior participação dos recursos municipais no custeio da rede e conseguiu não fechar nenhum de seus leitos, ao contrário, reabriu alguns em unidades estaduais municipalizadas (Silva Júnior, 1995).

representava um desafio para a gestão local, e indicava a necessidade de organização dos serviços voltados para a população do município.

O PMF ainda representava um modelo racionalizador ao contar em sua equipe com um médico generalista, para atender prioritariamente a população de Niterói, numa época em que era crescente a valorização dos especialistas:

O PMF tornou a possibilidade de aumentar a cobertura, de entrar em lugares de difícil acesso, num modelo em que um único profissional poderia fazer o trabalho por ser generalista, não precisaria de quatro profissionais médicos para fazer especialidades básicas. Niterói viu nisso uma oportunidade de dar cobertura para as áreas mais afetadas, a Zona Norte. Como você aumenta a oferta de serviços, beneficiando a população de Niterói, visto que as unidades tem uma invasão de 60 a 70%? Você está arriscando colocar mais serviços para São Gonçalo e ficar menos visível para a população de Niterói. (D1)

Assim, a proposta do Programa Médico de Família foi uma adaptação viável do modelo cubano à realidade do município de Niterói, não se tratando de mera transposição do modelo de Cuba. Os elementos-chave para esse modelo de atenção eram a adscrição de clientela, a definição de território, a participação popular, a integralidade da atenção em saúde e o vínculo entre usuários e serviços de saúde. Tal modelo incorporou muitas das práticas que já eram realizadas no município no Projeto Niterói (Hubner e Franco, 2007).

Conforme relata o trecho abaixo, a cooperação entre Cuba e Niterói permitiu que algumas características do modelo de atenção fossem preservadas, mas também possibilitou adaptações necessárias. Não era uma parceria que engessava os gestores da cidade, limitando a sua capacidade de adequação à realidade brasileira:

Quando a gente faz o Médico de Família em Niterói, a gente leva primeiro do mesmo nome que Cuba deu ao projeto, a gente trabalha com as referências, em termos do número de famílias atendidas, localização das unidades, muito próximo do que Cuba fez também. (...) O fato de ter sido Cuba a referência não quer dizer que nós temos que fazer exatamente como Cuba fez o resto da vida. (C2)

De acordo com o estudo de Mascarenhas e Almeida (2002), o PMF foi formulado em 1991, a partir de alguns objetivos sobre o impacto que causaria, tais como: melhoria da qualidade da Atenção Básica; estímulo ao trabalho em equipe; qualificação do profissional por meio de supervisão especializada; vínculo entre profissionais e usuários;

valorização do saber popular; estimular a reflexão sobre a qualidade de vida da população; satisfação do usuário; e realização de reuniões periódicas de equipe para a discussão sobre o trabalho desenvolvido.

A implementação do PMF buscava reorientar as ações de saúde no nível local, apoiando-se nas diretrizes de universalização, equidade, integralidade e participação social do SUS e, além disso, reorganizar a atenção primária. Ao perseguir esses objetivos, o PMF impactou a organização da atenção à saúde ao ampliar a cobertura em áreas desassistidas e rearticulou a rede, hierarquizando-a segundo níveis de atenção.

A proposta do PMF foi estruturada nos princípios de Vigilância em Saúde: território, vínculo usuário-profissional e intersetorialidade. O território era o local onde se estabeleciam as relações entre atores num espaço físico determinado. O vínculo era a característica fundamental do trabalho, pois permitia a construção de uma relação estreita, na qual poderiam ser discutidas as necessidades de saúde da população. Buscava-se estimular por meio da intersetorialidade a cooperação entre os diferentes setores, a fim de solucionar questões que interferiam na saúde, favorecendo a participação da população (Mascarenhas & Almeida, 2002).

Quanto ao modelo de gestão, por meio do Decreto Legislativo nº 17/92 – DO RJ, de 16 de agosto de 1992, a Associação de Moradores passou a ser cogestora do Programa junto à Prefeitura Municipal. As responsabilidades foram divididas da seguinte forma: cabia às Associações de Moradores a contratação de recursos humanos, e o pagamento por repasse de verbas do município para este fim e contratos de trabalho por tempo determinado (um ano, renovável), regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), num formato de terceirização; cabia à prefeitura a responsabilidade técnica, a seleção de profissionais e o financiamento (Mascarenhas, 2003).

Segundo o depoimento de um coordenador do PMF, o município precisou recorrer às Associações de Moradores para viabilizar a contratação dos profissionais para o PMF por ser regime jurídico único. Isso quer dizer que, de acordo com a Lei nº 8.112/90, União, Estados e Municípios deveriam adotar regime único de pessoal, isto é: na Administração Direta, Autárquica e Fundacional (fundações de Direito Público), cada ente federativo deveria optar entre admitir ou apenas servidores estatutários, ou apenas empregados públicos (celetistas), visando dar fim à convivência entre dois regimes jurídicos dentro do mesmo órgão ou unidade.

A prefeitura era regime jurídico único, então você só poderia contratar por concurso público. O ACS deveria residir naquela comunidade ou nas proximidades. Se você faz um concurso público, você não pode

limitar que a pessoa que vá fazer não more ali. Então, a Associação de Moradores contratando era possível controlar isso, porque poderia contratar pessoas daquela comunidade. (C2)

Na parceria com as Associações de Moradores, os profissionais das equipes tinham vínculo empregatício e direito trabalhistas assegurados pela CLT. As Associações de Moradores podiam fazer indicações de profissionais, mas era a equipe de coordenação da prefeitura que realizava o processo seletivo (prova teórica e prática para os técnicos de enfermagem). Já os médicos eram selecionados por meio de análise de currículos, e posteriormente, prova objetiva e discursiva sobre questões referentes ao cuidado na Atenção Primária e características do PMF.

O processo de trabalho no PMF foi baseado num modelo de assistência com uma relação muito próxima dos usuários e profissionais, visando propiciar melhor acesso aos serviços e relações mais efetivas no cuidado, e também a definição de metas de controle de agravos à saúde.

Pela proposta original, a equipe de trabalho era constituída por um médico generalista e um técnico de enfermagem. Esta dupla trabalhava 40 horas semanais na comunidade, em que 20 horas eram dedicadas para o atendimento no consultório, 16 horas para as atividades de campo, como visitas domiciliares, visitas hospitalares e ações de educação em saúde, e 4 horas para a educação continuada, que era realizada na secretaria municipal de saúde semanalmente.

O médico generalista atuava buscando a atenção integral continuada e setorizada aos indivíduos e suas famílias, enfatizando a promoção e prevenção em saúde, o diagnóstico precoce e o tratamento. A equipe também fazia reuniões regulares para tratar de assuntos da rotina do trabalho, reuniões comunitárias para receber demandas da própria população e ações em parceria com instituições locais (escolas, creches, comércio, igrejas e outras). Esse trabalho técnico era acompanhado semanalmente por uma equipe de supervisão, que era formada por ginecologista, clínico geral, pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitarista.

Os supervisores acompanhavam o processo de assistência à população, monitoravam o desempenho da equipe quanto às metas dos indicadores de saúde, atendiam em interconsultas²⁸ os usuários que necessitassem do olhar de um especialista,

²⁸ Interconsulta é o apoio dado pelo profissional da Supervisão a uma equipe do PMF, ao ser identificada uma necessidade que foge ao âmbito de atuação do médico e técnico de enfermagem. Por exemplo, o médico recorre a um profissional (pediatra, assistente social, psicólogo etc) para tentar solucionar alguma questão que surgiu no atendimento ao usuário. O profissional da Supervisão faz o matriciamento da equipe básica e, se necessário, atenderá em consulta o paciente. Também poderá ser realizada uma consulta

faziam treinamento em serviço e educação continuada para os profissionais do Programa. Eles ainda desempenhavam a função de alimentar o Sistema de SIAB com as informações colhidas, o que contribuiu para a elaboração de relatórios que permitiram aos gestores municipais conhecer a realidade sócio-sanitária da população. O supervisor representava o elo entre a equipe e o restante da rede de saúde. A equipe de supervisão acompanhava de 15 a 25 equipes mínimas de uma mesma região e o seu trabalho era coordenado pelo coordenador de área (Hubner; Franco, 2007).

Os módulos do PMF eram imóveis alugados ou unidades que já integravam o sistema de saúde. Eles funcionavam, geralmente, de segunda à sexta, de 08 às 17 horas, abrindo uma hora antes nos dias de coleta de sangue. Cada módulo era dividido nas seguintes dependências: copa, banheiros e consultórios.

O trabalho do Programa Médico de Família propiciava algumas oportunidades para o desenvolvimento de parcerias entre diferentes setores, ao se deparar com populações vivendo em locais com poucos equipamentos sociais, e ao propor a discussão do conceito ampliado de saúde. Por isso, uma importante ferramenta de trabalho da equipe era a intersetorialidade.

Não bastava chegar com a unidade, tinha que ter outros programas da prefeitura que trabalhassem em outros focos. Nós criamos o “Vida Nova no Morro”²⁹, que era isso: a gente chegava lá, por exemplo, em frente a unidade passava uma vala a céu aberto. Como é que a gente podia ficar falando de saúde pública e deixando a população conviver com o lixo e o esgoto passando na porta da unidade? A secretaria de saúde fez uma ação cooperada com a secretaria de obras e propôs que fosse feita a canalização do esgoto. (C2)

A omissão do órgão público era real e presente. Quando a população tinha contato com a equipe do PMF, aproveitava a oportunidade para reclamar suas demandas. A equipe repassava para seus supervisores que tentavam fazer parcerias para a resolução desses problemas. Enquanto isso, a equipe não deixava de trabalhar com a população, mostrando os riscos, os perigos e o que poderia ser feito para atacar aquele problema

compartilhada, quando os dois profissionais atendem ao mesmo usuário de forma conjunta. O processo de interconsultas amplia o aperfeiçoamento das equipes básicas, aumenta a resolubilidade tanto das equipes quanto dos serviços e provoca maior satisfação das necessidades dos usuários (Silva, 2007).

²⁹ O Programa Vida Nova no Morro foi implantado em 1990 e tinha como objetivo fazer parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e outras secretarias para a implementação de projetos de melhorias na urbanização de favelas e saneamento nos bairros onde se instalavam os módulos do PMF (Terra; Malik, 1998).

paralelamente à prefeitura, com um trabalho que buscava a modificação daquela realidade.

Para a implantação inicial do PMF, foi realizado um estudo pela Prefeitura Municipal em 1992, onde foram mapeadas as áreas de risco social e epidemiológico, concluindo que 120 mil pessoas moravam nessas áreas, sendo 440 mil habitantes a população total do município. Este diagnóstico ambiental subsidiou a escolha dos locais prioritários para a implantação do primeiro módulo de PMF na comunidade do Preventório³⁰ neste ano. A meta inicial do programa era atingir 30% da população total de Niterói (Mascarenhas & Almeida, 2002).

Então, as comunidades foram divididas em setores delimitados geograficamente, segundo área de moradia, abrangendo aproximadamente 1.000 pessoas ou 250 famílias. Essa etapa foi chamada de setorização. O setor era próximo ao módulo, podendo ser acessado pela equipe básica responsável por ele sem o uso de meios de transportes.

Em seguida, a equipe realizava o cadastramento dos moradores de cada setor por meio de prontuários individuais e familiares, o que facilitou o acompanhamento posterior dessas famílias. O PMF de Niterói é um dos pioneiros nesta abordagem familiar, servindo de referência para o modelo do PSF (Mascarenhas, 2003).

Ao final do processo de cadastramento, era realizado um diagnóstico epidemiológico de cada setor. Esse instrumento baseava as futuras ações, ao refletir o perfil dos usuários e suas reais necessidades de saúde, além de subsidiar discussões com o objetivo de garantir o apoio intersectorial.

Uma característica importante do Programa era a reunião com a comunidade, chamada de reunião de setor, utilizando metodologia participativa para o entendimento do processo saúde-doença e propostas de intervenção. Propunha ainda a avaliação dos integrantes da família e a indicação por meio de referência dos casos que necessitam do especialista ou de exames complementares. Esse encontro poderia ser realizado no espaço do módulo ou em outro local da comunidade previamente avisado aos cadastrados.

Essas reuniões de setores serviam para os usuários do PMF verbalizarem suas necessidades, a equipe explicava melhor como a rede de saúde funciona, justificando possíveis demoras no agendamento de consultas em outros níveis de atenção, as dificuldades das referências.

³⁰ O primeiro módulo do PMF foi na comunidade do Preventório, no bairro de Charitas; o segundo módulo, na comunidade do Viradouro, no bairro de mesmo nome; o terceiro, na comunidade do Cavalão, no bairro de São Francisco. Esses três bairros localizam-se na região das Praias da Baía. Essas comunidades não possuíam os piores índices sociais na época do início da implantação do PMF, mas como relata o entrevistado M2 “(...) eles foram inicialmente começando nas regiões com maior dificuldade, mas não as que tinham maior dificuldade financeira. Eram as que tinham mais facilidade e viabilidade de entrar”.

Na proposta do PMF, as atividades desenvolvidas foram dirigidas aos grupos populacionais prioritários (crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos). Para as crianças, a equipe oferecia puericultura, cobertura vacinal, avaliação de crescimento e desenvolvimento, vigilância nutricional; aos adolescentes foram oferecidas avaliação periódica e educação em saúde; para as mulheres, exames preventivos, planejamento familiar e pré-natal; os adultos poderiam fazer acompanhamento periódico, controle de hipertensão arterial, diabetes mellitus e outros agravos mais frequentes e cobertura vacinal; para os idosos, foram realizados projetos de reabilitação, cuidadores domiciliares e reintegração social.

A educação continuada da equipe era garantida por programas institucionais específicos, com recursos federais, ou cursos eventuais da equipe do próprio município, com o objetivo de manter atualizações periódicas e a educação permanente dos profissionais do Programa.

O PMF se articulava com outros serviços da rede de atenção à saúde de Niterói de diversas formas. Os módulos se relacionavam diretamente com as Policlínicas Comunitárias, caso houvesse alguma necessidade de referência para especialidades e exames. Cada módulo tinha sua Policlínica de referência. Quando era necessária a referência para o hospital, o fluxo se fazia pela Central de Marcação do PMF. Ao serem marcadas as consultas, a equipe era responsável por comunicar ao usuário sobre a marcação (Sá, 2003).

Sá (2003) explica que o PMF estava vinculado à FMSN por meio da Vice Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família. Sua gestão era constituída por um gerente geral (VIPACAF), a Coordenação Geral, as Coordenações de Grupo Básico de Trabalho, a Coordenação Administrativa, a Coordenação de Informação, a Coordenação da Central de Marcação de Consultas e Exames e os Presidentes das Associações de Moradores das comunidades cobertas.

O estudo de Mascarenhas e Almeida (2002) afirma que a implantação do PMF trouxe alguns bons resultados aos indicadores de saúde da cidade, como: o aumento na captação precoce de crianças recém-nascidas e no acompanhamento do crescimento, cobertura vacinal de 100% nos menores de um ano, pré-natal com início no primeiro trimestre de gestação, cobertura de cerca de 70% na realização de exames preventivos de câncer cérvico-uterino nas faixas etárias de maior risco, aumento na cobertura de acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes, redução de mortes por causas evitáveis e aumento do diagnóstico precoce da incidência de hanseníase e tuberculose.

Em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família, uma proposta que guardava semelhanças com o Programa Médico de Família. Profissionais do PMF relatam o paradoxo que se configurava pelo fato do programa do município não ter sido reconhecido como Saúde da Família.

Depois mais adiante o Ministério da Saúde adota, só que com o nome de Programa de Saúde da Família. E nós de Niterói tivemos que amargar um dobrado, porque eles levaram algum tempo para reconhecer que o PMF de Niterói era o PSF. Nós passamos algum tempo sem receber um tostão do programa nacional, porque o nosso não era Saúde da Família, por conta do formato da equipe. (C2)

Foi um paradoxo, a gente passou de ser uma experiência que era precursora, para ficar meio que a margem. Quando implantou o PSF, a gente ficou marginal ao programa. Os outros municípios acabaram por se adaptar ao modelo do PSF, já Niterói ficou bancando. (C1)

O Ministério da Saúde alegava que a equipe do PMF era reduzida e, principalmente, não contavam com o agente comunitário de saúde, que estava em evidência na época por causa dos resultados positivos no Nordeste com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Porém, como no município esse trabalho mais próximo às comunidades já era uma herança do Projeto Niterói, as pessoas da comunidade que se interessavam por esse trabalho procuraram se profissionalizar por meio de curso técnico de Enfermagem. Quando foi realizado o diagnóstico inicial nas comunidades para estudar os perfis da população, verificou-se que existia uma quantidade suficiente de profissionais de nível técnico. Por isso, o PMF optou por contar em sua equipe com um técnico de Enfermagem em vez do ACS, pela oferta que havia no município desses profissionais. Pelo diagnóstico realizado para mapeamento das áreas mais carentes, percebeu-se que havia uma parcela da população com nível médio nesses locais, além do fato da entrada do programa nas comunidades ter servido como estímulo a procura de qualificação profissional e possibilidade de trabalho.

Niterói manteve seu modelo e tentava argumentar com o Ministério da Saúde, mas enquanto o reconhecimento da similaridade não veio, o PMF amargava a exclusão do financiamento de suas ações pela gestão federal.

Como a prefeitura destinava recursos ao programa, o fato de no primeiro momento o Ministério não reconhecer que o Saúde da

Família nosso era o Saúde da Família deles não impediu a continuidade do programa. A prefeitura continuou aplicando recursos do seu orçamento e nós continuamos brigando com o Ministério dizendo que isso era um absurdo. Houve um alijamento inicial sim.
(C2)

O fato do MS não reconhecer o Programa Médico de Família de Niterói causava estranheza até nos gestores de outros municípios que consideravam a cidade como precursora desse modelo de atenção. Quando havia eventos nacionais para a discussão da atenção primária à saúde, o município se esforçava para mandar algum representante com estudos para divulgação do trabalho realizado.

Embora tardio, o reconhecimento veio por meio da Portaria nº 1.348, publicada em 18 de novembro de 1999 pelo então ministro da saúde José Serra. Essa portaria previa a implantação de incentivo financeiro às estratégias de organização da Atenção Primária, similares ao Programa de Saúde da Família, ao considerar as diferentes realidades existentes nos municípios brasileiros e a necessidade de avançar na organização dos sistemas municipais de saúde (Brasil, 1999).

Depois, o Ministério acabou assumindo que o Médico de Família de Niterói e o Saúde da Família nacional tinham muitas semelhanças e muito poucas diferenças. Então, não teria como manter assim. Tinha ainda que dar algum arranjo, mas de qualquer forma pelo menos começaram a dialogar com o modelo de Niterói. (...) Chegou uma hora que isso ficou bastante tensionado, até que o Ministério resolveu admitir que tinha que ter uma saída. Foi quando inventou o similar.
(C2)

Por essa portaria, os municípios que expressassem os princípios e diretrizes do SUS passariam a receber o PAB (o valor de R\$ 18.000,00 por equipe/ano), se seguissem algumas características operacionais. A composição das equipes poderia apresentar adaptações e a cobertura populacional de cada equipe deveria situar-se na faixa de 1.000 a 4.500 habitantes (Brasil, 1999).

Em entrevista, um profissional da coordenação do programa relata que Niterói até então precisava fazer arranjos para que suas equipes contabilizassem o mesmo que as equipes do PSF, por ter abrangência menor que o modelo preconizado pelo MS. Mas considera que essa relutância em Niterói não ceder às pressões, de alguma forma levava a

reflexão de que esse número de cobertura da equipe do PSF era bastante alto, o que prejudicava a qualidade da assistência.

Passou de convênio para transferência fundo a fundo, com uns critérios, porque cada equipe nossa correspondia a quase um terço do que o Ministério preconizava. Então a gente juntava duas equipes para contar uma. Isso foi o máximo que o Ministério aceitou no princípio, mesmo assim era uma equipe que não chegava ao número mínimo preconizado. Eu não sei até que ponto, essa resistência de Niterói também tencionava esse número para baixo, o nosso papel ali era fazer um contraponto, a gente achava que com 1.000, 1.000 e pouco já era difícil pra caramba, por causa da necessidade daquele território. (C1)

Os projetos similares deveriam ser enviados para as secretarias estaduais de saúde, para apreciação da Comissão Intergestores Bipartite, que encaminharia para a análise do Ministério da Saúde, que poderia ainda solicitar documentação complementar e realizar em conjunto com a secretaria estadual visita ao município pleiteante (Brasil, 1999).

Acho que só depois dessa portaria que a gente conseguiu ficar um para um, ficou similar. (...) Naquele momento a gente conseguiu romper um pouco a tensão que o Ministério fazia, por exemplo, para mudanças estruturais, organizacionais do Saúde da Família. Na época os representantes de lá vinham para cá imbuídos do papel de converter o modelo para o PSF, sobretudo dos agentes comunitários, o que estava completamente fora de cogitação. (C1)

A persistência do PMF em manter seu modelo original era justificada pelo orçamento majoritariamente municipal do programa e pela continuidade política, com três gestões consecutivas do PDT.

Foram doze anos que a política se manteve. Eu não sei se tivesse tido sucessões distintas, se isso teria tomado o rumo que tomou. Como Niterói teve um processo de permanência de gestores alta, eu acho que isso contribuiu também para que o programa conseguisse se consolidar enquanto um programa do município e com recurso próprio até que, mesmo quando entra o financiamento do Ministério, a prefeitura não deixa de contribuir. (C2)

Com a implantação do PSF em nível nacional, foram criados os Polos de Capacitação, estratégia pensada para a formação e educação permanente dos profissionais da Saúde da Família. Dessa maneira, buscou-se minimizar as lacunas da formação dos profissionais atuantes, pois era um desafio encontrar recursos humanos com o perfil, competências e habilidades necessárias para que o PSF levasse a uma mudança efetiva do modelo de atenção (Mascarenhas, 2003).

Os Polos eram baseados na articulação entre os serviços de saúde (das SES e SMS) e as instituições de ensino superior. Eles atuavam no treinamento introdutório dos profissionais das equipes, no processo de educação permanente em serviço e na formação de graduação e pós-graduação (Residência em Saúde da Família). Essa alternativa do MS teve início em dezembro de 1996. Já no ano 2000, existiam 31 Polos em todo o país, financiados pelo REFORSUS.

No município de Niterói, segundo afirma Mascarenhas (2003), o Polo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro foi constituído em 1999 pela SES, FMSN, a UFF, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Fundação Educacional Serra dos Órgãos, a Universidade Severino Sombra, a Faculdade de Medicina de Campos e a Universidade do Grande Rio. Esse Polo, além dos cursos introdutórios, realizava cursos de especialização para médicos e enfermeiros.

As atividades no PMF iniciaram-se com 3 módulos e 10 equipes, atendendo a 10.640 pessoas. De 1992 a 2000, o município implantou 27 módulos e 74 equipes, atendendo cerca de 64.000 pessoas, o que representa 53% da população priorizada e uma cobertura de 14% da população total de Niterói. No final de 2002, o PMF contava com 86 equipes, atendendo 90 mil pessoas, o que representava 19,4% da população da cidade. Já no Estado do Rio de Janeiro, nos primeiros quatro anos de implementação do PSF (1994-1998), foram implantadas 89 equipes em 25 municípios. Em 2000, o Estado do Rio de Janeiro já contava com 400 equipes do PSF. (Mascarenhas, 2003). A seguir é possível verificar o ritmo de implantação do PMF (Tabela 1).

Tabela 1: Evolução da implantação dos módulos do PMF em Niterói, 1992-2005.

Ano	Nº de Módulos	Nº de Equipes	População Coberta	População Total	% População Coberta
1992	3	10	10.640	438.731	2,4%
1993	5	16	17.519	442.783	4,0%
1994	9	30	35.218	446.753	7,9%
1995	10	34	37.876	450.618	8,4%
1996	12	38	39.832	450.364	8,8%
1997	14	40	43.155	453.910	9,5%
1998	14	40	43.155	456.892	9,5%
1999	18	53	56.000	459.883	12,2%
2000	27	74	64.000	459.451	13,9%
2001	31	86	58.514	461.203	12,7%
2002	31	86	90.000	464.354	19,4%
2003	31	86	83.077	466.630	17,8%
2004	31	88	100.692	468.897	21,5%
2005	31	94	114.191	474.048	24,1%

Fonte: Adaptado do artigo de Mascarenhas & Almeida, 2002. Atualizado com dados do SIAB/TABNET, 2013.

Acredita-se que essa expansão do Programa Médico de Família foi favorecida pelos estímulos aos Polos de Capacitação, pelo PROESF e pelos incentivos do governo federal aos municípios que apresentaram melhoria nos indicadores da atenção primária.

Como o município de Niterói já estava apontando para um processo de adaptação do PMF para os moldes do PSF, ele foi inserido no PROESF, que na Portaria do Ministério da Saúde nº 945, de 10 de outubro de 2003, tornou público os municípios que tiveram os seus projetos de expansão aceitos (Nascimento, 2006).

Segundo Nascimento (2006), a FMSN apresentava um cronograma de implantação do PROESF organizado em três fases. A primeira fase compreendia o ano de 2004, quando o município recebeu investimentos federais no valor de R\$ 852.000,00. A segunda fase era compreendida de 2005 até o final de 2006 e os recursos federais investidos somavam R\$ 2.043.144,00. O Projeto deveria estar totalmente implantado em junho de 2008, quando R\$ 4.256.550,00 já terão sido repassados para a implementação

das ações que garantirão a cobertura de aproximadamente 70%³¹ da população pelos módulos de médico de família e unidades de saúde da família, ampliadas com equipes de saúde bucal.

No ano de 2004, houve a aprovação pelo Banco Mundial da Programação Orçamentária Anual para iniciar a implementação das ações previstas na primeira fase. Tais ações compreendiam a aquisição de equipamentos de saúde bucal e de aparelhos de ultra-sonografia, bem como obras para a viabilização da adaptação de unidades básicas em módulos do PMF, principalmente na região norte da cidade (Nascimento, 2006).

A FMSN alegava que o PROESF em Niterói constituía um fator fundamental para fazer avançar a proposta de construção de um sistema integrado de saúde, articulando o PMF aos demais serviços da rede e procurando reforçar um sistema de referência que desse suporte às ações de atenção primária e garantissem a continuidade do cuidado (Nascimento, 2006).

De acordo com o Relatório do PROESF (2005) sobre o município de Niterói, mesmo com a ruptura da coligação PT-PDT³² em março de 2004 não comprometeu a continuidade das principais políticas, havendo uma estabilidade do grupo de condução no executivo municipal e na saúde. O prefeito mostrava-se sensível às demandas feitas pela SMS e acatava, em sua maioria, as decisões tomadas no âmbito da saúde, pois o secretário municipal de saúde da época era do mesmo partido que o prefeito, além de terem uma relação pessoal de amizade. Isso resultava numa política de saúde municipal que apresentava bons resultados, e que foi considerada pelo prefeito como um dos principais fatores que contribuíram para sua eleição em Niterói.

No momento do PROESF, o município já tinha percebido que havia a necessidade de desconcentração de funções de planejamento e gestão para uma coordenação regional. A FMSN estava em processo de desconcentração das funções da VIPACAF para as coordenações regionais atreladas às policlínicas regionais. As policlínicas regionais eram gestoras de grandes áreas territoriais (regiões de saúde) que reuniam módulos do PMF, unidades básicas convencionais e policlínicas comunitárias, que continham o PMF e médicos especializados (Lima, 2005).

O sistema municipal de saúde estava organizado em cinco regiões de saúde. O recorte territorial e populacional utilizado era próprio da saúde e não necessariamente respeitava a divisão proposta pela equipe de Planejamento do município. Todas as regiões

³¹ Como será observado a seguir, a meta de 70% não foi alcançada. No ano de 2006, a cobertura atingiu a marca de 26,5% da população total do município (Tabela 3).

³² Na gestão de 2001-2004, o prefeito era o Jorge Roberto Silveira (PDT) e o vice-prefeito era o Godofredo Pinto (PT). Jorge Roberto foi tentar a candidatura para governador do Estado do Rio de Janeiro, e o vice-prefeito assumiu seu cargo. Nas eleições seguintes, Godofredo Pinto foi eleito prefeito.

de saúde possuíam o PMF implantado, com cobertura variável entre elas. Em algumas regiões era a principal porta de entrada, em outras tinha uma importância menor em relação às unidades básicas convencionais. Em cada região havia uma equipe de supervisão do PMF, que apoiava as equipes dos módulos do PMF (Lima, 2005).

O PROESF em Niterói teve como um de seus objetivos o fortalecimento das policlínicas comunitárias. Nelas estavam sendo implantadas “equipes de saúde da família ampliadas” (por influência do PSF). Para isso, alguns módulos do PMF estavam sendo modificados para policlínicas comunitárias. Existiam ainda as policlínicas regionais, onde atuavam médicos generalistas e especializados e profissionais de saúde bucal. Tanto as policlínicas regionais como as policlínicas comunitárias funcionavam como porta de entrada e como unidades de referência para unidades básicas de saúde convencionais e para o PMF, além de serem consideradas serviços de atenção primária no município (Lima, 2005).

Com o fortalecimento da figura das policlínicas, foi possível fortalecer a regionalização na organização do sistema municipal de saúde, com as policlínicas assumindo seu papel de integração dos serviços existentes e sua área de abrangência.

Em 2005, Niterói apresentava diversidade na oferta de serviços especializados e de alta complexidade, com uma extensa rede de serviços de referência para consultas especializadas, exames e terapias e internações, e funcionando como polo de referência para os municípios da Região Metropolitana do RJ.

No entanto, o município apresentava dificuldades no sistema de organização das referências municipais: a marcação e a regulação de consultas especializadas e exames era dividida em várias centrais que funcionavam no Serviço de Atendimento ao Usuário, na Divisão de Atendimento ao Usuário. Alguns exames de alta complexidade eram autorizados, mas não havia marcação pelas centrais e as internações eram reguladas pela central de regulação regional (Lima, 2005).

Em março de 2005, das 2369 internações realizadas em Niterói, 62% foram reguladas pela central. Não havia tecnologia adequada disponível que permitisse uma integração das informações nos diferentes serviços de marcação/regulação de consultas/serviços especializados. Isso dificultava o controle, avaliação e monitoramento dos atendimentos prestados através da central. Havia uma proposta de desconcentrar a responsabilidade sobre a marcação de consultas e exames para as policlínicas regionais, que fariam a marcação dos serviços disponíveis em sua área de abrangência e encaminhariam as solicitações para outras regiões, caso não possuíssem os serviços necessários (Lima, 2005).

Esse era o contexto do Programa Médico de Família desde a sua implementação inicial em 1992 e de sua consolidação e expansão até o final de 2005. A seguir, serão apresentadas evidências de uma tentativa de adaptação do modelo original para o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

4.2 Mudanças e Adaptações Incrementais do PMF no período de 2006 a 2014

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica, que buscava revitalizar a atenção primária do país, apontando para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento. Além de consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (Brasil, 2006).

O PMF já vinha num processo de expansão de seu modelo, inaugurando novas unidades com novas equipes. Porém essa mudança foi mais facilmente percebida na última gestão (2009-2012) do prefeito Jorge Roberto Silveira, como sugere depoimento de um supervisor entrevistado.

Não foi nessa gestão de agora, começou na gestão anterior, com a chegada dos agentes comunitários que entraram primeiro que os enfermeiros. A gestão passada, na transição, terminou com a figura do supervisor de enfermagem, que era o elemento técnico que servia de apoio à enfermagem. A ideia parece que é ter um enfermeiro para cada equipe, hoje ainda não é, já está começando a se adequar a isso. (SU3)

Foi nesse governo que o agente comunitário de saúde e o enfermeiro foram inseridos na equipe do PMF. Cada equipe passou a contar com dois ACS e um enfermeiro foi contratado para trabalhar em duas equipes. Com esses novos profissionais, a equipe aumentou sua área de abrangência, podendo cadastrar mais famílias, contribuindo para o aumento da cobertura da população.

Aos poucos, acho que a gestão percebeu que tendo os ACS's, você aliviaria um pouco o trabalho do técnico e do médico, para fazer o cadastro familiar, as buscas, algumas atividades. Aliado a isso, existia também uma pressão de que Niterói fosse se adequando no sentido da expansão. Com a ampliação da equipe, a gente também ampliou o quantitativo de famílias e de pessoas cobertas pelo programa. (SU3)

Essa mudança na conformação da equipe pode ser explicada pelo interesse em se adaptar ao modelo preconizado pelo MS e, assim, aumentar o número de famílias cobertas pelo programa, ou ainda pela dificuldade em fixar o profissional médico no PMF, por não haver candidatos interessados para as vagas disponíveis.

Agora eles estão no conceito de saúde da família em termos de profissionais, em termos de abrangência, e ao mesmo tempo tem uma carência de profissionais, porque eles tem vagas de médicos que por muito tempo eles não conseguiram mais preencher. Na época que eu entrei, tinham vários currículos, eles escolhiam 'eu quero você, eu quero você'. Depois de certa época (...) tinham várias vagas sobrando, isso não se tornou tão interessante. (M1)

O PMF não tinha problema na contratação de médicos, mas isso passou a ser a realidade do programa, que se viu na condição de ter que competir com os altos salários oferecidos pela ESF do município vizinho, o Rio de Janeiro, e também pela UPA.

(...) muitos deles [médicos] têm quinze anos de vínculo com a Associação de Moradores. Eles tinham uma baixa rotatividade, diferentemente dos outros municípios. Quando começou essa crise e o município do Rio agressivamente elevou os salários, a rotatividade chegou a 50%, mas nos últimos 15 anos essa rotatividade estava abaixo de 20%. Entenda que tem uma conjuntura que desmonta, uma UPA que paga sete mil no plantão, difícil competir. (D1)

Com a chegada do ACS e do enfermeiro no PMF e conseqüente aumento do quantitativo de famílias sob responsabilidade da equipe, algumas reorientações do processo de trabalho tiveram que ser implementadas, como: para o médico, aumentou a demanda por consultas, porém o trabalho realizado no território (cadastramento, busca ativa, entrega de referências) passou a ser desenvolvido pelo agente comunitário de saúde, priorizando as visitas domiciliares para aqueles usuários mais comprometidos e acamados; o técnico de enfermagem ora está no módulo fazendo a pré-consulta de enfermagem, ora está acompanhando os agentes comunitários em suas atividades; os agentes comunitários de saúde além das visitas domiciliares, ainda desempenham funções de digitação das informações de saúde dos seus setores.

Essa expansão parece ter sido rápida e sem o devido preparo das equipes pela gestão do Programa Médico de Família, como relatam os trechos das entrevistas com dois médicos:

Os agentes comunitários entraram meio que na marra, sem fazer nenhuma capacitação. Entravam e depois faziam um introdutório, entravam porque tinha que recadastrar (M2)

A expansão, como eles estão colocando agora enfermeiras e agentes comunitários de saúde, é problemática, foi um processo assim muito mal preparado. (M1)

Os Agentes Comunitários de Saúde foram inseridos na equipe sem uma preparação anterior, essa capacitação veio no decorrer do processo e muitas das vezes como uma atitude da própria equipe que os acolhia. Vale ressaltar que esses profissionais são pessoas da própria comunidade onde é inserida a unidade, a maioria deles não está acostumada com as discussões próprias do campo da saúde e precisa se ambientar com a metodologia do programa.

Não teve treinamento não. (...) A gente fez muito isso dentro da própria unidade, mas por iniciativa dos médicos e dos enfermeiros. E aí eles têm os treinamentos pontuais, como o treinamento de tuberculose. (M3)

Exemplo dessa expansão rápida realizada pela gestão foi a figura do enfermeiro. Esse profissional foi inserido nas equipes, mas não teve suas atribuições especificadas, ora ficando na assistência, ora assumindo a função de gerente da unidade.

O papel do enfermeiro hoje não é um papel muito bem definido. A gente ouve da supervisão uma questão, a coordenação diz outra, elas mesmas ficam entre gerenciadoras de unidades e atendimento de ponta, que elas poderiam fazer. O papel das enfermeiras é muito confuso hoje. (M1)

Como a gestão do PMF não determinou claramente quais eram as responsabilidades e atividades do enfermeiro³³, esse profissional acabou assumindo a

³³ A secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, por exemplo, lançou em 2012 o Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica. Esse documento teve a participação de pesquisadores das universidades, a equipe da SMS e representantes do Conselho Regional de Enfermagem, e explicava a atuação do enfermeiro em todas as atividades da ESF, inclusive os procedimentos e o passo-a-passo das consultas de Enfermagem. Durante o trabalho de campo deste estudo, a equipe da FMSN estava em processo de

supervisão do trabalho do ACS, alguns poucos procedimentos, a organização das informações da equipe e a comunicação com a policlínica regional.

O enfermeiro ficou numa posição muito ruim, ou ele é parte da equipe, ou ele é chefe. Você tem dois perfis de enfermeiros: aquele que faz o papel político, faz o papel de relação com a regional, que integra com as outras unidades, que organiza o trabalho do ACS e você tem aquele que está no campo, que faz os curativos. Você não consegue ter os dois perfis na mesma pessoa, eu acho isso uma fragilidade. Não sei se eles esperavam que o enfermeiro assumisse isso, mas ele não conseguiu.
(M3)

O papel do enfermeiro nessa atualização da equipe do Programa Médico de Família ainda não está totalmente definido, a gestão tem se reunido com apoiadores da secretaria estadual para discutir sobre isso e definir as atribuições desse profissional.

Apesar dessas lacunas no processo de expansão do Programa Médico de Família, essas alterações na equipe parecem ter agradado às comunidades, como destacado abaixo nos fragmentos das entrevistas com os presidentes das Associações de Moradores:

Agora temos uma enfermeira que não tinha, que orienta melhor as coisas, quando tem que ser feito né? Tem agente de saúde que não tinha, que está fazendo o lugar das enfermeiras pra acompanhar os médicos quando tem que ir no local (...) A entrada desses agentes foi boa, porque melhorou também o lado das técnicas de enfermagem.
(A1)

Hoje estou vendo as mudanças, mas ainda fico receosa. Eu quero acompanhar esse outro programa. De início está bem parecido mesmo com o Médico de Família, não tem muita diferença. Pra mim melhorou muito, porque hoje tem equipe completa e ainda colocaram mais as ACS que ajudam muito. (A2)

Enquanto para a população a entrada desses profissionais na equipe representou uma melhora na assistência prestada, pois contribuiu para diminuir a sobrecarga do médico, alguns médicos têm tido dificuldade em organizar sua prática, porque com o aumento do número de famílias sob sua responsabilidade, aumentou a demanda por

discussão das atribuições do enfermeiro, com a ideia de também lançar seu protocolo. Mas até aquele momento essas informações ainda não tinham sido divulgadas para as equipes.

consultas e diminuiu a carga horária de visita domiciliar, quase que restringindo-se aos usuários acamados.

Eu perdi completamente o domínio do setor mesmo. Eu acabo ficando muito tempo no consultório. Eu ia todo dia pro campo entregar referência, eu sabia onde todo mundo morava, eu sabia tudo. Eu ainda não consigo ver um resultado positivo dessa transição. Acho que é positivo ter outros olhares, mas acho que ainda não se refletiu numa mudança na qualidade. (M3)

Com o intuito de qualificar o trabalho e ampliar a resolutividade das ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, em 2008, o MS lançou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que podem ser constituídos por diversas categorias profissionais para a atuação em parceria com as equipes de SF, na lógica do apoio matricial (Giovanella; Mendonça, 2012).

O Programa Médico de Família já tinha vivência nesse trabalho de apoio matricial com a atuação da equipe de Supervisão. Esse sempre foi o grande diferencial desse modelo, pois garantia o apoio de especialistas aos médicos generalistas e ainda contribuía para o processo de formação por meio das interconsultas e das discussões de casos.

O desafio que se apresenta atualmente é a transformação dessa equipe de supervisão em NASF, sem perder a qualidade do trabalho desempenhado. Além disso, é necessário pensar numa estratégia de formação dessas equipes do NASF, podendo ser por meio de processos seletivos ou do deslocamento de profissionais da rede para essa nova função, com adaptação às novas atribuições.

Segundo Mascarenhas (2003), os supervisores eram responsáveis por garantir a execução das diretrizes do PMF. Eles usavam as informações colhidas e registradas no formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica, que constituíam a base para elaboração dos relatórios que permitiam aos gestores municipais conhecer a realidade sócio-sanitária da população, avaliar, readequar e melhorar os serviços de saúde.

Nós tínhamos uma divisão territorial por áreas de trabalho e tínhamos uma equipe de supervisores médicos e não médicos, que faziam um trabalho de matriciamento dessas equipes, nós funcionávamos como uma referência local para os casos mais complexos e trabalhávamos bastante também com relação ao apoio nas tarefas educativas da própria equipe e da equipe para com a comunidade e respondíamos também por alguma parte das atividades administrativas dessas unidades de saúde. (SU1)

Atualmente, algumas mudanças são percebidas, como: o supervisor passou a ser chamado de apoiador; a supervisão é responsável por um número maior de equipes para apoiar; às vezes não é possível fixar turnos de trabalho em cada unidade apoiada, porém, nas áreas clínicas básicas, faz-se um esforço maior em vista dos agendamentos dos atendimentos em conjunto com o médico de família; e o apoio matricial às equipes tem sido feito de uma forma um pouco mais direcionada a cada área de trabalho.

Com esse aumento do número de equipes sob responsabilidade do supervisor, diminuiu-se a carga horária desse profissional com cada equipe, resultando em menos espaços de discussão de casos e interconsultas, mas mantiveram-se as consultas agendadas para os supervisores quando o médico sente a necessidade de um olhar do especialista.

Outra mudança foi a função de coordenação de área. No momento de formulação do PMF, o município era dividido em regionais e cada regional tinha o seu coordenador e seu grupo de supervisores. Nessa última gestão municipal, optou-se por não manter o coordenador de área e somente conservar a coordenação executiva do programa. Vale ressaltar, que essa comissão era composta por quatro coordenadores e passou a contar com somente duas. Essa nova conformação centralizou ainda mais a gestão e sem a figura do coordenador de área, que funcionava como um mediador para dificuldades que não precisavam chegar até a coordenação geral, tudo que não poderia ser resolvido pela equipe na unidade era passado para essas duas coordenadoras.

Além da supressão dos coordenadores de área, os supervisores perderam um pouco o seu papel de gestor, podendo se dedicar mais a função de matriciamento.

Essa gestão tentou valorizar um pouco mais a coisa da equipe e tirou um pouco da centralidade da supervisão, que era muito fortalecida no programa, eram meio que co-gestores também, eles faziam papel de gestão da unidade. Com a entrada dessa gestão, a supervisão perdeu esse papel de gestão, ficou uma coisa mais técnica. Eu não sei se é visando a transformação em NASF, parece que é. (M3)

O aumento de equipes sob responsabilidade dos supervisores além de diminuir a carga horária de matriciamento de cada equipe, também resultou em diminuição dos espaços de educação continuada. Tais encontros eram propostos pelos supervisores à coordenação geral do PMF, de acordo com as demandas e dificuldades que surgiam no dia-a-dia das unidades.

De acordo com Neto (2014), os médicos e técnicos de enfermagem antes tinham quatro horas semanais para capacitações. Atualmente, essas reuniões foram sendo “esvaziadas”. Essa afirmativa está em concordância com as entrevistas que foram realizadas neste estudo. Muitos dos entrevistados se queixaram porque consideravam esses encontros importantes para as trocas de informações, por serem momentos que os médicos conversavam sobre as rotinas de cada módulo, identificando semelhanças e diferenças.

Essas mudanças na organização do trabalho do PMF sugerem uma aproximação com a ESF. O trecho abaixo explicita o processo de transição e adaptação desse modelo ao preconizado pelo Ministério da Saúde, mais intensificado com a reedição da PNAB.

A gente está num processo que está continuo, que veio da gestão anterior. Não cabia mais o PMF como ele era. Então, ele teve que se adequar a política nacional, e isso vem acontecendo desde a gestão anterior. Essa gestão atual deu continuidade a esse processo, eu acho que a gente está no processo de transformação e aproximação da saúde da família. (M3)

Ao assumir o Ministério da Saúde em 2011, Alexandre Padilha admitiu como uma de suas prioridades a garantia ao acesso, e gerou polêmica ao afirmar que “não existe modelo único de atenção primária à saúde num Brasil que é tão diverso como o nosso”³⁴. Assim, lançou uma Política Nacional de Atenção Básica mais flexível e considerando as diferentes realidades presentes no país.

A PNAB de 2011 manteve a essência da anterior e consolidou as mudanças que ocorreram desde então, como os NASF, as equipes de Saúde da Família ribeirinhas, o Programa Saúde na Escola, regulamentou os Consultórios de Rua, além de flexibilizar a carga horária médica nas equipes de Saúde da Família (Brasil, 2011).

No campo conceitual, a PNAB mantém a Saúde da Família como a estratégia recomendada para a atenção primária à saúde. Ao abordar a conformação das equipes, sugere que o médico seja generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, ao invés de somente médico, como na primeira política. Mantém o limite de 4 mil pessoas adscritas a cada equipe de Saúde da Família, com uma média recomendada de 3 mil pessoas, e acrescentou a recomendação de que o número de pessoas sob os cuidados de cada equipe seja menor em populações de maior vulnerabilidade.

³⁴ Discurso do ministro da saúde, Alexandre Padilha, em cerimônia de transmissão de cargo, em 03 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Além disso, a nova PNAB considera a conformação do SUS em redes de atenção à saúde, que destacam a importância e a complexidade do trabalho da atenção primária, como nível ordenador do cuidado.

Na medida em que foi implantado o PMF, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde deparou-se com queixas dos profissionais da rede que discordavam das diferenças salariais, alegando que os profissionais do Programa estavam sendo privilegiados com salários mais altos. Por causa disso, a colaboração entre os serviços foi dificultada em relação à referência e contra-referência.

Considerando essa organização hierarquizada da rede de serviços à saúde, uma dificuldade que a atuação do PMF acaba ressaltando é o problema dos encaminhamentos de usuários para os níveis secundários e terciários. A atenção primária se aproxima do usuário e de sua família e faz o acompanhamento de sua condição de saúde, com isso, surge a necessidade da realização de exames e consultas com especialistas e é nesse ponto que a rede não consegue dar conta da demanda gerada pelo PMF.

Mas não são todas as especialidades que encontram dificuldades de encaminhamentos, como nutricionista, endocrinologista. Já ortopedista, otorrinolaringologista, cirurgião vascular podem levar meses para uma vaga ser disponibilizada no sistema de regulação. Isso resulta em atendimento no próprio PMF de casos que mereceriam de encaminhamentos, sendo referenciados somente o essencial.

Essa dificuldade em conseguir vagas com especialistas resulta numa necessidade maior de encontros com os supervisores, para tentar resolver o máximo possível das necessidades identificadas dos usuários na própria unidade e diminuir a espera por uma vaga regulada pelo nível central. Isso ainda se qualifica como um processo de aprendizado para o médico generalista, além de reduzir os encaminhamentos considerados desnecessários.

As especialidades básicas a gente atende, quando há uma grande dúvida a gente vê com a Supervisão da área. Quando tem alguma coisa específica, por exemplo, cirurgia pediátrica, aí sim que a gente encaminha, alguma coisa muito específica, muito elaborada, mas essas clínicas básicas a gente normalmente não encaminha. Eles (supervisores) vêm aqui, a gente vê junto e a gente decide junto, quando tem alguma dúvida, é um processo de aprendizado dinâmico. Então, coisas que no passado eu colocava para a Supervisão, hoje eu já não coloco. (M1)

Quando foi formulada a política do PMF, além da importante função dos supervisores, percebeu-se que a cogestão com as Associações de Moradores era uma alternativa interessante e viável naquela época. Porém, essa característica foi se tornando cada vez mais insustentável com o passar dos anos.

As Associações de Moradores possuíam tanto o papel de facilitar a entrada da equipe no território e o próprio entendimento dos moradores em relação às equipes, quanto também de oferecer para as equipes essa compreensão da organização, dos pontos críticos da comunidade. E ainda funcionava como um elemento para a qualificação do movimento social do município.

Era uma via de mão dupla mesmo: facilitava a entrada do médico na comunidade e da comunidade para o módulo. Era um grande desobstruidor de obstáculos a Associação de Moradores. Tinha também obviamente outros aspectos, como aqueles presidentes que não compreendiam bem o processo, que queriam ter algum ganho ou benefício. Mas tudo isso era muita conversação e muita negociação, porque a gente entendia que isso fazia parte de qualificar o movimento social. (C1)

A secretaria municipal de saúde firmou um convênio com as Associações de Moradores, que para conseguir um módulo do PMF para a sua comunidade precisava estar em dia com as obrigações legais. O recurso era repassado para as Associações e ao mesmo tempo a FMSN mantinha uma estrutura de apoio aos presidentes dessas Associações.

A Associação de Moradores é tipo uma gestora que assina as carteiras dos profissionais de saúde, mas sempre coordenado por lá. Nós temos uma Coordenação, nós não mexemos com nada, tudo é feito por lá. Nós apenas assinamos, porque só tem Médico de Família, porque tem a Associação de Moradores que é responsável por aquela comunidade, por aquela localidade, por aquele posto de saúde. (A1)

Os presidentes das Associações de Moradores além de assinar as carteiras dos profissionais, ajudam no entendimento da proposta do programa pela comunidade, que em alguns momentos não compreende a diferença do PMF para um serviço de urgências e emergências. Esse papel de educador é importante para a apropriação da população sobre os diferentes serviços da rede de saúde, além de ter sido ao longo desses anos um facilitador da continuidade desse programa.

Com o Médico de Família numa comunidade é mais fácil conseguir reivindicar por outras melhorias no território, como por exemplo, limpeza urbana, saneamento básico e outros serviços. Isso representa um poder de troca importante das Associações de Moradores.

De acordo com o relato abaixo do presidente da Associação de Moradores, o Médico de Família trouxe muitos benefícios para as comunidades em que estão inseridos:

A população ganhou um plano de saúde que é o Médico de Família para o pobre, que eu acho que é muito bom né?! O PMF no decorrer desse tempo que eu venho acompanhando tem nos trazido muitos benefícios, inclusive através dele que nós conseguimos detectar hanseníase na nossa comunidade. Aqui tinha um problema muito grande de verminose e foi através dele que isso foi praticamente já combatido. (A2)

Porém, apesar dessa parceria da gestão com o movimento social das comunidades, esse modelo de cogestão com as Associações de Moradores foi condenado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. A solução que tem sido discutida para viabilizar a continuação do programa é a Fundação Estatal, que foi baseada no estado da Bahia.

De acordo com a gestão, o Tribunal de Contas, que antes aprovava a cogestão, agora a proíbe. Por causa disso, outra solução precisou ser repensada e está em processo de tramitação na Câmara dos Vereadores.

Essa transição do modelo de gestão é uma discussão presente na rotina do PMF, mas nem todos os profissionais do PMF estão atualizados sobre sua tramitação na Câmara, como pode ser observado na comparação desses dois trechos das entrevistas com os médicos.

Está se definindo uma nova forma de gestão do PMF como forma de contrato, mas é muito estranho porque já estava definido. Pelo diário oficial, em três meses essa equipe ia entrar para a avaliação, em três meses ia mudar tudo, a forma de contrato. Tem dois anos, a Câmara já votou. (M2)

Começou na outra gestão essa discussão. Começou há muito tempo, na verdade. Essa gestão parece que conseguiu negociar um prazo maior, suspendeu a multa por um período para abrir novamente a discussão de qual modelo seria adotado. O antigo secretário de saúde anunciou que seria fundação estatal. Mas não tem nenhum processo em

andamento. Não foi votado ainda não, mas foi anunciado publicamente no evento de lançamento do Mais Saúde. (M3)

Já os presidentes das Associações de Moradores parecem desconhecer o fato de já ter uma proposta de substituição à cogestão em votação na Câmara, como expressa o relato abaixo.

O que pode estar querendo dificultar é o Ministério Público que acha que o Programa tem que acabar, que tem que passar a ser Saúde da Família direto pela Fundação ou sem a participação das Associações de Moradores. Eles acham que a Associação não tem poder para gerenciar o Médico de Família. Desde uns três anos atrás que eles estão tentando tirar, mas ainda não conseguiram. (A3)

Essa demora na discussão e aprovação de um novo modelo de gestão também pode ser explicada pela resistência de alguns profissionais com receio de demissão do PMF e os presidentes das Associações de Moradores a essa mudança, pois para eles a perda da cogestão representa uma perda de poder. Portanto, há resistência de muitos lados.

A universidade tem cumprido seu papel como espaço de discussão e apresentação de diferentes soluções para a questão da gestão do Programa Médico de Família, como as experiências de outros municípios.

A votação para a decisão da gestão do PMF aconteceu durante a semana entre o Natal e o Réveillon, com as portas do plenário fechadas, uma situação diferente do que geralmente ocorre, pois as discussões costumam ser abertas a quem tiver interesse.

No site da Câmara Municipal de Niterói³⁵, encontra-se a mensagem executiva 08/2014, que cria a fundação estatal de direito privado voltada à prestação de serviços de saúde à população, em especial aqueles relativos ao Médico de Família, denominada Fundação Estatal de Saúde de Niterói. Em 05 de fevereiro de 2015, aconteceu uma audiência pública para a discussão do projeto de Lei 006/14 de autoria do Executivo para a criação da Fundação Estatal de Saúde. Essa audiência não foi suficiente para resolver todas as questões, sendo necessária outra que acontecerá no dia 26 do mesmo mês.

³⁵ Disponível em: www.camaraniteroi.rj.gov.br/2015/02/23/audiencia-publica-fundacao-estatal-de-saude
Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

Em matéria do jornal O Fluminense em 23 de fevereiro de 2015³⁶, o objetivo dessa fundação é regularizar a situação do Programa Médico de Família, dando aos funcionários maiores condições de trabalho, como CLT, além de benefícios de planos de carreiras. Nessa matéria o prefeito explica que existem vários desafios e problemas que persistem, apesar dos avanços obtidos, mas que um dos principais atualmente diz respeito à gestão de recursos humanos, daí a importância da criação da fundação estatal.

O município já tem alguns exemplos de unidades de saúde sob gestão de uma Organização Social (OS). O Hospital Pediátrico Getúlio Vargas Filho, que se encontrava fechado, foi reaberto no governo do Rodrigo Neves em 2013, já sob responsabilidade de OS. Apesar das notícias das mídias e da própria equipe do prefeito divulgarem números que expressam grandes melhorias na atenção à saúde com a OS, não foi feito ainda um estudo profundo de avaliação do seu impacto, mas parece que a atual gestão do município aponta para essa tendência.

Percebe-se que para a classe médica isso é uma questão secundária, que o importante mesmo é garantir os direitos trabalhistas, pois grande parte desses profissionais tem vínculos duradouros com o PMF.

Os médicos de família de Niterói não se incomodam com isso não. Estranhamente não é da luta sindical deles essa discussão se vai ser O.S., se vai ser Associação de Moradores. Eles querem é um vínculo celetista estável, porque muitos deles têm quinze anos de vínculo com a Associação de Moradores. (D1)

A mudança do modelo de gestão também representa um incentivo para a expansão do programa, que além de estar presente nas comunidades, tende a se aproximar da população de classe média. Com esse e outros incentivos para expansão do PMF em Niterói, observa-se que o PMF teve sua cobertura populacional ampliada, representando mais que o dobro de pessoas cadastradas, do início dos anos 2000 (64 mil) até 2014, como pode ser observada na tabela 2 abaixo, baseada nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

³⁶ Matéria disponível em: www.ofluminense.com.br/editorias/cidades/fundacao-de-saude-em-debate
Acesso em 23 de fevereiro de 2015.

Tabela 2: Evolução da implantação dos módulos do PMF em Niterói, 2006-2014.

Ano	Nº de Módulos	Nº de Equipes	População Coberta	População Total	% População Coberta
2006	31	108	125.927	476.671	26,5%
2007	31	91	127.248	479.270	26,6%
2008	31	111	123.222	477.912	25,8%
2009	31	112	123.222	479.386	25,7%
2010	31	113	132.298	487.562	27,1%
2011	31	105	132.298	489.720	27,0%
2012	32	91	104.290	491.807	21,2%
2013	32	94	129.371	494.200	26,2%
2014	32	105	129.371	495.470	26,1%

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do SIAB/TABNET, 2015.

Essa expansão do PMF ainda não conseguiu alcançar os 30% do diagnóstico inicial de implementação do programa, baseado naquele estudo de diagnóstico da situação de saúde da cidade. Não era meta atingir toda a população, mas sim aquela parcela que vivia em condições menos favorecidas.

Eles ainda falam expansão para as áreas prioritárias. Nunca foi dito que Niterói tinha a intenção de estabelecer uma estratégia e implantar em 100% de cobertura do município. Então era oferecer um projeto de maior atenção, maior cuidado às populações que requeriam maior atenção, maior cuidado, porque eram desprovidas de uma série de outros recursos e serviços. (C1)

A ideia é 100% da população geral um dia para este programa de governo que é o Mais Saúde, é 100% da população alvo, vai chegando em outras comunidades, nesse momento a prioridade é essa. Um dia será a classe média, aí já é outra história. (S2)

Com o lançamento em 2011 do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, foi instituído um componente de qualidade no PAB variável relacionado ao desempenho das equipes, que seria avaliado com base em um conjunto de critérios. A equipe teria que assinar o termo de que tinha interesse em participar da avaliação.

Todo mundo assinou um compromisso, que tinha que fazer isso, fazer aquilo outro, cobraram da gente uma quantidade de coisas absurdas, pra fazer isso, pra fazer aquilo, qualidade zero. Mas tinha um monte de números para a gente preencher, justificar. E aí, a partir disso eles deram a gratificação fora do salário. (M2)

Só por participar da avaliação a equipe já passa a receber um incentivo e depois dependendo do resultado, recebe a gratificação pelo seu desempenho. Como na época do PMAQ, havia a concorrência de fixação do profissional médico com o município do Rio de Janeiro, que oferecia salários bem maiores, a secretaria municipal de saúde de Niterói resolveu por utilizar o incentivo do PMAQ como atrativo para o médico continuar no programa.

O PMAQ foi um dos incentivos, durante um ano eu acho, o outro governo dava uma gratificação para nós médicos. Essa foi uma diferença dos governos. Os médicos estavam num momento meio irritado, foi quando estava aquele “boom” no Rio, estavam quase todos indo embora, porque os salários dos outros caras eram muito maiores do que os nossos. (...) Foi uma jogada lógica, foram super inteligentes, jogaram sem onerar o município, era um repasse, um dinheiro que não existia. (M2)

Porém, o fato de o incentivo do PMAQ ao salário do médico acabou causando confusão e conflitos com os outros profissionais do programa, que também estavam participando da avaliação e não achavam justo não receberem por isso.

Na gestão de Rodrigo Neves, a coordenação do PMF optou por utilizar o incentivo do PMAQ para melhorias na unidade e em material ou equipamentos para o trabalho da equipe, como sugere o Ministério da Saúde.

Até o fechamento deste estudo, somente foram divulgados os resultados referentes a 27% das UBS avaliadas no primeiro ciclo do PMAQ (2012), por causa disso não é possível saber se houve uma melhora na qualidade da assistência prestada pelas equipes do PMF.

A Prefeitura de Niterói lançou em 2013 o Programa *Mais Saúde*, que tem como objetivo a expansão da rede básica de saúde no município³⁷. Segundo matéria do jornal O

³⁷ A atual gestão já reformou e ampliou oito unidades básicas de saúde: Unidade de Saúde Morro do Estado, Clínica Comunitária da Família da Ilha da Conceição, Unidade de Saúde João Vizela, Clínica Comunitária da Família de Várzea das Moças, Clínica Comunitária da Família do Badu, Unidade e Saúde de Santa Bárbara, Médico de Família do Maravista, Médico de Família de Matapaca. Além disso, reabriu

Globo de 16 de julho de 2013, esse programa contará com o apoio do governo federal no custeio para os serviços de reforma e ampliação dos módulos do PMF já existentes. Também serão lançadas as Clínicas Comunitárias de Família, um modelo híbrido entre as policlínicas e os módulos do PMF. Além de ser a intenção desse programa a ampliação do programa de saúde bucal do município.

Em recente reunião com o ministro da saúde (20 de janeiro de 2015), o atual prefeito afirmou que a expansão da atenção primária em Niterói foi financiada por recursos próprios da prefeitura. Esse encontro teve por objetivo o estabelecimento de parcerias entre o município e o MS para o custeio na manutenção e qualificação dos serviços de saúde prestados. A secretária municipal de saúde reconheceu que esse resgate do acesso e da qualidade de saúde na cidade aumentou a demanda, sobrecarregando as unidades de urgências e hospitais. E também porque a rede de saúde de Niterói atende cidadãos de outros municípios da Região Metropolitana, o que torna imprescindível essa parceria com o MS para o custeio de algumas unidades de saúde.

Essa audiência contou com a participação do ex-secretário municipal de saúde e agora deputado federal Chico D'Ângelo, que afirmou que foi feito um panorama de como essa última gestão encontrou a saúde no município, o que já foi realizado nesses dois últimos anos e o que a prefeitura tem perspectivas de realizar nesses próximos dois anos. Esse apoio que a prefeitura busca tem por objetivo o resgate da cidade como uma referência na saúde pública do estado e do país.

Eu acho que sem nenhuma falsa modéstia, é a melhor Estratégia de Saúde da Família do Brasil, em termos de concepção. (SU2)

Na matéria publicada no *site* da Prefeitura de Niterói em 20 de janeiro de 2015, o ministro Arthur Chioro afirma que a secretaria municipal de saúde tem adotando um conjunto de iniciativas coerentes com as políticas do MS. Por isso, ele vai estabelecer o máximo de prioridade no sentido de trabalhar junto com a Prefeitura de Niterói, uma cidade que sempre foi exemplo para o estado do Rio e para o país em termos de gestão do SUS. Ele disse ainda que o MS deve apoiar administrações que têm compromisso com a saúde desta forma.

os módulos do Médico de Família do Viçoso Jardim e da Grota, inaugurou a Clínica Comunitária da Família da Teixeira de Freitas, em parceria com o governo estadual, e reabriu o módulo do Médico de Família do Morro do Céu, após ter ficado três anos fechado (Fonte: *site* da prefeitura de Niterói-www.niteroi.rj.gov.br -, notícia publicada em 19 de janeiro de 2015).

Além disso, a Prefeitura de Niterói lançou o projeto chamado *Niterói que Queremos*³⁸, realizado em parceria com o Movimento Brasil Competitivo, que tem como objetivo formular um Plano Estratégico de Desenvolvimento de Curto, Médio e Longo Prazo para a cidade, pensando nos próximos 20 anos e preparando-a para os desafios atuais e do futuro. Essa característica inclusiva e pluralista resultará num plano da sociedade niteroiense, e não apenas do governo. Significa que ao ouvir os mais diversos segmentos da sociedade, será elaborado um plano, socialmente legitimado, que ficará disponível para esta e para as futuras gestões municipais.

Nesse diagnóstico, a saúde e a educação foram apontadas como grandes entraves ao desenvolvimento da cidade, por serem os pilares do desenvolvimento municipal, ao apresentarem os piores indicadores dentre a lista analisada. Esse estudo territorial regionalizado permitiu identificar os principais problemas do município em diferentes aspectos e, a partir disso, propor soluções a curto, médio e longo prazo.

Ainda é cedo para afirmar se esse projeto conseguiu atingir seus objetivos, mas ele pretende contribuir para um planejamento participativo dos setores, contemplando a dimensão do controle social presente nas diretrizes do SUS e do PMF.

Esse foi um panorama do Programa Médico de Família em Niterói no período de 2006 a 2014. A seguir será apresentado um balanço que sintetiza a trajetória dessa política municipal, e os fatores que explicam os elementos de continuidades e mudanças.

4.3 Balanço da trajetória do PMF em Niterói

Niterói vivencia desde 1992 o Programa Médico de Família na construção de um modelo de atenção que implemente os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Essa política, que em setembro de 2014 completou 22 anos, começou a esboçar algumas mudanças e adaptações em alinhamento com a política preconizada pelo Ministério da Saúde para todo o país.

³⁸ Esse plano é constituído de oito etapas. Nele, foram definidas as prioridades, com a elaboração e gestão das prioridades imediatas da cidade, referentes ao ano de 2013, incluindo o diagnóstico da real capacidade de organização e gestão estratégica da Prefeitura de Niterói. Também consistiu na tentativa de dar voz a todos aqueles que querem ajudar a construir o futuro da cidade, e permitir uma efetiva participação da sociedade no processo de reflexão estratégica, por meio de entrevistas com especialistas e importantes lideranças sociais do município e pela participação da população em pesquisa web ou presencial em um dos congressos organizados pela prefeitura. Foi realizado um Diagnóstico dos Últimos 20 Anos, que contempla uma análise dos principais indicadores econômicos e sociais da cidade nesse período (1993-2012). As dimensões desse estudo são: aspectos sociais, aspectos institucionais, demografia e urbanização, desenvolvimento econômico e meio ambiente. (Fonte: *site* da Prefeitura de Niterói; acesso em 15 de janeiro de 2015).

Por ser um momento concomitante ao período de realização dessa pesquisa, não foram encontrados muitos estudos que analisem essa transição. Essa dissertação representa, portanto, um primeiro esforço de investigação sobre o tema, reunindo um conjunto diverso de informações obtidas por meio de entrevistas e de análise documental.

Cabe lembrar que a pesquisa começou a ser realizada em 2013, início do primeiro ano do governo de Rodrigo Neves e foi finalizada no início do terceiro ano de seu mandato, portanto, ainda estão em curso. Nesse governo intensificaram-se as mudanças iniciadas no governo anterior, Jorge Roberto Silveira, que procurou expandir o modelo de atenção para toda a cidade.

Ao longo das entrevistas perceberam-se certos entraves na adequação do Programa Médico de Família ao modelo preconizado pela Estratégia de Saúde da Família. Deste modo, o que se observa nas narrativas dos profissionais de saúde e gestores do programa, refletem contradições e incertezas quanto às finalidades e aos objetivos do PMF vis à vis às mudanças implementadas.

A análise da trajetória de implementação do PMF permite identificar continuidades e mudanças em vários aspectos organizacionais e operacionais do Programa (Quadro 4), destacando-se: a manutenção do caráter do trabalho em equipe com inclusão de novos profissionais (enfermeiro e odontólogo); a realização de atividades de natureza diversa e restrição de algumas ações (tais como visitas aos pacientes internados); o espaçamento das reuniões com a comunidade e Associações de Moradores e das atividades de educação permanente; a readequação de algumas policlínicas comunitárias (criação das policlínicas comunitárias da família) com integração entre diferentes tipos de serviços em uma região e coordenação pelas unidades de atenção básica.

O foco da política continua sendo o atendimento à parcela da população desprovida de serviços básicos, expandindo-se a cobertura das equipes que ampliaram sua composição, o que suscita questionamentos quanto à possibilidade de manutenção do seu modelo original.

Quadro 4: Principais características do Programa Médico de Família – Niterói, 1992 a 2014.

Características	1992 a 2005	2006 a 2014
Composição das equipes	Médico e técnico de Enfermagem; a equipe de Saúde Bucal não fazia parte da equipe do Médico de Família, sendo necessário encaminhamento. As unidades não possuíam consultórios odontológicos.	Médico, técnico de Enfermagem, dois Agentes Comunitários de Saúde e uma enfermeira para cada duas equipes. Algumas equipes do PMF passam a contar com os profissionais de Saúde Bucal em sua equipe. Algumas unidades possuem consultórios odontológicos.
Área de Cobertura	250 famílias ou, aproximadamente, 1000 pessoas.	Ainda em definição. Aproximadamente, 2500 a 3000 pessoas.
Número de Módulos	Começou com 3 módulos e expandiu para 31 unidades.	Começou com 31 unidades e expandiu para 32 (ênfase maior nas reformas das unidades já construídas e na transformação de UBS em policlínicas da família e policlínicas comunitárias).
Atividades	Cadastramento das famílias; acompanhamento da saúde de todos os integrantes da família; visitas domiciliares; grupos de educação em saúde; reuniões mensais com a população; visitas aos usuários internados em hospitais; parcerias com outros setores, como educação, urbanismo e outros.	Cadastramento das famílias; acompanhamento da saúde de todos os integrantes da família; visitas domiciliares; grupos de educação em saúde; reuniões trimestrais com a população, geralmente; parcerias com outros setores, como educação, urbanismo e outros.
Participação da Comunidade	Reuniões de setores mensais (equipe do PMF + presidente da AM + população).	Reuniões de setores sem regularidade. As reuniões acontecem conforme surgem às necessidades e já não possuem tanta participação da população.
Educação Continuada	Toda quarta-feira à tarde aconteciam cursos sobre temas ligados à prática cotidiana do PMF.	Quando a gestão sente a necessidade de algum curso ou reunião, marca uma data com as equipes.
Cogestão	Associação de Moradores é cogestora do PMF.	A Associação de Moradores continua desempenhando a cogestão junto à FMSN, mas está em discussão na Câmara a proposta de gestão por uma fundação estatal.
Supervisão	Os supervisores tinham encontros semanais com as equipes. Neles, eram realizadas discussões de casos, interconsultas e, quando havia a necessidade, o atendimento conjunto do médico da equipe com o supervisor. Cada supervisor atendia até 20 equipes. Profissionais: clínico geral, pediatra, psiquiatra ou psicólogo, assistente social, ginecologista-obstetra, sanitarista, enfermeira.	Aproximação ao modelo NASF. Cada supervisor atende equipes. Profissionais: clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, psiquiatra ou psicólogo, assistente social, nutricionista, sanitarista. O enfermeiro não compõe mais a supervisão. Estão sendo avaliadas quais categorias são mais interessantes nesse modelo de apoio matricial, assim como a quantidade de equipes sob responsabilidade de cada supervisor.

Coordenação com outros níveis	O módulo do PMF era ligado a uma policlínica, que representava o núcleo da regional de saúde.	O módulo do PMF é ligado a uma policlínica, que é o núcleo da regional de saúde, além das policlínicas comunitárias que foram adaptadas em clínicas comunitárias da família (módulos de PMF com algumas especialidades necessárias ao território em que estão inseridos).
--------------------------------------	---	---

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O quadro 5 sistematiza os fatores que contribuem para as continuidades e mudanças observadas na institucionalidade do Programa Médico de Família nos anos 2000.

Quadro 5: Síntese dos fatores que favorecem continuidades e mudanças da institucionalidade do PMF em Niterói nos anos 2000.

Institucionalidade do PMF	Fatores
Continuidades	Trajetória histórica de conformação do sistema de saúde no município; A criação e manutenção da Fundação Municipal de Saúde; Os atores políticos que conduziram a secretaria de saúde e também aqueles que ocuparam cargos de relevância para a condução da política; A aproximação com o Departamento de Saúde da Comunidade da UFF; Continuidade política com predomínio dos valores da esquerda, ideias socializantes (partidos que governaram a cidade - PT e PDT); Expansão lenta e gradual (entra numa área, consolida o PMF, para só depois ir para outro local); O controle social traduzido na cogestão do programa; A trajetória do programa na cidade; As parcerias desenvolvidas pelo PMF com os outros setores (escolas, creches, igrejas, comércio e outros) e com a rede assistencial. O modelo de cogestão consolidado dificulta a possibilidade da entrada de uma fundação estatal (forte participação das Associações de Moradores). O valor simbólico e a marca do PMF que causam receio quanto às mudanças na organização da atenção primária na cidade.

Mudanças

Mudanças na equipe de condução do Programa com alinhamento às proposições do MS;
Financiamento para a expansão;
A cultura de valorização do profissional especialista em detrimento do generalista;
A criação de um mercado de trabalho atrativo para os médicos na cidade do Rio de Janeiro;
Vinculação precária dos profissionais (contratação por Associação de Moradores);
Pressão exercida pelo Ministério Público para a transição do modelo, principalmente no que concerne ao aumento do número de famílias acompanhadas e à gestão (retirada das Associações de Moradores);
A violência das comunidades em que estão inseridos os módulos do PMF, realidade que se agravou com a instalação das UPPs no Rio de Janeiro e migração de pessoas envolvidas com o tráfico de drogas para Niterói;
O nível secundário que não expandiu na mesma proporção que o nível primário, criando uma lacuna na oferta de exames e consultas com especialistas.

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Destacam-se como fatores explicativos da continuidade do PMF nos anos 2000 a trajetória histórica da saúde pública no município, a valor simbólico do Programa Médico de Família para a cidade e a criação de uma rede de atores governamentais e não governamentais que sustentam a política no município. Entre os fatores que explicam as mudanças ressaltam-se as alterações na equipe de condução do Programa e nas condições socioeconômicas e do mercado de trabalho na cidade e seu entorno, o alinhamento às proposições do MS e os incentivos federais.

Sobre esse último aspecto, outra característica identificada foi a necessidade de mudança do vínculo dos profissionais do programa. Essa era uma questão de grande descontentamento principalmente dos médicos, que reivindicavam por salários mais justos, benefícios da CLT e transferência da gestão pela Associação de Moradores, pela insegurança provocada por ter como gestor uma pessoa da comunidade, que não é profissional da saúde e que ocupa a posição de usuário.

O PMF está em momento de transição, onde se consolidaram algumas propostas. Neto (2014) afirma esse período de passagem é importante considerar a história do movimento social da cidade, caso contrário essa luta que antecedeu o atual momento será esvaziada dos seus verdadeiros significados.

Assim sendo, como o PMF está se aproximando das normas do Ministério da Saúde, percebeu-se que a mudança apresenta-se lenta e gradual, pois envolve o modo como o programa se expressa no comportamento dos profissionais.

Considerando os avanços que esse serviço de saúde pública já alcançou, deve-se afirmar o compromisso de manter investigações na direção de reflexões e avaliações das políticas de saúde municipais, a fim de buscar mais qualidade e o cumprimento de direitos para a população. Trata-se de começar a entender melhor as dificuldades da gestão e dos profissionais para colaborar na produção dos serviços de saúde, desenvolvendo futuramente possibilidades para se trabalhar melhor na prática.

Considerações Finais

A atenção primária tem recebido destaque na produção acadêmica e discussões dos projetos políticos nos últimos anos, devido a sua importância na organização da atenção, na melhoria do acesso aos serviços e na reorientação das práticas em saúde. Por isso, estudar uma política de APS pensada no nível municipal e que inspirou a formulação de uma estratégia para todo o país representa uma oportunidade para a compreensão de como se dá a consolidação de uma política local para a efetivação de um sistema de saúde público, universal, integral e equânime.

O Programa Médico de Família trata-se de uma política voltada para a organização da atenção primária à saúde em Niterói desde 1992, caracterizado por um conjunto de ações de saúde centrado no cuidado à família e realizado por uma equipe composta por médico e técnico de enfermagem, que desempenhava funções de cadastramento da população, diagnóstico da situação de saúde da comunidade, atividades de educação em saúde e atendimento ambulatorial no consultório. Em 2014, esse programa completou 22 anos de implementação, sendo possível perceber elementos de continuidades e mudanças em sua trajetória.

Nessa perspectiva, surgiu o interesse por este estudo, cujo propósito geral foi analisar a trajetória de implementação do PMF com ênfase nos elementos de continuidades e mudanças nos anos 2000. Esse objetivo proposto foi alcançado, pois discutiram-se os fatores que contribuíram para a manutenção, a expansão e as possíveis modificações do programa no período recente. Além de terem sido realizados o mapeamento do contexto de desenvolvimento do PMF e a identificação da institucionalidade dessa política de saúde em âmbito local.

A pesquisa apoiou-se nos argumentos relacionado à importância adquirida pelo município na condução da política de saúde brasileira como planejador e executor dos serviços de saúde no âmbito do SUS e nos indícios de mudanças na forma de organização do programa a partir da segunda metade dos anos 2000, como o aumento da cobertura populacional, a inclusão de outros profissionais à equipe básica, a implantação de novos módulos e o aumento dos recursos destinados ao programa.

Acredita-se que as ações dos agentes locais em Niterói resultaram na produção de uma política municipal coerente com a realidade vivenciada por eles: um município predominantemente de classe média, com uma parcela da população vivendo em comunidades sem acesso aos serviços básicos; que apresenta uma extensa rede de

serviços municipalizados e controle social organizado por meio de Associações de Moradores; e possui experiência prévia de reformulação das práticas de atenção primária à saúde, em associação a reformas curriculares que envolveram a aproximação da Academia com os serviços de saúde. Ou seja, as características do município geraram um ambiente propício para o desenvolvimento do PMF.

Dois anos depois da formulação dessa política, o Ministério da Saúde propôs a adoção do Programa Saúde da Família (PSF) enquanto uma política nacional voltada para a consolidação de um modelo de atenção pautado na integralidade e no enfoque da promoção da saúde. Apesar das similaridades com o programa nacional, a secretaria municipal de saúde de Niterói optou por manter a forma de organização original do PMF, não atendendo às recomendações do governo federal para a adequação da composição e cobertura populacional das equipes ao PSF.

Com a Norma Operacional Básica 96, o MS passou a transferir recursos aos municípios que aderissem ao modelo do PSF e em 1999 começaram as transferências para os programas considerados similares, o que revelou progressivo fortalecimento desta política no país, ao considerar as diferentes realidades existentes nos municípios brasileiros e a necessidade de avançar na organização dos sistemas municipais de saúde.

Apesar das semelhanças entre o PSF e o PMF, o programa de Niterói só foi considerado pelo MS como modelo de atenção similar ao PSF em 1999, quando passou a receber incentivos financeiros para o seu desenvolvimento. Até então, o município havia assumido a responsabilidade pelo financiamento do programa por meio de recursos próprios. A continuidade política por quatro gestões consecutivas do mesmo partido (de 1989 a 2002) influenciou positivamente a linha de investimentos sem interrupções no PMF, ampliando a implantação de novos módulos.

Alguns estudos se dedicaram na abordagem da experiência do PMF, ou sobre o seu impacto na organização dos serviços locais de saúde, como os trabalhos de Cohen (2002), Mascarenhas (2003), Senna e Cohen (2002), e Hubner e Franco (2007). Porém, foram encontrados poucos trabalhos que abordassem esse período mais recente, marcado por mudanças estruturais no programa.

A partir da vertente histórica, buscou-se resgatar a história de conformação do sistema municipal de saúde de Niterói para a compreensão do atual momento da política do Programa Médico de Família e da atenção primária na cidade.

Entende-se que além dos incentivos federais, variáveis locais podem ter favorecido alterações do PMF e sua aproximação ao modelo preconizado em nível nacional.

Ressalta-se a perspectiva de que Niterói possuía a capacidade de formular e executar essa política de saúde, que mais tarde influenciou o projeto nacional, num contexto recente de descentralização. Esse município junto com alguns outros ganhava destaque no cenário brasileiro com propostas que valorizavam as ideias de promoção e prevenção da saúde, participação comunitária e integralidade do cuidado.

O processo de produção de uma política é entendido cada vez mais como um processo complexo, atravessado por diversas dinâmicas de poder e em interação com os ambientes institucionais, relacionais e cognitivos, que também são ativamente construídos por seus atores.

Então, analisar o Programa Médico de Família apresentou-se como um desafio ao exigir um olhar analítico que considerasse os processos como complexos, plenos de conflitos e dinâmicos.

Pensar o PMF no nível local é tentar entender que não é simplesmente uma execução de uma dada política, mas que há interpretações diversas para uma determinada situação, há atores com histórias e vivências distintas. Por isso, é necessário compreender que o programa é atravessado a todo o momento por uma dinâmica, e que a ideia de ciclo da política com fases determinadas e estanques não se aplica, porque na execução são realizados ajustes à proposta inicial, a avaliação acontece no dia-a-dia e formulam-se novas atribuições para os atores de acordo com as necessidades surgidas no processo.

Além disso, o PMF de Niterói repercutiu e sofreu influência do programa nacional ao mesmo tempo ao longo de sua trajetória, não sendo uma resposta mecânica ao que estava sendo proposto pelo Ministério da Saúde, mas com sua experiência tinha condição de levar essa instituição a refletir sobre o seu modelo e até a questionar sobre uma característica importante do programa e que era um ponto de distinção entre o PMF e o PSF: o número de famílias acompanhadas por cada equipe.

Acredita-se que Niterói conseguiu por algum tempo pressionar o MS para manter o número, aproximadamente, quatro vezes menor do que o PSF preconizava, justificando por meio da sua experiência os desafios que a atenção primária encontrava ao se aproximar das populações mais carentes. Outro fator relevante para esse tensionamento era o fato da secretaria municipal de saúde ter conseguido custear o programa mesmo sem contar com os recursos federais.

Os atores são identificados neste estudo como muito importantes para a institucionalidade do Programa Médico de Família. Ao apresentar a linha do tempo das gestões municipais procurou-se chamar a atenção para a continuidade dos políticos e seus partidos, mas também de suas equipes. Esses atores formam uma coalizão com certa

homogeneidade, porém com tensionamentos, e que para se manter no poder precisava apresentar capilaridades.

Mesmo com a troca dos prefeitos, sai Jorge Roberto Silveira e assume o Godofredo Pinto, o grupo de condução da política se manteve, o que proporcionou a continuidade do PMF. Mas no último mandato do Jorge Roberto houve uma ruptura com o grupo, com saída de atores importantes que participaram da formulação da política e inserção de novos atores que não eram estranhos ao programa, mas que não eram da gestão. Ressalta-se que foi nesse mandato que a secretaria municipal de saúde ficou sem secretário por mais de um ano e também nesse período que a gestão do programa propôs a aproximação ao modelo da Estratégia de Saúde da Família.

No mandato de Rodrigo Neves (2013-2017), o grupo que tinha rompido com Jorge Roberto volta à gestão, mas não consegue voltar para o formato original do PMF e dá continuidade a intenção de expansão do PMF. Isso pode ser explicado por diferentes motivos: oportunidade de desvincular o programa da imagem do antigo prefeito, a entrada dos profissionais enfermeiro e agente comunitário de saúde possibilitando o aumento da cobertura, o momento que o mercado de trabalho vive para a fixação do profissional médico, e a valorização da ESF com incentivos federais para a sua expansão.

Em síntese, destacam-se como fatores explicativos da continuidade do PMF nos anos 2000 a trajetória histórica da saúde pública no município, o valor simbólico do Programa Médico de Família para a cidade e a criação de uma rede de atores governamentais e não governamentais que sustentam a política no município. Entre os fatores que explicam as mudanças ressaltam-se as alterações na equipe de condução do Programa e nas condições socioeconômicas e do mercado de trabalho na cidade e seu entorno, o alinhamento às proposições do MS e os incentivos federais.

No início da atual gestão, a FMSN apontava como o grande desafio a ampliação do acesso à assistência com melhoria na qualidade para toda a população, mas no decorrer da pesquisa, apreendeu-se que a intenção do programa continua sendo atingir a população prioritária, moradora de áreas carentes do município.

Foi possível observar além de elementos de continuidades, mudanças incrementais e algumas adaptações importantes. Porém, o foco da política continua sendo o atendimento à parcela da população desprovida de serviços básicos, expandindo-se a cobertura das equipes que ampliaram sua composição, o que suscita questionamentos quanto à manutenção do seu modelo original.

A experiência de Niterói traz algumas encruzilhadas que a Atenção Primária à Saúde vive hoje, principalmente nos grandes centros urbanos, como a tensão entre

número de famílias cobertas por cada equipe, numa realidade de pobreza e muitas necessidades de saúde; dificuldade de oferecer condições de trabalho interessantes para o profissional médico, mediante a possibilidade de outros empregos com salários mais atrativos; a violência urbana que se apresenta como um dificultador do serviço e da permanência dos profissionais; diferentes propostas de horário dos serviços como forma de atender os trabalhadores; as dificuldades da intersetorialidade; a necessidade do aumento da abordagem do cuidado com a inserção de outros profissionais da área da saúde, o NASF; e a organização da atenção em redes de assistência.

Ao término deste trabalho é possível concluir que avanços ocorreram no que diz respeito aos aspectos organizacionais e operacionais do programa, em aproximação à estratégia nacional.

A análise sobre o Programa Médico de Família revelou a necessidade de aprofundamento de uma gama de objetos de pesquisa. Tendo em vista a complexidade teórica do tema, percebeu-se que a presente pesquisa constituiu-se em um ensaio que aponta para diversas áreas a serem exploradas.

Esta proposta foi uma dentre outras opções analíticas possíveis para a sistematização do processo de constituição da atenção primária em Niterói. Acredita-se também que este estudo não se encerra nas páginas dessa dissertação. Trata-se apenas de uma primeira tentativa de aproximação com o tema. Espera-se que as impressões verificadas neste estudo sirvam de fonte para outras análises sobre a atenção primária no município e que contribuam para o enriquecimento da investigação nesta área.

Este estudo, ao procurar respostas ao conjunto desses questionamentos, ainda que sem pretensão de esgotá-los, buscou compreender a inserção desta política na agenda municipal de saúde e também contribuir para o entendimento de que é possível haver uma diretriz nacional que sugira possibilidades, mas que não limite a autonomia do gestor municipal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, A.S.S. *O dilema preventivista*. Contribuição para a compreensão da medicina preventiva. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975
- BAPTISTA, T.W.F; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.F (Orgs.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2011
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 1ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília. São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 401-412, 2002.
- BRASIL. Senado Federal. *Lei nº 5449 de 4 de julho de 1968*. Brasília, 1968. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei1960-1969/lei-5449 Acesso em 28 de novembro de 2014.
- _____. Senado Federal. *Lei nº 6229 de julho de 1975*. Brasília, 1975. Disponível em: www.presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128430/lei-6229-75 Acesso em: 28 de novembro de 2014.
- _____. Senado Federal. *Constituição Federal de 1988*. Brasília, 1988.
- _____. Senado Federal. Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990.
- _____. Senado Federal. Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização a Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. Senado Federal. Portaria nº 1.348, de 18 de novembro de 1999. Brasília, 1999. Disponível em: www.sna.saude.gov.br. Acesso em: 02 de fevereiro de 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *ReforSUS- Reforço à reorganização do SUS*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. *Informe de Atenção Básica*. Ano IV, n. 17. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 19 de dezembro de 2014. Brasília, 2008

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1020, de 13/05/2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Íntegra do discurso do ministro da saúde Alexandre Padilha, durante a cerimônia de transmissão de cargo, em 3 de janeiro de 2011, em Brasília (DF) [ONLINE]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054 Acesso em: 15 de dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo. Brasília: MS/SAS/DAB, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2820, de 28/11/2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2821, de 28/11/2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

CAMPOS, C.E.A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2(6): 131-147, 2006.

_____. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, 14:877-906, 2007.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (Orgs.) *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.173- 196, 2012.

CEPERJ. Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro. *Relatório Estado do Rio de Janeiro - um balanço da década*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: www.ceperj.rj.gov.br Acesso em: 10 de dezembro de 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Consulta a Estabelecimentos por endereçamento, Estado Rio de Janeiro, Município Niterói. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 15 de janeiro de 2015.

COHEN, N.M. *O Modelo Assistencial no SUS Niterói: conflito e pactuação política no processo de integração do Programa Médico de Família*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

CONILL, E.M. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec: Fiocruz, 2006. p.563-613.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S. et al (Org.) *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*, Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

ESCOREL, S. et al, O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 21(2/3):164-176, 2007.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FARIA, L.R. Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária no Brasil e a Atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v.5, n.1, 1995

FAUSTO, M.C.R. *Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*, 2005. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H.M.S. (Orgs.) *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3): 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et. al* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOULART, F. *Municipalização: veredas e caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

GOULART, F.A.A. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

HALL, P.A. *Politics as a Process Structured in Space and Time*. Texto apresentado no Encontro Anual da Associação Americana de Ciência Política. Washington, 2010.

HALL, P.A.; TAYLOR, R.C.R. *As três versões do Neoinstitucionalismo*. *Lua Nova*, 58: 193-224, 2003

HEIMANN, L.S; MENDONÇA, M.H.M. A trajetória da atenção básica em saúde e o programa de Saúde na Família no SUS. In: LIMA, N.T et al. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HUBNER; L.C.M.; FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 17(1):173-191, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censos Demográficos dos anos 1991, 2000 e 2010; Contagens Populacionais dos anos 1996 e*

2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: [://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=rio-de-janeiro|niteroi](http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=rio-de-janeiro|niteroi) Acesso em: 18 de setembro de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD: Suplemento Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2307-2316, 2010.

LEAVELL, H. & CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. Ed. McGraw-Hill do Brasil. Rio de Janeiro, 1976.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

LIMA, L.D. Relatório do trabalho de campo realizado no município de Niterói. In: *Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios selecionados para o Componente I do PROESF - Região Sudeste II*. Instrumento para levantamento de informações nos municípios - Questionário sobre a gestão da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família (PSF), 2005.

LIMA, N.T. *O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões*. 2002.

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. (Org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.27-58, 2005.

MACHADO, C.V. *Direito Universal, Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9): 2113-2126, 2007.

MANSUR, M.C. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

MARQUES, E.C. *Notas críticas a literatura sobre Estado, Políticas Estatais e atores políticos*. BIB, Rio de Janeiro, 1997.

MARZOCHI, K.B.F. Dengue – a mais nova endemia de “estimação”? *Cadernos de Saúde Pública*, jun 3(2). Editorial, 1987.

MASCARENHAS, M.T.M. *Avaliando a Implementação da Atenção Básica em Saúde no município de Niterói, RJ: Estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família, 2003*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003.

MASCARENHAS, M.T.M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. *Revista Saúde em Debate*, v.26, 60:82-102, 2002.

MATTA, G.C. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.) *Estudos de Politecnia e Saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MELLO, G.A.; VIANA, A.L.d'Á. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.19, n.4, out-dez. p.1219-1239, 2012.

MENDONÇA, M.H.M. Profissionalização e regulação da atividade do ACS no contexto da Reforma Sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2): 353-365, 2004.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. SP: HUCITEC/ RJ: ABRASCO, 2010.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GAN BREтана. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines*, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93].

MORALES, N.E.M. Modelo el Médico y la Enfermera de la Família em Cuba. Cuaderno de Historia de La Salud Pública, 108, s/d. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/his05108.htm . Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

MOYSÉS, N.M.N. Projeto Niterói: uma tentativa de recuperação da história recente. Ver. *Adm. Públ.* 23 (1):46-63, 1989.

NASCIMENTO, S. *Gestão Participativa? Atuação das lideranças das Associações de Moradores co-gestoras do Programa Médico de Família – Niterói*, 2006. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NETO, E.F. *O Programa Médico de Família (PMF) em Niterói: o território nas práticas em saúde pública no Preventório*, 2014. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Niterói: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

NITERÓI. Prefeitura Municipal. Decreto n. 2194/75. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 22 jul. 1975; 1 (88Pt4).

_____. Prefeitura Municipal. Decreto n. 3022/77. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 4 nov. 1977; 3 (666Pt4).

_____. *Portaria do INAMPS/ PR nº 726/82*. Cria a Comissão Executiva Local do Projeto Niterói, 1982.

_____. Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Programa Médico de Família 15 anos. Publicação Comemorativa. Niterói: Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2007.

_____. Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Rede Assistencial de Saúde de Niterói. Disponível em: www.saude.niteroi.rj.gov.br Acesso em 20 de outubro de 2014.

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde. In: REINALDO, G.; TAVARES, R. (Orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, Abrasco, IMS-UERJ, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005. Disponível em: www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf Acesso em novembro de 2014.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et. al (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PORTAL SAÚDE RIO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Saúde Presente. Prefeitura lança Plano para mudar Saúde do Rio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: www.saude.rio.rj.gov.br. Acesso em 14 de outubro de 2014.

POZ, M.R.D.; COSTA, S.G.; TOMASSINI, H.C.B. Uma experiência de planejamento de saúde de nível local: projeto de implantação de uma rede de unidades municipais de saúde no município de Niterói. *Revista Brasileira de Administração Pública*, 15: 99-114, 1981.

RIVERA, F.J.U. Determinantes históricos do planejamento de saúde na América Latina. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1982.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, UNESP/ABRASCO, 1994.

SÁ, P.K. *A integralidade na atenção do Programa Médico de Família de Niterói/RJ*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003.

SANTIAGO, M.T. *Uma história da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (1975-1991)*. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

SENNA, M.C.M.; COHEN, M.M. Modelo assistencial e estratégia d saúde da família: no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3):523-535, 2002.

SILVA, M.A.D. A Supervisão e a Interdisciplinarietà como estratégias de organização do processo de trabalho em saúde. *Programa Médico de Família 15 anos*. Publicação Comemorativa. Niterói: Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2007.

SILVA JÚNIOR, A.G. Distrito Sanitário: reflexões sobre o seu conceito e suas experiências. *Revista Saúde em Debate*, 41: 10-13, 1993.

SOARES, S.S.; LIMA, L.D.; CASTRO, A.L.B. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *J Manag Prim Health Care*, 5(2):170-177, 2014.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et. al (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SOUZA, H.M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.D'A. (Org.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime, p. 221-240, 2002.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TERRA, V.; MALIK, A.M. Programa Médico de Família. In: FUJIWARA, L.M.; ALESSIO, N.L.N.; FARAH, M.F.S. (Orgs.) *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 3-9.

UNICEF. BRASIL. Cuidados Primários de Saúde. *Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

VIANA, A.L.d'Á. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M.(Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1997. p.205-215.

VIANA, A.L.d'Á.; BAPTISTA, T.W.F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et. al* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 65-106.

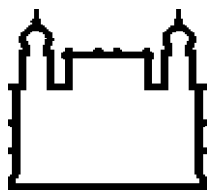
VIANA, A.L.d'Á; DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 8(supl.2):11-48, 1998.

VIANA, A.L.d'Á *et al*. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 23(X), 105-119, 2007.

WIKIMEDIA COMMONS, 2013. Disponível em: <http://commons.wikimedia.org/wiki/Niteroi> Acesso em 10 de outubro de 2013.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2001.

ANEXOS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: **“A implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000”**, desenvolvida pela mestrandia **Camille Melo Barreto e Sousa**, sob orientação da Prof^a. Dra. **Luciana Dias de Lima**, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O objetivo central do estudo é analisar a implementação do Programa Médico de Família em Niterói, com ênfase nos anos 2000, a fim de contribuir para a discussão a respeito dos avanços e desafios na efetivação dessa política de Atenção Primária à Saúde.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação no contexto da condução do processo de implementação do Programa Médico de Família no município de Niterói e sua participação não é obrigatória.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em entrevista individual sobre o processo de implementação do Programa Médico de Família em Niterói, bem como fornecer informações referentes aos projetos e ações relacionados ao programa e a situação de saúde de Niterói por meio de documentos oficiais (tais como textos, atas, relatórios e materiais de apoio) ou regulamentação específica sobre o tema (Leis, Decretos e Portarias).

A entrevista consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora e somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Ao longo da entrevista o Sr.(a) poderá se recusar a responder qualquer pergunta que porventura lhe cause algum constrangimento. Sua participação é voluntária, não é obrigatória. Além disto, a qualquer momento o Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Em caso de recusa, isto não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

As entrevistas, caso sejam gravadas, serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

O Sr. (a) será identificado (a) pelo cargo ocupado. A impossibilidade de manter o anonimato ocorre em virtude do pequeno número de participantes. Portanto, há risco de constrangimento pela possibilidade de identificação indireta em virtude do cargo ocupado. Cabe ressaltar, no entanto, que as informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e todo o material será armazenado em local seguro.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a oportunidade de refletir sobre as continuidades e mudanças dessa política de Atenção Primária à Saúde de Niterói e a possibilidade de contribuir para a compreensão da importância do Programa Médico de Família para o sistema de saúde de Niterói. Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação, nos artigos científicos publicados posteriormente, e serão informados aos participantes.

Este termo é redigido em duas vias, uma para o entrevistado e outra para o pesquisador. Na via que ficará com você constam o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Todas as páginas do Termo deverão ser rubricadas, pelo(a) Sr.(a) e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Camille Melo Barreto e Sousa
(Pesquisadora responsável)

Dra. Luciana Dias de Lima
(Pesquisadora-Orientadora)

Pesquisadora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Dias de Lima Telefone: (21) 2598-2849
email: luciana@ensp.fiocruz.br

Endereço: ENSP/ FIOCRUZ: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - sala 715, Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ -
CEP: 21041-210

Pesquisadora responsável: Camille Melo Barreto e Sousa Telefone: (21) 99290-3757
email: camillemelo@yahoo.com.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de

modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço: ENSP/ FIOCRUZ: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro
– RJ - CEP: 21041-210 Tel e Fax: (0XX) 21- 25982863 Email: cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que li e entendi o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

() Aceito a gravação da entrevista () Não aceito a gravação da entrevista

_____, ____ de _____ de 2014.

Assinatura: _____

Nome (em letra de forma): _____

Roteiro Entrevista – Secretário Municipal de Saúde

Data: Início: Término:

Nome:

Cargos e períodos de atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Cargo atual:

Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Profissão:

Data de Nascimento:

- 1) No período de sua atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, como estava organizado o sistema municipal de saúde?
- 2) Como o Sr.(a) entende o papel e qual a importância do Programa Médico de Família no sistema de saúde de Niterói?
- 3) Como surgiu a proposta do Programa Médico de Família em Niterói? Que pessoas, grupos ou organizações apoiaram a conformação dessa proposta?
- 4) Quais são os principais elementos de continuidades e mudanças no Programa Médico de Família nesses 21 anos de implementação? Fale, particularmente, sobre os seguintes aspectos: objeto central/finalidade do programa; organização da atenção; áreas e grupos populacionais beneficiados; mecanismos de gestão; incentivos para implementação; cobertura; financiamento.
- 5) Que pessoas, grupos ou organizações atuaram na implementação do PMF?
- 6) Qual a participação dos seguintes grupos e organizações na implementação do programa: Associação de Moradores e outras organizações da sociedade, governo municipal (prefeitura, órgãos municipais), governo estadual, governo federal, partidos políticos, universidade e organizações profissionais (relacionadas à categoria médica – conselhos, sindicatos, AMF)?
- 7) Na sua opinião, o que favorece e dificulta a implementação do PMF em Niterói?
- 8) Quais os aspectos que diferenciam ou não o PMF da ESF?
- 9) Quais os avanços e dificuldades do PMF para organização e acesso à atenção básica em Niterói?

Roteiro Entrevista – Coordenador do PMF

Data:

Início:

Término:

Nome:

Cargos e períodos de atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Cargo atual:

Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Profissão:

Data de Nascimento:

- 1) No período de sua atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, como estava organizado o sistema municipal de saúde?
- 2) Como o Sr.(a) entende o papel e qual a importância do Programa Médico de Família no sistema de saúde de Niterói?
- 3) Como surgiu a proposta do Programa Médico de Família em Niterói? Que pessoas, grupos ou organizações apoiaram a conformação dessa proposta?
- 4) Quais são os principais elementos de continuidades e mudanças no Programa Médico de Família nesses 21 anos de implementação? Fale, particularmente, sobre os seguintes aspectos: objeto central/finalidade do programa; organização da atenção; áreas e grupos populacionais beneficiados; mecanismos de gestão; incentivos para implementação; cobertura; financiamento.
- 5) Que pessoas, grupos ou organizações atuaram na implementação do PMF?
- 6) Qual a participação dos seguintes grupos e organizações na implementação do programa: Associação de Moradores e outras organizações da sociedade, governo municipal (prefeitura, órgãos municipais), governo estadual, governo federal, partidos políticos, universidade e organizações profissionais (relacionadas à categoria médica – conselhos, sindicatos, AMF)?
- 7) Na sua opinião, o que favorece e dificulta a implementação do PMF em Niterói?
- 8) Quais os aspectos que diferenciam ou não o PMF da ESF?
- 9) Quais os avanços e dificuldades do PMF para organização e acesso à atenção básica em Niterói?

Roteiro Entrevista – Supervisor do PMF

Data:

Início:

Término:

Nome:

Cargos e períodos de atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Cargo atual:

Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Profissão:

Data de Nascimento:

- 1) Atualmente, como está organizado o sistema de saúde de Niterói?
- 2) Como o Sr.(a) entende o papel e qual a importância do Programa Médico de Família no sistema de saúde de Niterói?
- 3) Como a política do Programa Médico de Família apresentou-se no sistema de saúde de Niterói nos diferentes governos?
- 4) Quais são os principais elementos de continuidade e mudanças no Programa Médico de Família nesses 21 anos de implementação? Fale, particularmente, sobre os seguintes aspectos: objeto central/finalidade do programa; organização da atenção; áreas e grupos populacionais beneficiados; mecanismos de gestão; incentivos para implementação; cobertura; financiamento.
- 5) Qual a participação dos seguintes grupos e organizações na implementação do programa: Associação de Moradores e outras organizações da sociedade, governo municipal (prefeitura, órgãos municipais), governo estadual, governo federal, partidos políticos, universidade e organizações profissionais (relacionadas à categoria médica – conselhos, sindicatos, AMF)?
- 6) Como tem sido o processo de expansão do Programa Médico de Família em Niterói?
- 7) Na sua opinião, o que favorece e dificulta a implementação do PMF em Niterói?
- 8) Quais os aspectos que diferenciam ou não o PMF da ESF?
- 9) Quais os avanços e dificuldades do PMF para organização e acesso à atenção básica em Niterói?

Roteiro Entrevista – Médico do PMF

Data:

Início:

Término:

Nome:

Cargos e períodos de atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Cargo atual:

Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Profissão:

Data de Nascimento:

- 1) Atualmente, como está organizado o sistema de saúde de Niterói?
- 2) Como o Sr.(a) entende o papel e qual a importância do Programa Médico de Família no sistema de saúde de Niterói?
- 3) Como a política do Programa Médico de Família apresentou-se no sistema de saúde de Niterói nos diferentes governos?
- 4) Como o Sr.(a) entende a participação das Associações de Moradores na implementação do Programa Médico de Família?
- 5) Quais são os principais elementos de continuidades e mudanças no Programa Médico de Família nesses 21 anos de implementação? Fale, particularmente, sobre os seguintes aspectos: objeto central/finalidade do programa; organização da atenção; áreas e grupos populacionais beneficiados; mecanismos de gestão; incentivos para implementação; cobertura; financiamento.
- 6) Como tem sido o processo de expansão do Programa Médico de Família em Niterói?
- 7) Na sua opinião, o que favorece e dificulta a implementação do PMF em Niterói?
- 8) Quais os aspectos que diferenciam ou não o PMF da ESF?
- 9) Quais os avanços e dificuldades do PMF para organização e acesso à atenção básica em Niterói?

Roteiro Entrevista – Associação de Moradores

Data:

Início:

Término:

Nome:

Cargo atual:

Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói:

Profissão:

Data de Nascimento:

- 1) Atualmente, como está organizado o sistema de saúde de Niterói?
- 2) Na sua opinião, qual é o papel e a importância do Programa Médico de Família no sistema de saúde de Niterói?
- 3) Como o Programa Médico de Família apresentou-se no sistema de saúde de Niterói nos diferentes governos?
- 4) Como o Sr.(a) entende o papel das Associações de Moradores no Programa Médico de Família?
- 5) Como o Sr.(a) entende o papel da Fundação Municipal de Saúde no Programa Médico de Família?
- 6) Quais são os principais elementos de continuidades e mudanças no Programa Médico de Família nesses 21 anos de implementação? Fale, particularmente, sobre os seguintes aspectos: objeto central/finalidade do programa; organização da atenção; áreas e grupos populacionais beneficiados; mecanismos de gestão; incentivos para implementação; cobertura; financiamento.
- 7) Na sua opinião, o que favorece e dificulta a implementação do PMF em Niterói?

Roteiro Entrevista – Docente UFF

Data:

Início:

Término:

Nome:

Cargo atual:

Profissão:

Data de Nascimento:

- 1) Como o Sr.(a) entende o papel e qual a importância do Programa Médico de Família no sistema de saúde de Niterói?
- 2) Como o Sr.(a) percebe o papel e a importância da universidade na implementação do Programa Médico de Família?
- 3) Como surgiu a proposta do Programa Médico de Família em Niterói? Que pessoas, grupos ou organizações apoiaram a conformação dessa proposta?
- 4) Como o Sr.(a) entende a participação das Associações de Moradores na implementação do Programa Médico de Família?
- 5) Quais são os principais elementos de continuidades e mudanças no Programa Médico de Família nesses 21 anos de implementação? Fale, particularmente, sobre os seguintes aspectos: objeto central/finalidade do programa; organização da atenção; áreas e grupos populacionais beneficiados; mecanismos de gestão; incentivos para implementação; cobertura; financiamento.
- 6) Que pessoas, grupos ou organizações atuaram na implementação do PMF?
- 7) Qual a participação dos seguintes grupos e organizações na implementação do programa: Associação de Moradores e outras organizações da sociedade, governo municipal (prefeitura, órgãos municipais), governo estadual, governo federal, partidos políticos, universidade e organizações profissionais (relacionadas à categoria médica – conselhos, sindicatos, AMF)?
- 8) Na sua opinião, o que favorece e dificulta a implementação do PMF em Niterói?
- 9) Quais os aspectos que diferenciam ou não o PMF da ESF?
- 10) Quais os avanços e dificuldades do PMF para organização e acesso à atenção básica em Niterói?