

ADRIANA COSER GUTIÉRREZ

**A CO-PRODUÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE
ATENÇÃO BÁSICA DO RIO DE JANEIRO**

CAMPINAS

Unicamp

2008

ADRIANA COSER GUTIÉRREZ

**A CO-PRODUÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE
ATENÇÃO BÁSICA DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

G985c Gutierrez, Adriana Coser
A co-produção da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro / Adriana Coser Gutierrez. Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Política de saúde. 2. Atenção primária a saúde. 3. Saúde da família. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Rio de Janeiro primary health's state policy co production

Keywords: • Health policy
• Primary health care
• Family health

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro

Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

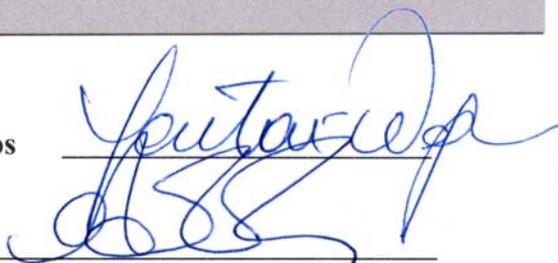
Data da defesa: 29 - 02 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos



Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro



Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho



**Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.**

Campinas, 29 de fevereiro de 2008.

Ao
meu amado pai
Jose Coser (*in memorian*),
médico de família que fez,
como muitos da saúde pública,
o seu ofício contínuo de
muita compreensão e
de superação criativa no
cotidiano.

AGRADECIMENTOS

São tantos...

À minha família: José (*in memorian*), Irma, Alfonso, Marión, Cecília y Tía Soledad pela presença de amor eterno.

À minha família extensiva: Jeanete Múfalo e Lucia Souto, madrinhas de mente e coração, a quem sou muito grata.

Ao Anderson que inspira-me com sua melodia de notas, palavras e carinho.

Ao meu orientador, Gastão, responsável por mais esta etapa da minha formação e inspirador de muitas empreitadas na gestão em que já me meti.

Aos demais professores do DMPS e aos colegas, pelo apoio e carinho de sempre: Rosana Onocko, Solange, Sérgio Resende e Grupo Paidéia.

Aos amigos e colegas das empreitadas em que pude trocar muito: Robertinha, Fabiani Gil, Mirela, Gustavo Tenório, Márcia Amaral e Gilberto, Shalon, Padilha, Paulinho Morais, Bruno, Ena, Nunes, Rodrigo Filizola, Ana Franklin, Flávia, Vivi, Pedro Lima, Carol Medina, Renata Pascoal, Teresinha, Catia Oliveira, Eduardo, Leila Senna, Anamaria Schneider, Monique, Kátia Motta, Marina Marchesan, Luiz Candido, Manu, Marcelo Melo, Helena Kassin, Luiza Eluf, Chico, Marcelo Assini, Adail e Teresa, Regina Benevides, Claudia Abbes, Serafim, Edu Passos, Dario e demais colegas da PNH, DAB, NERJ/MS, Campinas e DESAI.

Ao Odorico, que, em Sobral, acolheu-me com sua *tenda invertida*.

Ao Sérgio Cortes, gestor sensível no desafio da compreensão da saúde.

À equipe da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, pela inquietação e compromisso.

A minha instituição FIOCRUZ, onde sou servidora e que cedeu-me na compreensão de atender mais esta convocação de consolidação do SUS.

A todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Só o tempo completa o pensamento.

Burle Marx

	Pág.
RESUMO	xxvii
ABSTRACT	xxxii
INTRODUÇÃO	37
Perguntas orientadoras para a construção do problema	38
Objetivos	39
Motivações e Propósitos	39
CAPÍTULO 1- Referencial teórico-conceitual	43
1.1- Conceito de Atenção Básica de Saúde	45
1.2- Política Nacional de Atenção Básica - Portaria 648/2006	49
1.3- Método Paidéia como filtro de análise – aposta para a co-gestão	52
CAPÍTULO 2- DESENHO DA PESQUISA	57
CAPÍTULO 3- RESULTADOS	61
3.1- Características socio-demográficas	63
3.2- Modos de gestão a partir da co-produção de uma política estadual de atenção básica	87
3.3- Prioridades estratégicas na condução da política estadual da atenção básica	90
3.4- Proposta de nova política estadual de atenção básica: novos arranjos institucionais e dispositivos	95
3.5- Espaços coletivos como arranjo institucional: câmaras técnicas regionais	96
3.6- Apoio institucional como dispositivo	97
3.7- Co-financiamento da atenção básica	100

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANP	Agência Nacional de Petróleo
CE	Ceará
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DDA	Doença Diarréica Aguda
DAB	Departamento de Atenção Básica
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FA	Fator de Alocação
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIPERDIA	Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INF	Índice de Necessidade de Financiamento
INS	Índice de Necessidades de Saúde
IRA	Infecção Respiratória Aguda

MS	Ministério da Saúde
NERJ	Núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISMCA	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
PAM	Posto de Atendimento Médico
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PESB	Programa Especial de Saúde da Baixada
PNH	Política Nacional de Humanização
PROESF	Projeto de Expansão da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde do RJ
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SP	São Paulo
SABGC	Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Cobertura da estratégia da saúde da família por região de saúde - SIAB-competência agosto/2007.....	70
Figura 2 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Metropolitana 1, 2006.....	72
Figura 3 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Metropolitana 2, 2006.....	72
Figura 4 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Baixada Litorânea, 2006.....	73
Figura 5 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Centro Sul Fluminense, 2006.....	73
Figura 6 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Médio Paraíba, 2006.....	74
Figura 7 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Noroeste Fluminense, 2006.....	74
Figura 8 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Norte Fluminense, 2006.....	75
Figura 9 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Serrana, 2006.....	75
Figura 10 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Serrana, 2006.....	76
Figura 11 Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Baía da Ilha Grande, 2006.....	76
Figura 12 Coeficiente de detecção, prevalência da hanseníase e cobertura da ESF – 1998-2005.....	77
Figura 13 Proporção de abandono do tratamento de Tuberculose-Região Metropolitana 1, 2005.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Série Histórica do Número de Equipes de Saúde da Família no ERJ - 1998/2007.....	71
Gráfico 2 Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) e por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos - 2000 a 2005.....	82
Gráfico 3 Proporção de portadores de hipertensão arterial de diabetes mellitus cadastrados no hiperdia - 2000 a 2005.....	82

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Configuração Populacional por Região do Estado do Rio de Janeiro - SESDEC 2005.....	66
Quadro 2 Situação dos municípios do Estado do Rio de Janeiro em relação aos principais Indicadores do Pacto de Atenção Básica em 2005.....	79

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar e analisar a co-produção de uma política de atenção básica de saúde no ano de 2007, a partir do cenário de mudanças ainda em curso no modo de gestão da política de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Para tal foram utilizados a análise documental e o diário de campo da pesquisadora, que exerce atualmente o cargo de superintendente estadual de atenção básica e gestão do cuidado. Buscou-se descrever a constituição desta política da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, bem como analisar as informações obtidas, recorrendo-se ao conceito de filtro proposto por Campos (2000) no Método Paidéia, que se vale dos conceitos de co-gestão e de produção de políticas.

A pesquisa aponta para o resgate da função da esfera estadual no fomento à estruturação e à consolidação da atenção básica, ao reconhecer a necessidade de superação do seu atual papel de mediador entre as políticas federais e municipais, permitindo assim que a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro seja protagonista deste processo, considerado o contexto histórico, que sofre o impacto dos inúmeros desafios sanitários instalados.

Conclui com a proposição de novos arranjos e de dispositivos internos e externos à Secretaria de Estado de Saúde como estratégia de co-produção da Política Estadual de Atenção Básica de Saúde.

Palavras chave: política de saúde, co-produção; atenção básica em saúde, saúde da família.

ABSTRACT

The objective of this study is to identify characteristics and to analyse a jointly devised policy on the provision of primary health in 2007, deriving from a scenario of ongoing changes in the management of health policy in the State of Rio de Janeiro. In order to identify these characteristics, record analysis as well as a field diary by the researcher - who works as a Primary Health and Care Management Superintendent of the state- were used. The aim was to describe the components of such policy from the State Health Secretary of Rio de Janeiro whilst analysing this information by way of the filter concept, using the Paideia Method proposed by Campos (2000) which relies on joint management and policy- making concepts.

The study focuses on reinstating the function of the state in promoting the organisation and consolidation of primary health, through awareness of the need to improve the state's role as a mediator between federal and municipal policies. This would confer prominence to the State Health and Civil Defence Secretary of Rio de Janeiro, by way of a leading role in this process taking into consideration the historic context determined by innumerable challenges posed by health implementations.

This reaches a conclusion by way of a proposal to the Secretary of State for Health, for new arrangements to be made together with external and internal devices, as a strategy for a jointly devised State Primary Health Policy.

Key words: Health policies, joint- policy making, primary health care, family health provision.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a trajetória da saúde brasileira transcorreu quase sempre desarticulada do compromisso de uma saúde mais universal, equânime e resolutiva. O resultado disso é a produção e a reprodução de um complexo cenário em nossa sociedade, como, por exemplo, o da crise do atual modelo de atenção e gestão, agravada pela desigualdade social, o que acaba por evidenciar a necessidade emergente de revisão das atuais políticas propostas, devendo-se reconhecer o papel principal de sujeitos implicados e insatisfeitos.

O que aconteceria se, um dia, alguém fosse convidado a coordenar a elaboração de uma política de atenção básica no Estado do Rio de Janeiro? Companheiro: desafio à vista e dos bravos! Isso, porque é no Estado do Rio de Janeiro que se encontram das mais baixas coberturas de atenção básica do país e indicadores de saúde preocupantes, afora que, sobretudo, é sabido ainda ser o hospital o principal acesso da população à saúde. Deixamos aqui de mencionar outras variáveis que surgem conforme nos aproximamos do objeto em questão, que é a atenção básica neste Estado.

Pois bem, é sobre o desafio da co-produção de uma política estadual de atenção básica no Rio de Janeiro que trata esta dissertação de mestrado.

Partimos centralmente do reconhecimento de que, com o processo de descentralização da rede básica da gestão estadual para a esfera municipal a partir da década de 1990, os governos estaduais sofreram certo esvaziamento de seu papel técnico-político, assumindo uma condição, muitas vezes, passiva em sua função de gestor estratégico (Vasconcelos, 2005).

Qual seria, então, o papel do governo estadual frente aos municípios? Especificamente, qual o papel da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em relação à implementação de uma ampla rede básica de atenção à saúde? Seria o de funcionar como promotor de linhas de construção e de fortalecimento da atenção básica das redes municipais? Ou, ainda, qual o desenho organizacional a ser criado para que o desafio da construção desta política estadual de atenção básica seja enfrentado?

Pesquisando autores envolvidos com a temática proposta neste estudo, identificamos que há uma crise instalada no atual modelo de atenção e gestão da saúde no que tange principalmente a estratégias de maior sustentabilidade. Entretanto, notamos que,

em alguma medida, existe um esforço coletivo para a construção de novas possibilidades de se fazer gestão em saúde nas diferentes esferas de governo, comprometidas com a organização e o fortalecimento da rede básica. Com base nesta aposta foi que nos sentimos instigados a desenvolver esta pesquisa.

Ao longo do trabalho apresentaremos uma análise descritiva do processo, ainda em curso, de construção da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro, sem o objetivo de avaliar o plano ou o resultado. Observe-se que adotamos a diretriz da co-gestão como princípio para a elaboração e a implementação dessa política, e que a investigadora e agente política no processo – superintendente do departamento responsável – baseou-se no Método Paidéia proposto por Campos (2000) para orientar sua interação com outros atores sociais. Deste modo, a pesquisa traz a proposta de analisar parte da experiência desta pesquisadora no exercício da função de atual gestora estadual da atenção básica.

Ressaltamos que a capacidade inventiva e criativa no campo da gestão em saúde se faz indispensável para o resgate do papel da Secretaria de Estado de Saúde.

Perguntas orientadoras para a construção do problema

-Primeira: seria possível produzir uma política estadual de atenção básica no Estado do Rio de Janeiro, uma vez que a atenção básica, em alguma medida, jamais foi realmente priorizada e historicamente desmoralizou-se?

-Segunda: seria possível que esta política de atenção básica fosse co-produzida pelo conjunto de atores envolvidos?

Objetivos

-Objetivo geral

Caracterizar e analisar a co-produção da implantação da política de atenção básica no ano de 2007.

-Objetivos específicos

- 1- Descrever o *atual cenário da atenção básica* do Rio de Janeiro;
- 2- Compreender *os modos de gestão* a partir da co-produção da política estadual de atenção básica de saúde;
- 3- Sistematizar o modo de construção dos critérios que constituem *prioridades estratégicas* na condução da política estadual de atenção básica;
- 4- Caracterizar e analisar os *arranjos e os dispositivos institucionais* constituídos e sugeridos para a implementação desta política.

Motivações e Propósitos

Pesquisar a construção da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro partiu centralmente do propósito de estudar, de maneira sistemática, minha atividade prática. No caso, unindo a oportunidade singular de vivenciar, pela primeira vez, a experiência do trabalho como gestora da atenção básica e, também, a de integrante de um governo estadual.

Poder comprometer-me com o desafio proposto – em virtude da possibilidade de construção coletiva da política estadual de atenção básica de um Estado como o Rio de Janeiro – foi sedutor o suficiente para que retomasse a minha trajetória na gestão.

Confesso que não foi fácil aceitar tal responsabilidade, pois este Estado pouco acumulou no tocante a políticas públicas sólidas ao longo dos últimos anos, principalmente no campo da atenção básica. Além disso, apresenta ainda um modelo fortemente

hospitalocêntrico somado à emblemática confluência de um dos maiores complexos de desordenamento urbano, a qual forma o cinturão metropolitano, onde atualmente convivem mais de 70% da população do Estado em impressionante desigualdade social.

Particularmente, para mim, o caráter de desafio esteve posto desde o começo por inúmeras variáveis, tais como: não ter experiência com a realidade do Estado do Rio de Janeiro, nunca ter assumido diretamente a gestão da atenção básica e jamais ter composto uma equipe estadual.

No entanto penso que, na minha diversificada trajetória profissional, certas vivências anteriores favoreceram a indicação para o cargo de superintendente estadual da atenção básica e gestão do cuidado. Tais vivências dizem respeito, por exemplo, ao campo da gestão municipal, junto a municípios que acumularam expertise notadamente no campo da atenção básica, como Campinas/São Paulo e Sobral/Ceará, ou, ainda, alguns trabalhos no campo da tutoria docente com o Departamento de Medicina Preventiva e Social/UNICAMP, reconhecido pelas importantes formulações na área da gestão de saúde. Essencial igualmente é a interculturalidade que a saúde indígena ensinou-me nos quase dois anos em que estive à frente da assessoria do Departamento Nacional de Saúde Indígena/DESAI-FUNASA, quando tive a oportunidade privilegiada de viajar por inúmeros rincões deste nosso país.

Desconfio que pesou, mais do que tudo isso, a experiência como consultora da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde (MS), na Secretaria Executiva da Comissão Metropolitana Tripartite do Rio de Janeiro, no ano de 2006, grupo este constituído após o período de intervenção do Ministério da Saúde no município do Rio de Janeiro no ano de 2005.

Foi ao longo daquele ano que pude aprender um pouco sobre o modo como a atenção e a gestão em saúde se conformam na região, incluindo os 21 municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro. Na ocasião, realizei um trabalho que procurava levar a vários municípios os dispositivos e as diretrizes propostas pela PNH/MS, como o acolhimento com classificação de risco, os projetos terapêuticos, a clínica ampliada, a co-gestão, dentre outros, somados ao início da discussão do pacto de saúde. Isto resultou, entre outras coisas, em planos de trabalhos elaborados e acompanhados nos municípios

para a reorientação do processo de trabalho mediante oficinas e a criação de uma câmara técnica coordenada por mim.

Eleger o nível estadual de saúde como cenário privilegiado desta pesquisa partiu dos seguintes critérios:

Primeiro, pela sugestão do próprio orientador, que viu a oportunidade de aliar a possibilidade de investigar a teoria da co-gestão aplicada a um processo prático vivenciado pela pesquisadora, a qual integra atualmente a equipe de direção da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro em exercício na função de superintendente de atenção básica e gestão do cuidado. Construir uma metodologia científica para observar minha postura como dirigente, bem como a de outros atores sociais, durante a constituição de uma nova política de atenção básica para o Estado foi o que nos instigou fortemente, imaginando que este estudo poderia facilitar a reflexão e a elaboração de referenciais teórico-práticos inovadores relativos à construção de novas políticas públicas de saúde.

Segundo, este estudo buscou também aprofundar a compreensão sobre o modo de cumprimento da missão estadual de gestor do SUS, em particular, no seu papel de ator coadjuvante do processo de formulação e de acompanhamento de uma política de atenção básica. Isso porque a maioria dos governos estaduais pouco tem participado na elaboração conjunta e complementar da proposição da política de atenção básica, tendo como fator atual e relevante a nova política de atenção básica proposta pelo governo federal (Portaria 648 de março de 2006).

Por último, a possibilidade instigante de pesquisar a saúde do Estado do Rio de Janeiro a partir do próprio governo estadual, tendo como cenários grandes vazios sanitários, principalmente na região metropolitana, contrapostos ao fato de ser um dos estados de maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), além de possuir significativa concentração de universidades/centros formadores de pesquisas com importantes produções de tecnologias na área de saúde pública e de contar com a maior oferta de leitos hospitalares do país. Contudo, o Estado apresenta um dos piores quadros de cobertura de atenção básica, se considerarmos o modelo tradicional, ou, ainda mais, a estratégia de saúde da família.

Enfim, diante desses três aspectos optamos por apostar que o cenário privilegiado para este estudo seria, de fato, a atual gestão da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil por agregar critérios relevantes e, sobretudo, pelo momento político de nova gestão, que se compromete com a reversão do vigente modelo hospitalocêntrico para um, que priorize a atenção básica como ordenadora do sistema de saúde (Planejamento SESDEC, 2007).

A seguir, apresentamos como foi estruturado este estudo.

Com a Introdução esperamos estabelecer, por meio das motivações e das hipóteses, alguns dos principais propósitos da pesquisadora frente ao objeto em questão, definindo os objetivos propostos, organizados em geral e específicos, embora tenhamos em conta que este estudo é o recorte de um processo em curso.

No Capítulo 1, com o referencial teórico conceitual, trabalhamos três macroconceitos: a atenção básica; a política nacional vigente para a atenção básica proposta no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde; e o Método Paidéia, que referencia tanto a discussão como a construção teórico-prática de co-gestão da política estadual.

No Capítulo 2 apresentamos o desenho da pesquisa a partir de uma abordagem qualitativa.

O Capítulo 3 é o corpo central da pesquisa, uma vez que revela a execução dos objetivos propostos anteriormente, mediante a análise descritiva de um recorte do curso do processo de construção da política estadual de atenção básica.

CAPÍTULO 1-
Referencial Teórico-Conceitual

Entendemos como referencial teórico um diálogo entre a teoria e o problema a ser investigado (Deslandes, 1994, p. 40), não esquecendo, como Tobar & Yalour (2002) sugerem, que o marco teórico conceitual tem a função de contextualizar o tema, inclusive do ponto de vista histórico.

Com isso, apresentamos a seguir três referenciais teórico-conceituais que identificamos compor a linha base dialógica desta pesquisa: o conceito de atenção básica de saúde, a atual política nacional de atenção básica e o método Paidéia.

1.1- Conceito de atenção básica de saúde

É tradição em outros países utilizar a expressão atenção primária em lugar de atenção básica, como denominamos no Brasil em decorrência da tradução realizada na época em que passou a ser empregada. Contudo, importa, mais do que definir a terminologia, o fato de haver inúmeras denotações quanto ao sentido de ambos os termos utilizados, básico ou primário, entendidos, às vezes, como elementar, mínimo, ou, como Testa (1989) aponta, simples, primitivo.

Identificamos que, comumente, a atenção básica, no imaginário de algumas pessoas, persiste em remeter à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada, principalmente ao pensarem que o profissional da área talvez seja um desprivilegiado no mercado de trabalho do ponto de vista do status, em especial no caso da categoria médica.

Sem dúvida que isso ocorre, de um lado, por existirem interesses corporativos, econômicos, por trás desta diminuição da importância da função da atenção básica. Entretanto, de outro lado, compreendemos que o atual modo de organização do processo de trabalho ainda é, em determinadas situações, um tanto confuso tanto para o usuário como para o restante do sistema, o que não favorece a reversão de semelhante entendimento.

Dito isto, estamos reconhecendo que o resgate dessa definição depende também, ou, talvez, principalmente, de políticas públicas que reformulem ou fortaleçam as práticas da atenção básica orientadas para a sua finalidade de fato.

Para Starfield (2002), a atenção básica possui papel diferenciado daquele dos demais níveis de atenção à saúde em função das características clínicas dos pacientes e de seus problemas. Estas características incluem a variedade de diagnósticos dos problemas observados, um componente identificável dedicado à prevenção das doenças e a alta proporção de pacientes que já sejam conhecidos na unidade de saúde.

Questionamos vários aspectos ao perceber e lidar com problemas mais comuns, mas nem sempre estruturados em função de fatores que, por vezes, extrapolam o conceito restrito de saúde – como é o caso da desnutrição infantil, da gravidez na adolescência, da tuberculose e da violência, dentre outros –, todos atravessados fortemente por dimensões subjetivas que nos afetam.

Starfield (2002) retrata a atenção básica como prática que lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias, tais como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção para diversos problemas, a qual é continuada ao longo do tempo e inclui a necessidade de serviços preventivos. A autora ainda nos traz outras diretrizes, como o fato de a atenção básica ser o acesso principal do usuário ao sistema, ser coordenadora do cuidado em saúde e constituir a garantia longitudinal do cuidado integral.

O aspecto integral estaria ligado à possibilidade de lidar com problemas de saúde em qualquer ciclo da vida do paciente. Assim, a atenção integral deveria ser coordenada, para poder ofertar a combinação de serviços e de informações necessárias ao paciente, além de ser continuada, em razão de conformar uma atenção ao longo do tempo e realizada por um único indivíduo ou por equipe de indivíduos, com comunicação efetiva e oportuna.

Esse aspecto de a atenção integral ser coordenadora do cuidado é fundamental, por permitir reconhecer o papel vinculador privilegiado que o usuário pode estabelecer com o sistema de saúde, uma vez que a atenção básica compromete-se a exercer um papel regulador quanto ao acesso às demais tecnologias de exames, de especialidades, de medicamentos e de serviços, evitando assim situações incentivadoras de iatrogenia.

Lembrando que o aspecto do vínculo está fortemente unido à relação de confiança estabelecida neste caso de usuário x serviço/profissional, o vínculo fica assentado na capacidade resolutiva potencial que o serviço/profissional pode ofertar. Com isso, é preciso que reforçemos a idéia de que a atenção básica não somente exerce caráter importante de prevenção e de promoção, mas também de recuperação e de segurança de cada paciente, afora que não se perde nada por haver um coordenador de tratamento, ainda que o paciente se desloque para outro serviço de referência.

Quanto ao modo de fazer clínica, Campos (2001) apresenta o conceito de Clínica Ampliada, em que se reconhece o fato de estarem fazendo clínica todos os profissionais de saúde que atendem as pessoas, além de esta dever ser redefinida a partir do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos...

Desse modo, a ampliação do objetivo envolve que a finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura, da reabilitação ou, até mesmo, do alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia dos pacientes, das famílias e das comunidades. Estabelece-se, assim, uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e à dependência excessiva das pessoas em relação aos profissionais ou aos serviços de saúde.

Para o Ministério da Saúde (2006), a atenção básica caracteriza-se, de modo geral, por:

- Não dissociar a atenção individual da coletiva a partir da promoção, da prevenção, da proteção e da reabilitação para a manutenção da saúde;
- Organizar-se, a partir do trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas;
- Utilizar tecnologia de elevada e de baixa densidade tendo por referência os problemas de saúde mais freqüentes em determinada base territorial;
- Reconhecer-se como o contato preferencial dos usuários com todo o sistema de saúde.

Ao longo dos últimos anos foram muitas as formas de organizar a atenção básica no Brasil, embora, em alguns momentos, visasse a não organizá-la também. Todavia, desde 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo MS, depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), passou-se a incentivar financeiramente um modelo privilegiado de organização da rede de atenção básica, que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção à saúde, o perfil do profissional mais generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde e a normatização do processo de trabalho, dentre outros.

Com isso, a ESF, ainda que se tenha inspirado em modelos de países como Cuba, diferencia-se de outras experiências internacionais em virtude de incorporar o trabalho em equipe multidisciplinar e intersetorial, destacando a função do agente comunitário de saúde.

Na produção teórica de Andrade & Barreto (2003/2004) temos o reforço desta percepção, quando os autores afirmam que a ESF é vista como um modelo de APS focado na unidade familiar, construído operacionalmente na esfera comunitária. Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal.

Essa compreensão da ESF como o componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência bem como com a rede de serviços de atenção à saúde mental.

Andrade, Barreto & Bezerra (2006) definem a ESF como um modelo de atenção primária, operacionalizado através de estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, de reabilitação e de cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focando-se na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

Para Mendes (2002), a atenção primária à saúde deve cumprir três funções nas redes de atenção: a função de resolução, a de coordenação e a de responsabilização. A função de resolução, intrínseca a sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; por sua vez, a de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, constitui-se na organização dos fluxos e contra fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; já a função de responsabilização funda-se na co-responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que sejam atendidos.

No entanto, apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do país, seria preciso que as redes de atenção básica organizadas segundo outras tradições, fossem reorientadas para as diretrizes acima referenciadas pelos autores, como as de coordenação, de continuidade do cuidado e de clínica ampliada, dentre outros. Igualmente, deveriam receber apoio e orientação no sentido de melhor equalização do processo de incremento do acesso concomitante à qualificação do processo de trabalho. Registre-se esta observação, porque a ESF não se propõe a reorganizar redes de atenção básica existentes antes da vigência daquele programa. Esta realidade é bastante freqüente nas regiões sul e sudeste, inclusive no Estado do Rio de Janeiro.

Identificamo-nos com a percepção de Conill (2007), quando, em seu estudo sobre a atenção básica do município de Florianópolis, reforça a idéia de que as evidências atuais apontam para uma discreta superioridade do programa em comparação às atividades dessas unidades tradicionais, em razão da incorporação de práticas de territorialização, de maior vínculo, de envolvimento comunitário e de acompanhamento de prioridades programáticas, o que é coerente com o seu referencial normativo. No entanto, o acesso continua como nó crítico, mostrando dificuldades nas estruturas físicas das unidades físicas e da equipe, além de fragilidades na gestão e na organização das redes de serviços.

1.2- Política Nacional de Atenção Básica - Portaria 648/2006

Em março de 2006 foi aprovada a Portaria 648, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização do programa de saúde da família (PSF) e do programa de agentes comunitários de saúde (PACS), com base na revisão da legislação

vigente até o momento, em uma perspectiva do pacto pela saúde, o qual regulamenta centralmente, em blocos de financiamento, o cumprimento de metas sanitárias de modo tripartite.

A Portaria 648 traz fundamentalmente a reafirmação da ESF como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora das redes de atenção à saúde. Estabelece ainda, em seu escopo, a mudança da expressão antes utilizada de programa de saúde da família para estratégia saúde da família, no entendimento de que todos os programas tornam-se políticas, uma vez que a programação denota um status provisório já há muito questionado, ao passo que política denotaria algo mais estável e sustentável do ponto de vista da organicidade institucional.

A Política Nacional de Atenção Básica (MS, 648/2006) tem em seu corpo as definições de:

- Princípios gerais que caracterizam a atenção básica: quando implantada a ESF no território, que esta seja hegemônica e substitua o modelo tradicional de atenção básica; que as equipes tenham a família e a comunidade como unidades privilegiadas; que haja um planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de saúde de modo pactuado com a comunidade em questão e que seja promotora de cidadania;
- Responsabilidades de cada esfera de governo: cabe ao município inserir a ESF como organizadora do sistema local de saúde, garantindo as condições de trabalho, compreendidas como infra-estrutura física, materiais, insumos, equipamentos, acompanhamento e capacitação das ESF, devendo-se cumprir 40h/semana. Ao governo estadual cabe viabilizar, na CIB, as normatizações e as diretrizes que assegurem o cumprimento dos princípios gerais, acompanhando, avaliando e monitorando através de assessoria técnica, de modo a proporcionar o desenvolvimento da ESF seja no credenciamento ou no descredenciamento das equipes, no fluxo de informações e nos recursos, intermediando o município e o MS. Ao governo federal atribui-se que viabilize, através da CIT, as normatizações e as diretrizes da ESF com aporte financeiro e de articulação entre as demais esferas para a qualificação das equipes das ESF. Em suma, define, para as três esferas federativas, a criação de metas e de mecanismos de acompanhamento das ESF expressos em planos de saúde.

- Infra-estrutura e recursos necessários;
- Cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde;
- Processo de trabalho das equipes de atenção básica;
- Atribuições dos membros das equipes de atenção básica;
- Processo de educação permanente.

Em um segundo momento traz as especificidades da ESF. No entanto é nítido que, de fato, há uma política indutora para a implantação da ESF, principalmente através do incentivo financeiro.

Tal situação acabou por gerar críticas da parte de alguns municípios e estados contestadores da viabilidade da ESF face as suas diretrizes e regras, consideradas rígidas. Argumenta-se, por exemplo, que, para os grandes centros urbanos, a proposta não se aplicaria em função da obrigatoriedade de vinculação, principalmente, do profissional médico a 40h/ semana, pois haveria outras ofertas de emprego com melhores salários; questiona-se a viabilidade do trabalho territorial e de aproximação maior da comunidade em razão da violência urbana; alega-se que o processo de trabalho não se adaptaria ao perfil da cultura urbana - obrigatoriedade de vínculo a determinada equipe -, ao elevado custo de manutenção etc.

De qualquer modo, observa-se que a ESF passou a ser estruturante da rede básica em seu todo, ocorrendo variações apenas em torno das diretrizes.

Vale destacar que percebemos ter havido um reforço da competência de responsabilidade da função das secretarias estaduais de saúde desde a atual Política de Atenção Básica do MS, definindo-se sua função de complementaridade ao esforço municipal e de fortalecimento da ampliação e da qualificação da atenção básica.

1.3- Método Paidéia como filtro de análise – aposta para a co-gestão

Observa-se que, mesmo após as variadas tentativas de regulamentação e de normatização da atenção básica, este processo raramente ocorre de maneira automática, isto é, sem o apoio do Ministério da Saúde ou das secretarias de estado. Isso porque existe uma debilidade organizacional e de capacidade gestora em expressiva parte do sistema público brasileiro, o que dificulta a implantação das políticas de saúde, inclusive da ESF. Portanto, a tarefa de ampliar a atenção básica no Estado do Rio de Janeiro depende de que se logre aumentar a governança dos sistemas estadual e municipal, bem como de que se alcance um desenvolvimento institucional do SUS.

É urgente, assim, a busca de saberes constituídos que fortaleçam a denominada ossatura dos sistemas de saúde, sejam elas federais, estaduais ou municipais, que ainda está incompleta. A persistência de padrões de política e de gestão pública condiciona o funcionamento do sistema, a continuidade de muitos programas e a manutenção das práticas sanitárias e assistenciais na maioria dos serviços, revelando a força da inércia no cotidiano das organizações e a dificuldade de as iniciativas inovadoras se consolidarem (Vasconcelos & Pasche, 2006).

Frente à constatação de que somente as definições normativas não são suficientes para a construção de uma política estadual de atenção básica, identificamos, no caso do Estado do Rio de Janeiro, assim como em qualquer lugar do país, que este deveria traduzir e construir a própria política de acordo com a realidade local e, sem dúvida, considerando o pacto nacional expresso pela Portaria 648/2006.

Detectamos, com base na observação do modelo organizacional e de gestão da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do RJ, a necessidade de algumas revisões, objetivando a superação do modelo de um período anterior ao SUS, em que não estavam previstas as funções de coordenação e de planejamento da rede estadual de saúde. A atual estrutura da SESDEC ainda se pauta em traços típicos da administração pública tradicional. Todavia, como Chiavenato (1993) descreve na teoria geral da administração, as organizações com elevada divisão do trabalho serão mais eficientes do que aquelas com baixa divisão do trabalho, da mesma maneira que organizações com linhas de autoridades rigidamente especificadas serão mais eficientes do que aquelas com linhas de autoridade menos rigidamente especificadas.

O modelo organizacional da SESDEC é fragmentado em subáreas segundo a lógica programática ou de denominadas áreas técnicas, em ordenamento distinto do preconizado pela tradição sanitária dos sistemas de saúde, na qual os departamentos e serviços são organizados pela lógica da responsabilidade territorial e populacional. Assim, observamos que a estrutura da SESDEC, sem reforma, encontraria dificuldade para apoiar uma política estadual de expansão e de qualificação da ABS. Verificamos ainda a ausência de espaços coletivos de co-produção de políticas; ao contrário, constatamos a predominância de um estilo de gestão em que era freqüente o rompimento do diálogo interno e, em alguns casos, o endurecimento do modelo de supervisão e de fiscalização, em geral bastante distanciados da realidade dos municípios.

A agenda política de saúde da atual gestão do governo estadual previa a reorganização da SES/RJ, objetivando adaptá-la ao seu papel de coordenação do SUS estadual, seguindo a diretriz de fortalecimento dos mecanismos para realizar-se uma gestão participativa. Especificamente, ao assumir a função de direção da ABS, comprometi-me com a proposição de gerar alternativa àquela perspectiva mediante estratégias mais democráticas, em uma lógica de co-gestão organizacional e de utilização da metodologia do Apoio Institucional como estratégia de relacionamento com municípios, conforme proposto por Campos (2000) em seu Método Paidéia.

Paidéia, no dizer de Campos (2000), é um conceito grego que significa desenvolvimento integral do ser humano. No entanto, o autor re-significa este conceito como a possibilidade do desenvolvimento integral do ser humano, levando em conta tanto as necessidades do coletivo como as dos indivíduos.

Em recente debate sobre atenção básica organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Campos apontou questões relativas ao trabalho em saúde, reconhecendo-o como produtor de uma tríplice finalidade em que:

- *Trabalha-se para outros (produção de valor de uso, mirando necessidades sociais);*
- *Trabalha-se para si mesmo;*
- *Trabalha-se para algum coletivo: organização pública, capital, sociedade.*

(potencial conflito e complementaridade)

Argumentou também que a democratização e a co-gestão organizacional estariam ligadas, sendo a base para a criação de alternativas voltadas à co-construção de contratos entre gestores, trabalhadores e usuários, constituindo-se o compromisso entre a tripla finalidade. Seria preciso que existisse escola de co-formação (político, cognitivo e afetivo) além da criação da rede de espaços coletivos (deliberativos) para co-gestão do trabalho em saúde em que pudéssemos instituir arranjos através de Conselhos, Colegiados e Equipes, assim como dispositivos que fomentassem esses arranjos institucionais, afora a existência da definição clara de encargos/ responsabilidades com saúde de pessoas e de contratos de metas.

Campos (2006) recordou igualmente que democratizar as organizações acarreta inevitavelmente possibilidades de gestões mais participativas; estas, no entanto, às vezes não são suficientes para assegurar a ampliação da capacidade de reflexão e de ação dos sujeitos. Seria ainda importante fomentar o reconhecimento e a produção de sujeitos através da valorização do papel exercido pelos atores envolvidos na construção da política de atenção básica.

Para Onocko Campos & Campos (2006), a noção de sujeito vem a ser o reconhecimento de uma pertença ao social histórico. Daí perguntarmos: para onde foi canalizado o papel de protagonista e a capacidade de intervenção dos trabalhadores, gestores e usuários do Estado do Rio de Janeiro, tendo em mente sua importância na constituição do SUS, nacionalmente reconhecida.

Notável foi sua contribuição para a história da saúde pública, por exemplo, quando esses atores propuseram a reforma psiquiátrica, mas, paradoxalmente, hoje é o Estado que mais possui internações psiquiátricas do país... Ou, ainda, qual foi o desdobramento prático das inovadoras propostas feitas na década de 1980 com relação às políticas da saúde da mulher aliadas aos movimentos sociais? E as pesquisas de Carlos Chagas e Oswaldo Cruz nos primórdios da história da vigilância em saúde, o que foi feito desta herança pioneira? Como nos conformamos com o que atualmente acontece no Estado do Rio de Janeiro, em que há o pior indicador nacional de tuberculose?

Pensamos que a questão central está em como provocar mudança de modo a reconhecer a história constituída pelos atores implicados, mas também reaproximá-la do objeto em questão. Ainda para os mesmos autores, os conceitos de constituição de sujeitos,

de constituição da política e do social dialogam fortemente com outro, também muito utilizado no Método Paidéia, que é o de autonomia, o qual estaria diretamente envolvido na capacidade de aprender com as práticas da clínica, da saúde coletiva e da gestão.

A autonomia será sempre co-construída, uma vez que os profissionais de saúde podem exercer controle social, mas também podem apoiar os usuários para que consigam ampliar sua capacidade reflexiva sobre as várias linhas de co-produção, bem como apoiá-los para que ampliem sua capacidade de estabelecer contratos com outros (Campos, 2006).

O mesmo autor (2001), em seu texto sobre Apoio Paidéia, apresenta o conceito de função de apoio, em que define a tentativa de ampliar a capacidade de as pessoas lidarem com o poder, com a circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas. No fundo é a radicalização da construção de cidadania e de sociedades democráticas.

Em seu relato sobre a experiência como gestora da cultura no município de São Paulo, a professora Marilena Chauí (2006) diz que o conceito de democracia está ligado a três características:

- 1- A legitimidade e a necessidade do conflito, que, na democracia, não precisa ser exorcizado, ocultado ou terminado, já que reconhece que o conflito é constitutivo do seu modo de ser para o processo democrático;*
- 2- A democracia não se apóia na noção de privilégio e sim na idéia de direito, não apenas no direito como Estado de Direito, e sim na criação de direitos novos. Por seu vínculo constitutivo com o conflito, a democracia não cessa de fazer surgir novos sujeitos políticos, que emergem dos conflitos e são criadores de direitos novos;*
- 3- Em função de operar com o conflito e com a criação de direitos, não se pode confinar a um setor específico da sociedade no qual a política se realiza - Estado -, mas determinar a forma das relações sociais e de todas as instituições, ou seja, é a forma social da existência coletiva. Ela institui a sociedade democrática.*

O Método da Roda ou Paidéia refere-se ao trabalho em grupos com função de gestão ou de assistência, que procuram exercer efeito terapêutico e pedagógico durante o desenvolvimento dessas funções. Ele reconhece a importância da mudança de hábitos, de posturas e de condutas tanto entre trabalhadores de saúde quanto entre usuários do sistema. Trata-se, enfim, de modificar o modo tradicional da gestão, da clínica e das ações em saúde pública, buscando-se incorporar recursos pedagógicos e terapêuticos que apoiem os sujeitos envolvidos, aumentando sua capacidade de lidar com o próprio trabalho e com o seu modo de vida (Campos, 2000).

Entendemos que realizar o apoio institucional dentro dessa estrutura é ser gestor de modo construtivo e democrático, é lidar com as adversidades do cotidiano desde as inúmeras faltas, sejam elas de material ou de pessoal, mas também lidar com o novo modo de fazer gestão, que se pauta na possibilidade de inverter a lógica hegemônica da supervisão e das cobranças de planilhas de produtividade para exercitar a co-gestão em ato, transformando o modo de fazer sobre para o de fazer com o outro, seguindo o Método Paidéia, que nos propõe ampliar a capacidade de análise como possibilidade de aumentar a nossa capacidade de intervenção segundo a co-gestão de coletivos.

CAPÍTULO 2-

Desenho da Pesquisa

Este estudo é qualitativo, compondo uma análise descritiva, conforme já mencionado, a partir do relato da experiência da construção da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro, que está em curso pela gestão do governo estadual iniciada em janeiro de 2007.

A pesquisa apresenta-se como estudo qualitativo, quando expõe algumas características apontadas por Tobar e Yalour (2002):

- *Interessa-se mais pelo cotidiano, e não tanto por fatos extraordinários, em um espaço e tempo concreto;*
- *Situa-se no contexto de descobrimento e não tanto no de justificação e/ou aplicação. O descobrimento e a exposição são objetivos da pesquisa, mais importantes do que a explicação;*
- *Ocupa-se mais com os significados do que da frequência dos fatos;*
- *Procura chegar à hipótese a partir dos dados coletados e em função de sua capacidade específica para interpretá-los;*
- *Capta a informação de maneira mais flexível e desestruturada (como mudar a qualquer momento a hipótese de trabalho, a fonte de informação e a linha de interpretação);*
- *Aplica procedimentos mais indutivos do que dedutivos.*

Tomando ainda o pensamento dos mesmos autores como referencial teórico, identificamos que esta pesquisa é do tipo estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, uma metodologia privilegiada para a área da gestão, uma vez que trata de descrever a unidade em profundidade e em detalhe, em contexto e holisticamente.

Por sua vez, o estudo de caso pode ser caracterizado, no dizer de Ludke e André (1989), levando em conta certos aspectos:

- *Visa a descobertas: ainda que partindo de pressupostos, o investigador deve estar atento e aberto a novos elementos que podem emergir, uma vez que o conhecimento não é algo acabado;*
- *Busca retratar a realidade de forma completa e profunda, revelando a multiplicidade de dimensões presentes em determinada situação, focalizando-a como um todo. Este tipo de abordagem enfatiza a complexidade das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes;*

- *Revela experiências singulares e permite generalizações naturalísticas, ou seja, a possibilidade de associar os dados encontrados com outras experiências;*
- *Utiliza linguagem e forma mais acessível do que outros tipos de pesquisa.*

Documentos institucionais da própria Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil foram utilizados como instrumentos exploratórios do estudo de caso, tais como os relatórios dos sistemas de informações que expressem o conjunto de indicadores de saúde capazes de caracterizar o universo a ser investigado.

Relatórios de gestão também foram examinados para melhor descrição do contexto a ser investigado. Destacamos que não foram realizadas entrevistas com os atores envolvidos seja na modalidade individual ou em grupo. Para a análise das informações empregamos a metodologia descritivo-analítico, tendo em conta que parte das atividades analisadas foi e está sendo desenvolvida pela própria pesquisadora, já que a mesma integra o conjunto dos atores do processo de construção da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro.

Este fato pode ser justificado com o que Carvalho (1992) sugere em sua tese de doutorado, ao reconhecer que a atividade investigativa pressupõe a ausência de neutralidade do sujeito pesquisador, que faz parte, ao mesmo tempo, do objeto de estudo. Assim, a relação sujeito-objeto é entendida como de reciprocidade, na medida em que o pesquisador constrói o seu objeto de estudo, que nada mais é que sua prática social, com ela dialogando o tempo todo no processo de produção do estudo.

CAPÍTULO 3-
Resultados

Apresentamos neste capítulo uma descrição da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro por meio das características socio-demográficas, da rede de serviços e dos indicadores de saúde.

3.1- Características socio-demográficas

(...) Alvorada lá no morro que beleza, ninguém chora não há tristeza, ninguém tem dissabor. O sol colorindo é tão lindo, é tão lindo e a natureza sorrindo, tingindo, tingindo. Alvorada... (Alvorada - Cartola)

(...) Mas eu só quero é ser feliz, andar tranqüilamente na favela que eu nasci e poder me orgulhar, ter a consciência que o pobre tem o seu lugar. Minha cara autoridade eu já não sei o que fazer, com tanta violência eu sinto medo de viver, pois moro na favela e sou muito desrespeitado, a tristeza e a alegria aqui caminham lado a lado. Eu faço uma oração para uma santa protetora, mas sou interrompido a tiros de metralhadora. Enquanto os ricos moram numa casa grande e bela, o pobre é humilhado, esculachado na favela. Já não agüento mais essa onda de violência. Só peço a autoridade um pouco mais de competência... (Rap da Felicidade - Cidinho e Doca)

Os trechos das músicas acima revelam um pouco do que é o Estado do Rio de Janeiro, em particular a região metropolitana, onde hoje convive mais de 70% da população de todo o Estado.

É interessante notar as origens dos autores das músicas: ambos são oriundos de comunidades periféricas da cidade do Rio de Janeiro. O saudoso sambista Cartola era morador da comunidade da Mangueira, enquanto os outros dois autores, Cidinho e Doca, são funkeiros de sucesso da Cidade de Deus.

As letras expressam seus olhares sobre as respectivas comunidades, o que se revela a partir dos títulos das músicas, que são *Alvorada e Rap da Felicidade*. No entanto, se esses olhares parecem se assemelhar nos títulos, uma vez que remetem à noção de contemplação, tanto em alvorada como em felicidade, é preciso destacar que dizem coisas bem distintas nos textos.

Assim é o cotidiano também de quem se propõe a conhecer o Estado do Rio de Janeiro sob a perspectiva da gestão de políticas públicas de saúde: parece, muitas vezes, que estamos dizendo a mesma coisa, mas não é o que acontece.

O Rio de Janeiro é a terra do samba, da bossa nova. Um Estado de cores alegres e vibrantes, que se expressa em sua natureza, desenhada com traços de montanhas e do mar, e no espírito alegre de sua gente.

Terra também da maior favela do mundo, das guerras urbanas, da degradação das redes de solidariedade humana, dos municípios muito pobres e dos municípios muito ricos. Este é o Estado do Rio de Janeiro!

A contradição entre as belezas e a degradação dos valores humanos obriga qualquer gestor a refletir acerca de seu papel, principalmente quando há uma história pregressa de governos com tradição autoritária e com baixa capacidade de enfrentamento dos dilemas sociais. Alguns autores analisam que a justificativa para isso está no fato de o Estado ter alocado, no passado, a capital federal, o que teria deixado resquícios importantes, como a auto-gestão, os abusos de poder e, o principal, a forte *cultura inampsiânica* (Vasconcelos & Pasche, 2006).

Existem vários ditados locais que tentam expressar este modo cultural instalado, como os que dizem:

- *O que funcionar no estado do Rio, tende a funcionar em qualquer outra parte do país;*
- *Aqui, o tempo todo se pactua com ninguém e se regula o que não tem;*
- *O Estado do Rio de Janeiro é diferente, não é como São Paulo, Minas, Nordeste, é diferente de tudo; aqui, não dá para fazer nada do que se propõe em outros lugares, porque aqui é diferente.*

Mas em quê o Estado do Rio de Janeiro seria tão diferente dos outros estados? Afinal, não seriam todos também diferentes entre si?

O estado do Rio de Janeiro possui uma área de 43.766,6 km² (Fundação CIDE, 2007) e sua população é de 14.558.561 habitantes (2005), distribuída em 96% na área urbana e 4% na rural. Corresponde a 8,47% da população nacional, apresentando taxa de analfabetismo de 6,9% e IDH de 0,802 (IBGE, 2002).

Em 1940 eram 40 os municípios do Estado, porém passaram a ser 92 desde 2001, bem menos do que os mais de 800 municípios no Estado de Minas Gerais ou ainda menos que o Estado de São Paulo, o qual possui mais de 600 municípios. A saúde reconhece nove regiões conforme sugestão do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Algo que pode ilustrar bem a disparidade no perfil de arrecadação financeira dos municípios está, por exemplo, no fato de que, atualmente, 84,4% da produção nacional de petróleo e 45% do gás natural/dia (ANP) são produzidos no estado fluminense, o que repercute em recebimento de *royalties* valorados em dólares, como é o caso de municípios como Macaé, Campos, Casimiro de Abreu, Porto Real e Rio das Ostras, dentre outros. Ainda há municípios com alto índice de arrecadação de ICMS por outras fontes, como é o caso do município do Rio de Janeiro, ao passo que outros municípios apresentam baixíssima capacidade de arrecadação financeira, caracterizando-se como muito pobres, situação em que se encontra principalmente o conjunto de municípios que compõe a região metropolitana, em particular a Baixada Fluminense.

O tema do estudo é de extrema importância, para compreendermos as diferenças que exercem impacto em todo o modelo de atenção e gestão, por exemplo, nas propostas de alocação de recursos financeiros mais equânimes diretamente conectados à capacidade de autofinanciamento desses municípios, tendo em mente que, muitas das vezes, as ofertas de modelo restringem-se de acordo com o financiamento e a decisão política.

Parada (1997) destaca, em sua pesquisa sobre descentralização e relações intergovernamentais no Estado do Rio de Janeiro, que, com a fusão dos dois estados, no caso do setor saúde, houve mudança importante no modelo assistencial do antigo para o novo Estado do Rio de Janeiro, trazendo outra atribuição para a SES do RJ.

É de notar que a saúde saiu de um perfil, até então, exclusivamente mais preventivista e não tão curativo, agindo como executor do Ministério da Saúde, mas este se altera para o de assistência somente quando incorpora unidades de saúde consideradas de referências estaduais e metropolitanas.

Levando em consideração que quase metade da população atual do Estado está concentrada no município do Rio de Janeiro – aproximadamente 7 milhões de habitantes localizados na região metropolitana 1 (Quadro 1) – é inevitável que destaquemos a relevância do impacto do município do Rio de Janeiro na organização do sistema estadual de saúde.

Com isso, Parada (1997) ainda aponta outros elementos que contribuem para a reflexão das especificidades do Estado do Rio de Janeiro, como a permanência da direção geral e das demais estruturas de poder do INAMPS no município do Rio de Janeiro, como já referido.

A confluência diferenciada dos demais estados do país quanto à presença de equipamentos assistenciais sob gestão federal – pois, neste caso, o MS é até hoje parte executor direto de muitas ações assistenciais presentes – assim como o próprio Estado, que domina um conjunto importante da rede própria de serviços, nos faz concordar com o autor (Parada, 1997), no sentido de que o exercício das velhas relações federativas com as novas – pré e pós-fusão e pré e pós Constituição de 1988 – confecciona os limites, o desenho e as definições políticas desde a formação desse Sistema Estadual de Saúde até o seu desenvolvimento atual, razão pela qual justifica e confere especificidade a este estudo.

Quadro 1- Configuração Populacional por Região do Estado do Rio de Janeiro - SESDEC 2005.

Região/SESDEC	Total	Percentual
SESDEC	14.558.561	100
Metropolitana I	9.232.846	63,43
Metropolitana II	1.735.852	11,92
Serrana	847.993	5,82
Médio Paraíba	795.928	5,47
Norte Fluminense	694.935	4,77
Baixada Litorânea	460.041	3,16
Noroeste Fluminense	313.060	2,15
Centro-Sul Fluminense	298.690	2,05
Baía da Ilha Grande	179.216	1,23

Fonte: IBGE – Censo Demográfico e estimativas, 2005 e Fundação CIDE, 2007.

No quadro acima podemos observar que as regiões metropolitanas concentram o maior número de habitantes, totalizando mais de 70% da população do estado, afora que a região metropolitana 1 é a mais populosa, porque nela se localiza a capital do Rio de Janeiro, com praticamente metade da população total do estado, enquanto nos municípios da Baixada Fluminense a densidade demográfica é bastante elevada, visto que a população nesta região metropolitana, em números populacionais, corresponde a praticamente toda a região norte do país. Ressaltamos que o grau de desordenamento urbano característico das regiões metropolitanas, como em outras regiões do país, contribui para acentuar significativamente as iniquidades socioeconômicas.

Capacidade instalada e o modelo assistencial

Segundo Parada (1997), a capacidade da SES RJ nos anos de 1970 era de postos e centros de saúde dispersos em cada município com localização no distrito sede, não havendo vinculação com o município. É importante dizer que os equipamentos hospitalares executavam os programas verticais do MS, como tuberculose, hanseníase, saúde mental e infantil.

A SES era uma secretaria com corpo dirigente de visão sespiana, com técnicos de formação mais voltada para a saúde pública oriundos da Escola Nacional de Saúde Pública e da Fundação Rockefeller, portanto enquadrava-se no paradigma central verticalista derivado do modelo sanitário do sanitarismo campanhista. (PARADA, 1997, p.58)

Apesar de possuir capacidade instalada e recursos humanos próprios, a execução das ações, atividades e procedimentos da SES estavam diretamente ligados aos programas do MS. A Secretaria funcionava como operadora da política ditada pelo governo federal. A forma de financiamento adotado refletia esse comportamento. (PARADA, 1997, p.59)

O autor ainda aponta que, embora existisse algum grau de regionalização da rede assistencial, esta não obedecia a qualquer organização interna, não havendo mecanismos de articulação da rede hospitalar e ambulatorial entre as diferentes instâncias de governo.

É válido recordar que foi no município de Niterói, no ano de 1978, que ocorreu a primeira reunião de municípios preocupados com o processo de municipalização da saúde, evento do qual participaram Campinas, São José dos Campos e Londrina, mas, do estado do RJ, somente o município sede. Desde então é possível observar o que o autor denomina de não inserção do Estado do Rio de Janeiro nos rumos das políticas de saúde.

No campo da organização da rede de atenção por parte do Estado, temos que, na década de 1980, um importante projeto foi sugerido, o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB), constituído a partir de reivindicações comunitárias e no qual se combinava uma mescla de estruturação física de unidades de assistência ambulatorial e hospitalar de curta duração:

Unidades mistas de emergência, ambulatório, laboratório de análises clínicas e radiologia que funcionavam 24hs por dia, com adscrição de clientela e quadro técnico para dar assistência integral à população da baixada litorânea. (PARADA, 1997, p.123)

O PESB, para muitos, no Estado do Rio de Janeiro, ainda segue como o projeto de protagonismo do governo estadual frente à organização da rede, já que se propunha, ao longo do tempo, institucionalizar seu modelo assistencial, havendo também a perspectiva de municipalização das unidades estaduais para as gestões municipais. Isto foi considerado o embrião do que atualmente configura a estratégia de saúde da família, uma vez que garantia a vinculação próxima à comunidade, adscrivia clientela etc.

No entanto, a crise financeira da SES impossibilitou a continuidade do programa, o que garante, até hoje, profissionais saudosos do feito estadual. Nos anos de 1990, com o advento do SUS, o Estado do Rio de Janeiro pouco impulsionou na organização do novo sistema de saúde. Comenta-se que a troca dos secretários e a resistência do novo sistema de saúde provocaram fortes conseqüências, dificultando a implantação da nova política nacional no estado e complicando a vida dos trabalhadores e usuários. Até o presente momento percebe-se esta herança, ou seja, existe significativa dificuldade para articular políticas em consonância com as diretrizes do SUS:

A saúde passou a ser secundária na priorização das políticas públicas estaduais, com denúncias de irregularidades, maus tratos, omissões de socorro e greves. (PARADA, 1997, p.142)

O processo histórico da saúde neste Estado sofreu importantes reveses que dificultaram o ordenamento da rede local. Com isso, o que atualmente presenciamos é um cenário de vazios assistenciais, refletidos em um modelo no qual as relações institucionais são frágeis, o que complica a relação entre os entes federados. Talvez esse histórico explique a debilidade da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro, embora haja exceções.

Além das dificuldades comuns a outros estados quando da implantação do SUS, observa-se a necessidade de compreensão do conjunto de especificidades locais no Rio de Janeiro, sem o que não se conseguirá a reversão da precária atenção à saúde.

Considerando que este Estado é o que apresenta a maior rede própria de serviços, não terceirizada, do país, concentrada em boa parte, no município do Rio de Janeiro, a atual gestão da SES em seu planejamento interno (SESDEC, 2007) propõe esta reversão a partir de elementos, como:

- Delinear o modelo técnico assistencial em conjunto com os municípios;
- Priorizar o fomento de ampliação e de qualificação da rede básica;
- Redefinir o perfil da rede hospitalar;
- Implantar Unidades de Pronto Atendimento 24 hs-UPAS;
- Implantar uma central de regulação

Em sua oficina de planejamento, um dos marcos de constituição da política de saúde da atual gestão, argumentava-se que: *investimento em atenção básica diminui o número de internações.*

Com base na prioridade referida e assumindo a exigência de traduzir esta agenda política, tomamos como eixo central de nossa atuação tanto a análise da política de atenção básica quanto o delineamento de nova política de apoio aos municípios, de modo a possibilitar a expansão e a qualificação da atenção básica no Estado.

Abaixo segue uma análise sobre a cobertura da estratégia de saúde da família com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, competência do mês de agosto/2007.



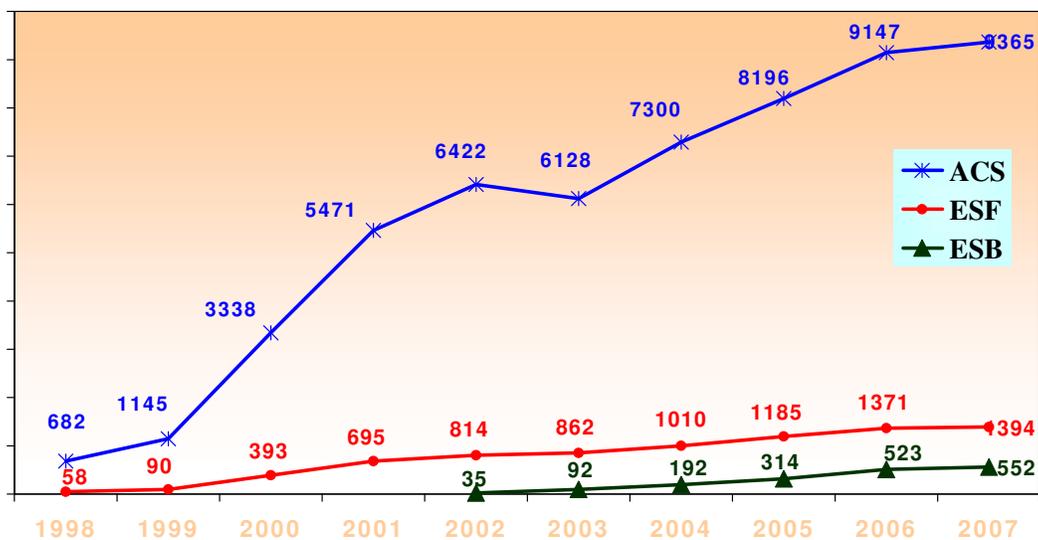
Fonte: SIAB/Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado/SESDEC

Figura 1- Cobertura da estratégia da saúde da família por região de saúde - SIAB - competência agosto/2007

O quadro acima reflete que a região do centro sul é a que apresenta maior cobertura da ESF; no entanto, quando observamos a média estadual de 22,54% de cobertura, concluímos que esta ainda é baixa, de modo geral.

Segundo orientação do DAB/MS é válido dizer que coberturas inferiores a 50% revelam pouco impacto na reversão de indicadores de saúde. Com base nos dados, podemos afirmar que a estratégia da saúde da família ainda se encontra em fase de expansão no Estado do Rio de Janeiro, o que não significa obrigatoriamente que não seja necessária a qualificação das equipes já existentes em concomitância a este processo.

O gráfico abaixo expressa que o número de equipes da ESF ampliou-se mais a partir do ano de 2001 em virtude do Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF), que é uma parceria do MS com os estados e municípios. No entanto ainda podemos observar que é pouco expressivo o efeito deste projeto como indutor da expansão da ESF; vemos maior impacto no crescimento do número dos ACS. Atualmente existem 1.394 equipes de saúde da família e 9.404 Agentes Comunitários de Saúde (Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado/SESDEC, 2007).



Fonte: SIAB/Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado/SESDEC

Gráfico 1- Série Histórica do Número de Equipes de Saúde da Família no ERJ - 1998/2007

Segundo ainda o CNES/2007 existem atualmente no Estado do Rio de Janeiro: 1.461 centros de saúde/unidade básica, 426 postos de saúde e 339 policlínicas, que estão distribuídos na razão do número de estabelecimentos por 10 mil habitantes.

Abaixo estão alguns gráficos por regiões, relacionados às ofertas de serviços de atenção básica, os quais acabam por demonstrar que a pior oferta está na região metropolitana 1, pelo que podemos concluir que, independente da proposta de modelo tradicional ou de saúde da família, o fato é a baixa cobertura de serviços de atenção básica.

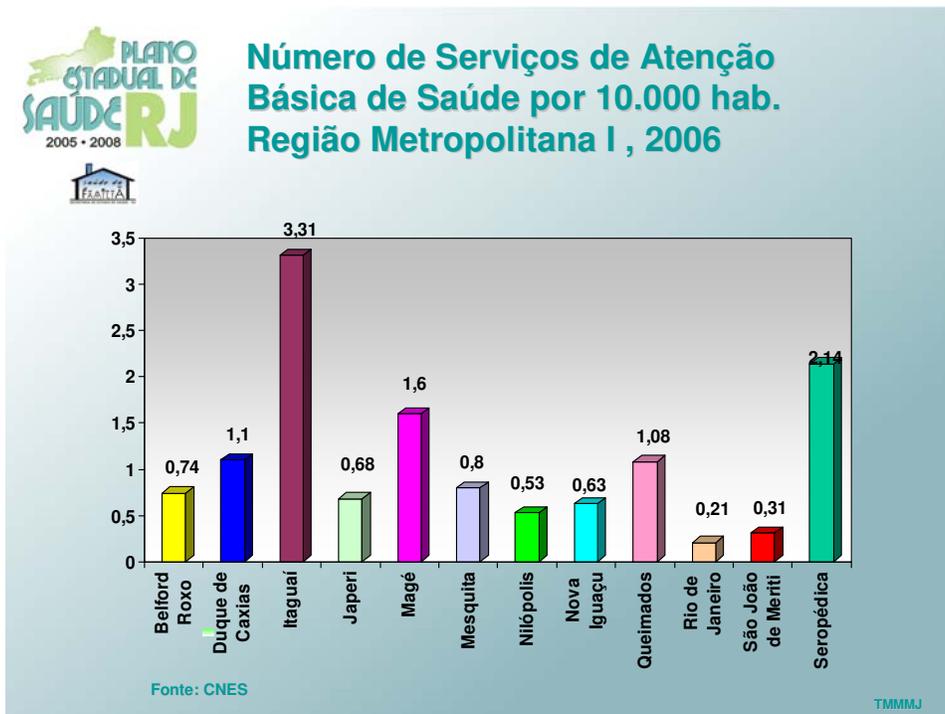


Figura 2- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Metropolitana 1, 2006

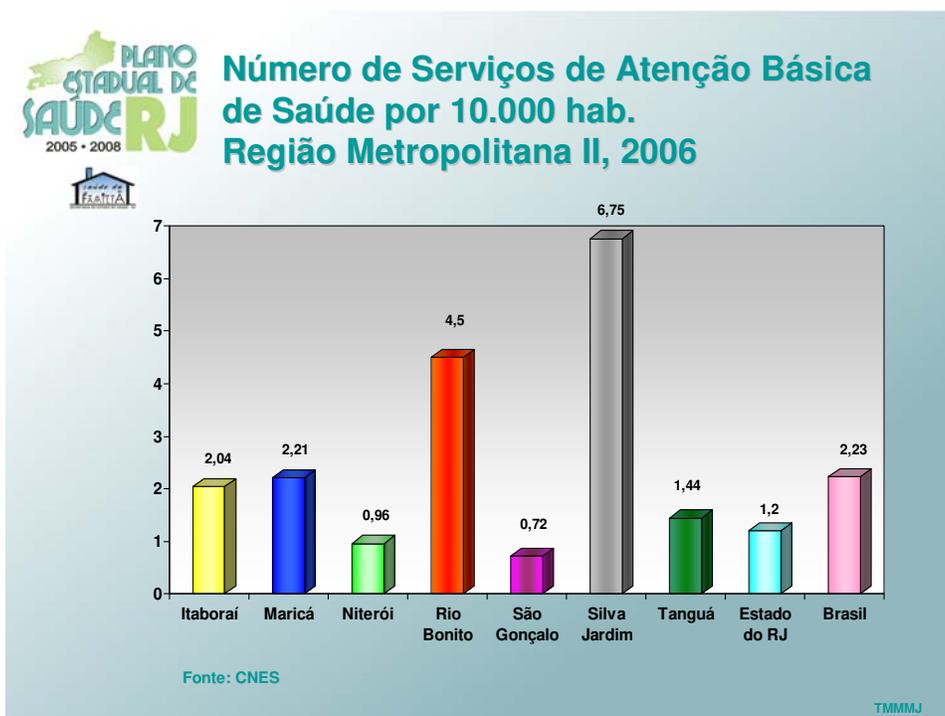


Figura 3- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Metropolitana 2, 2006

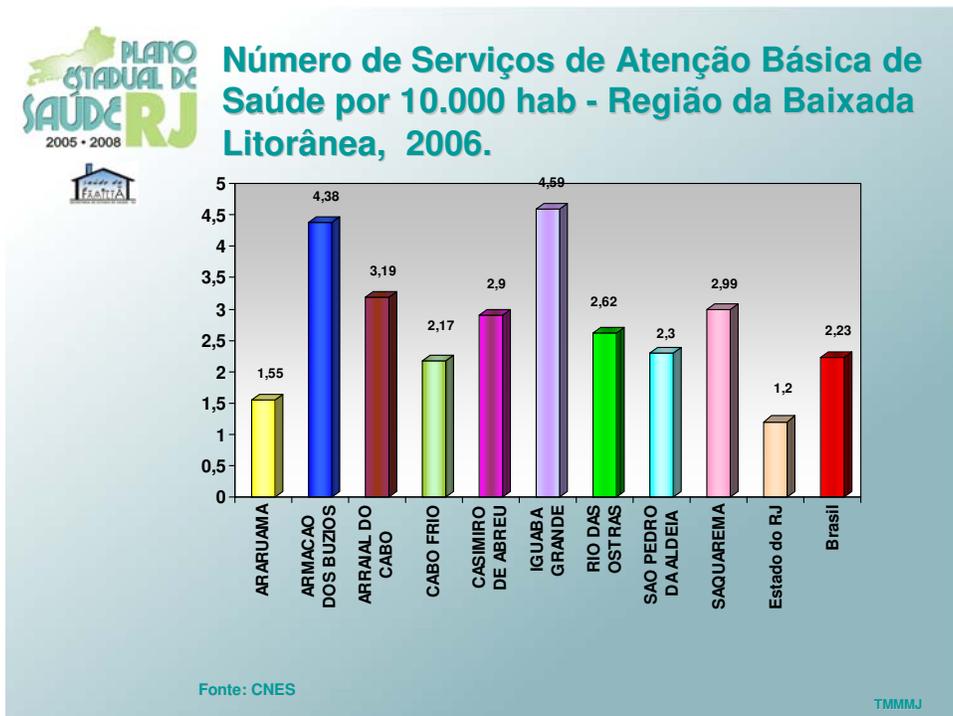


Figura 4- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Baixada Litorânea, 2006

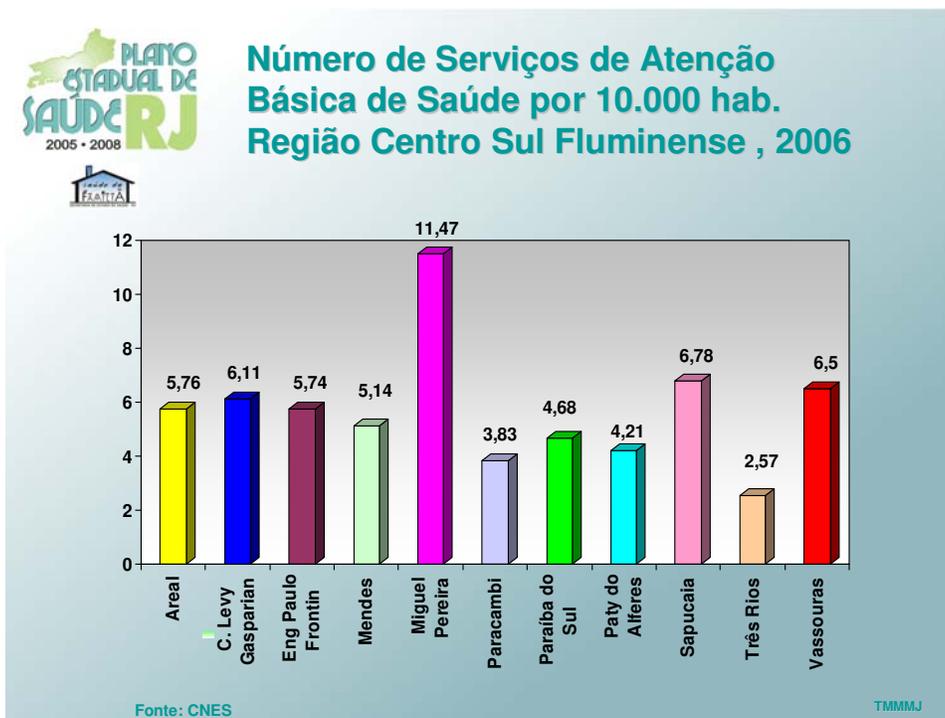


Figura 5- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Centro Sul Fluminense, 2006

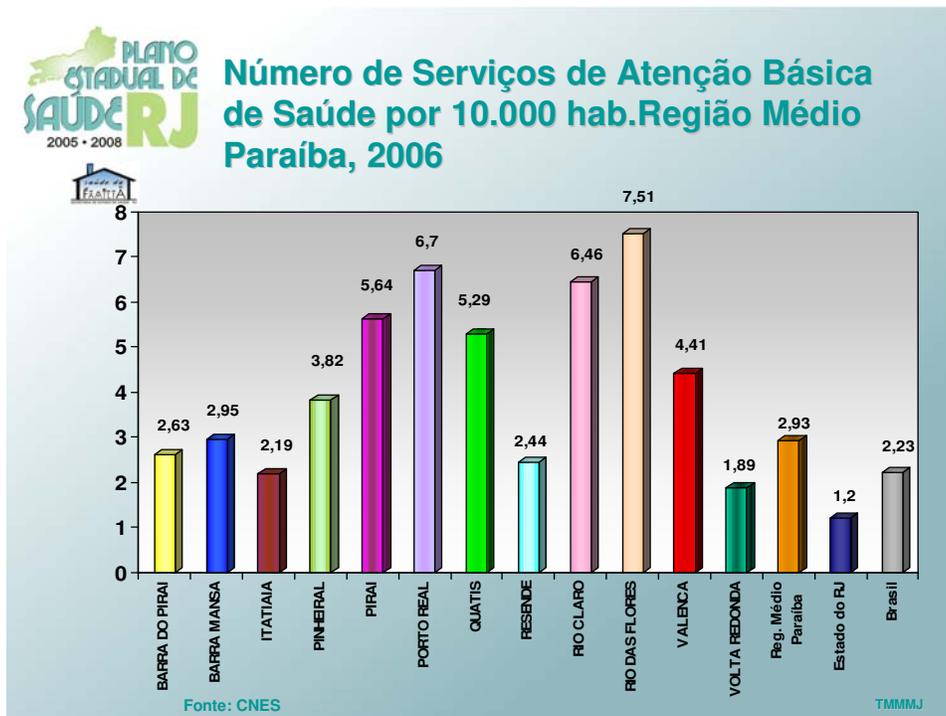


Figura 6- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Médio Paraíba, 2006

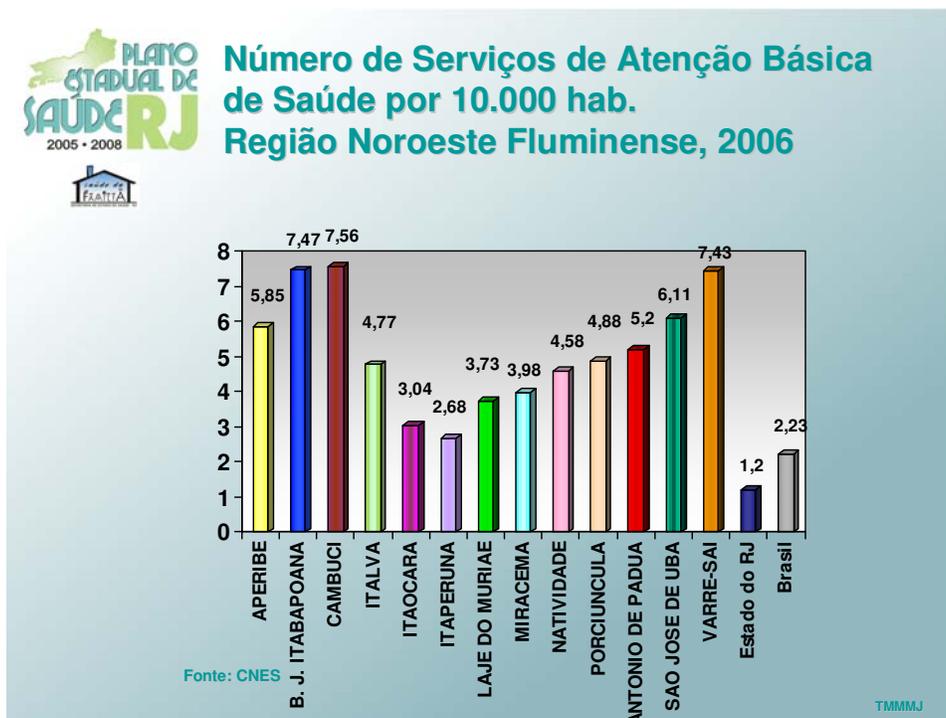


Figura 7- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Noroeste Fluminense, 2006

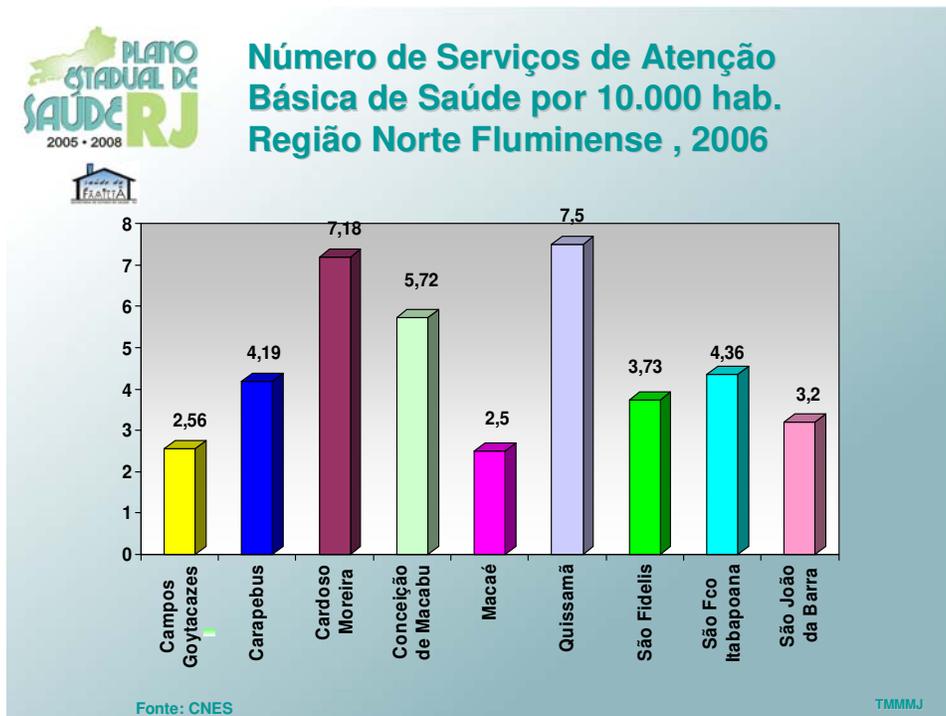


Figura 8- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Norte Fluminense, 2006

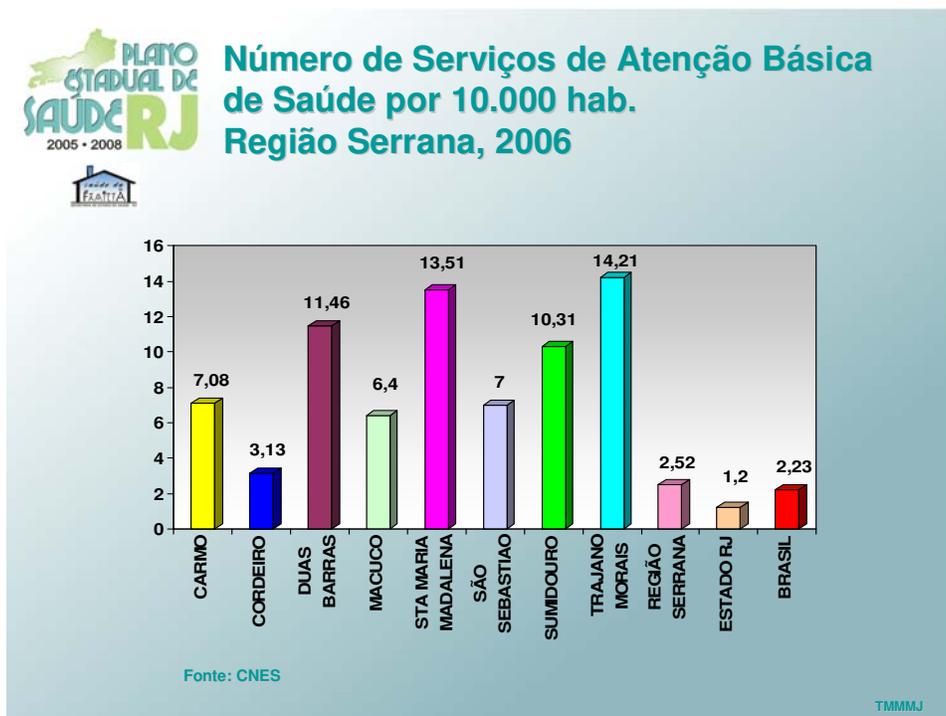


Figura 9- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Serrana, 2006

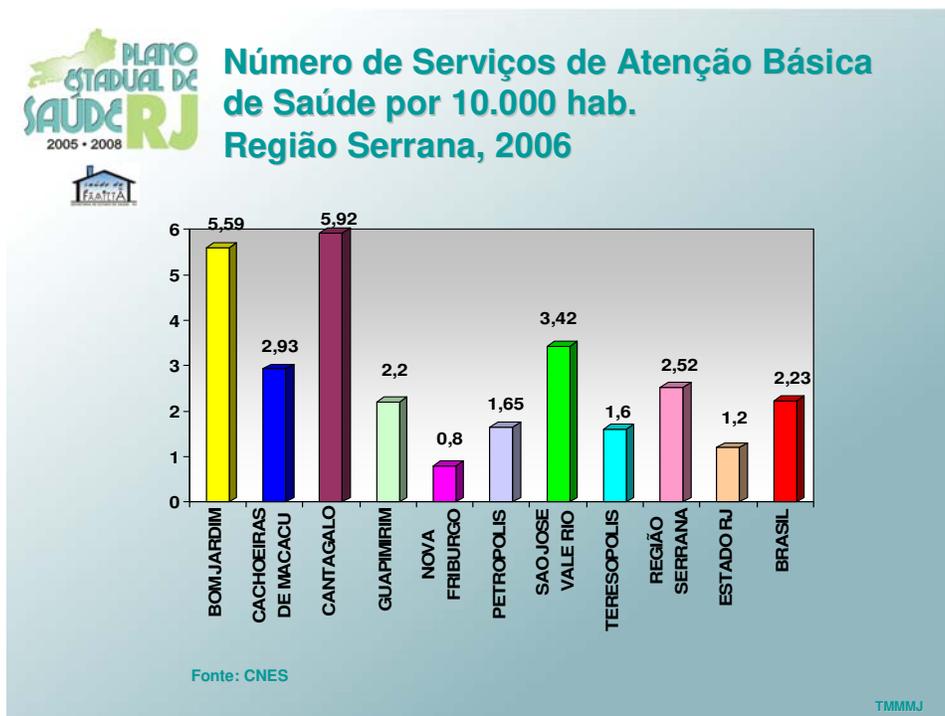


Figura 10- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Serrana, 2006

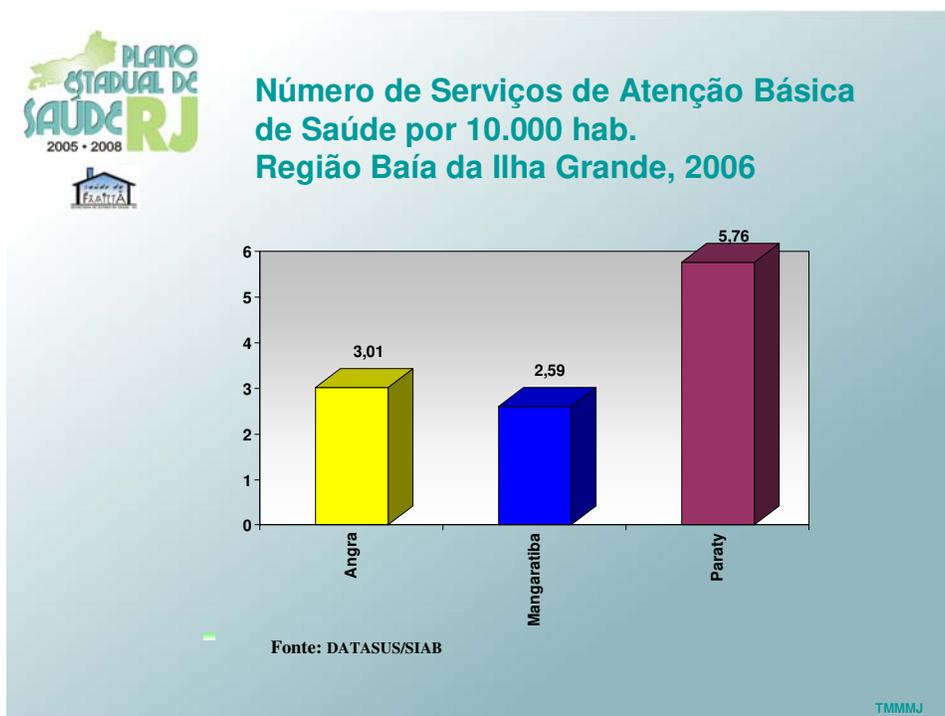


Figura 11- Número de serviços de atenção básica de saúde por 10.000 hab. Região Baía da Ilha Grande, 2006

Outros indicadores de saúde que identificamos como emblemáticos da região são a hanseníase e a tuberculose, destacando-se que esta última, na região metropolitana 1, mostra a pior situação do país (Figuras 12 e 13).

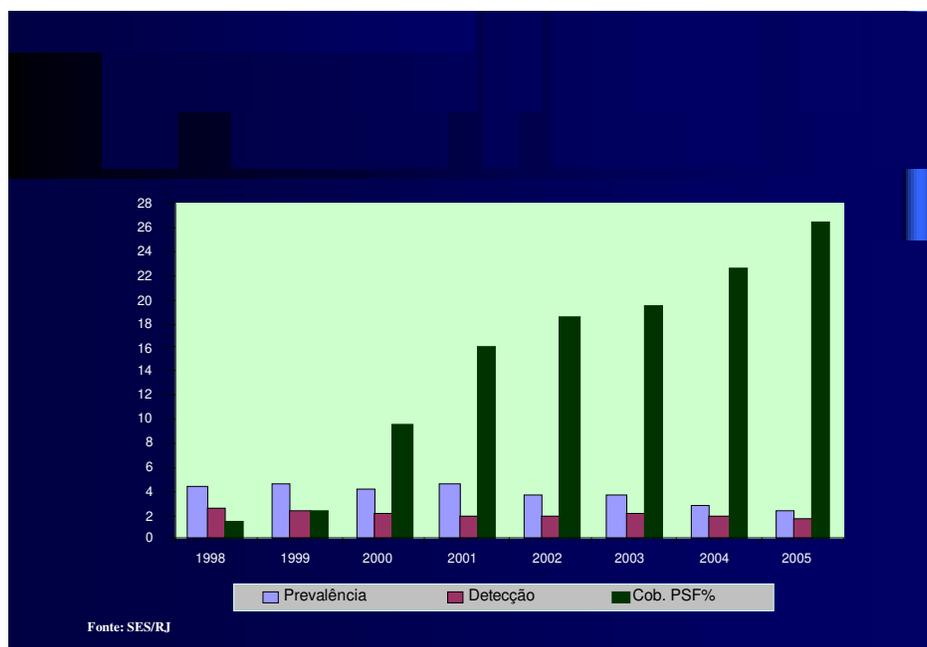


Figura 12- Coeficiente de detecção, prevalência da hanseníase e cobertura da ESF-1998-2005

Proporção de abandono do tratamento de Tuberculose, Região Metropolitana I e Estado RJ, 2005.

Metro I	% encerramento	% abandono
Belford Roxo	72	22,4
Duque de Caxias	79	57
Itaguaí	29	0
Japeri	0	0
Magé	81	39,3
Mesquita	94	6,5
Nilópolis	67	25
Nova Iguaçu	83	12,2
Queimados	81	13,9
Rio de Janeiro	77	14,5
São João de Meriti	75	20,3
Seropédica	36	0
Estado R. Janeiro	72	14,1

Fonte: Assessoria de Pneumologia Sanitária/ SES-RJ

TMMMJ

Figura 13- Proporção de abandono do tratamento de Tuberculose-Região Metropolitana 1, 2005

Um dos instrumentos importantes propostos para a indução de maior responsabilidade sanitária quanto à reversão dos indicadores de saúde atualmente é o pacto pela saúde que, no Estado do Rio de Janeiro, ainda está em processo. Contudo, no quadro abaixo segue o percentual de metas alcançadas pelo pacto da atenção básica no ano de 2005 conforme documento da SESDEC.

Observe-se que a média de alcance destas metas ainda segue em escala diversa e com ampla variação, de 11 a 94%, o que denota a diversidade com relação à compreensão dos municípios no que se refere à situação dos indicadores da atenção básica de saúde.

Quadro 2- Situação dos municípios do Estado do Rio de Janeiro em relação aos principais Indicadores do Pacto de Atenção Básica em 2005

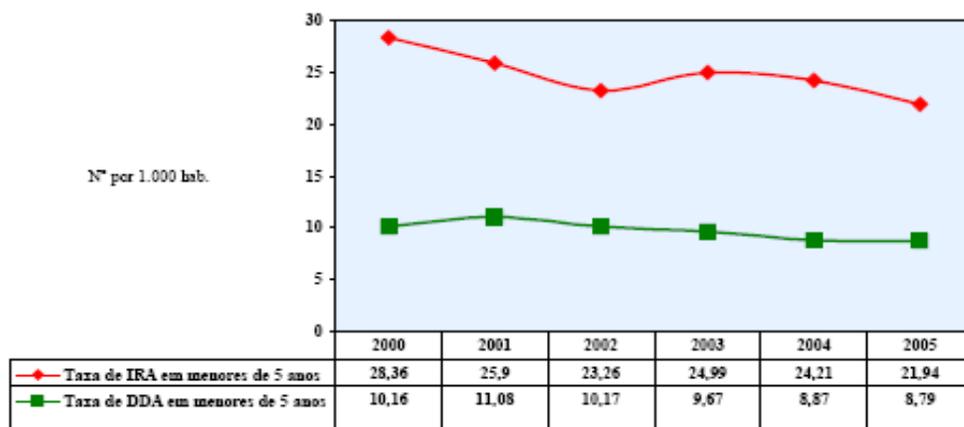
Municípios	Nº de indicadores pactuados em 2005	Nº de metas alcançadas em 2005	Percentual de alcance de metas em 2005
ANGRA DOS REIS	18	13	72,22 %
APERIBE	17	10	58,82 %
ARARUAMA	18	6	33,33 %
AREAL	17	11	64,71 %
ARMAÇAO DOS BUZIOS	17	16	94,12 %
ARRAIAL DO CABO	17	10	58,82 %
BARRA DO PIRAI	18	8	44,44 %
BARRA MANSA	17	13	76,47 %
BELFORD ROXO	18	8	44,44 %
BOM JARDIM	17	8	47,06 %
BOM JESUS DO ITABAPOANA	17	11	64,71 %
CABO FRIO	18	12	66,67 %
CACHOEIRAS DE MACACU	17	9	52,94 %
CAMBUCI	17	14	82,35 %
CAMPOS DOS GOYTACAZES	18	7	38,89 %
CANTAGALO	17	11	64,71 %
CARAPEBUS	17	12	70,59 %
CARDOSO MOREIRA	17	11	64,71 %
CARMO	17	13	76,47 %
CASIMIRO DE ABREU	17	10	58,82 %
COMEND. LEVY GASPARIAN	17	15	88,24 %
CONCEICAO DE MACABU	17	14	82,35 %
CORDEIRO	17	13	76,47 %
DUAS BARRAS	17	12	70,59 %
DUQUE DE CAXIAS	18	8	44,44 %
ENG. PAULO DE FRONTIN	17	12	70,59 %
GUAPIMIRIM	17	6	35,29 %
IGUABA GRANDE	17	11	64,71 %
ITABORAI	16	9	56,25 %
ITAGUAI	18	8	44,44 %
ITALVA	17	13	76,47 %
ITAOCARA	17	5	29,41 %

Municípios	Nº de indicadores pactuados em 2005	Nº de metas alcançadas em 2005	Percentual de alcance de metas em 2005
ITAPERUNA	18	7	38,89 %
ITATIAIA	16	9	56,25 %
JAPERI	18	12	66,67 %
LAJE DO MURIAE	14	11	78,57 %
MACAE	18	13	72,22 %
MACUCO	17	11	64,71 %
MAGE	18	10	55,56 %
MANGARATIBA	17	12	70,59 %
MARICA	17	6	35,29 %
MENDES	17	12	70,59 %
MESQUITA	18	7	38,89 %
MIGUEL PEREIRA	17	7	41,18 %
MIRACEMA	17	9	52,94 %
NATIVIDADE	17	15	88,24 %
NILOPOLIS	18	9	50,00 %
NITEROI	18	9	50,00 %
NOVA FRIBURGO	18	10	55,56 %
NOVA IGUACU	18	5	27,78 %
PARACAMBI	17	12	70,59 %
PARAIBA DO SUL	17	12	70,59 %
PARATI	17	12	70,59 %
PATY DO ALFERES	17	7	41,18 %
PETROPOLIS	18	8	44,44 %
PINHEIRAL	17	12	70,59 %
PIRAI	17	10	58,82 %
PORCIUNCULA	17	13	76,47 %
PORTO REAL	17	14	82,35 %
QUATIS	17	14	82,35 %
QUEIMADOS	18	8	44,44 %
QUISSAMA	17	10	58,82 %
RESENDE	18	11	61,11 %
RIO BONITO	17	10	58,82 %
RIO CLARO	17	11	64,71 %
RIO DAS FLORES	17	12	70,59 %
RIO DAS OSTRAS	17	12	70,59 %

Municípios	Nº de indicadores pactuados em 2005	Nº de metas alcançadas em 2005	Percentual de alcance de metas em 2005
RIO DE JANEIRO	18	8	44,44 %
STA MARIA MADALENA	17	9	52,94 %
ST ANTONIO DE PADUA	17	9	52,94 %
SAO FIDELIS	17	12	70,59 %
S. FRANCISCO DE ITABAPOANA	17	13	76,47 %
SAO GONCALO	18	7	38,89 %
SAO JOAO DA BARRA	17	12	70,59 %
SAO JOAO DE MERITI	17	2	11,76 %
SAO JOSE DE UBA	17	15	88,24 %
S. JOSE DO VALE DO RIO PRETO	17	11	64,71 %
SAO PEDRO DA ALDEIA	17	12	70,59 %
S. SEBASTIAO DO ALTO	17	13	76,47 %
SAPUCAIA	17	12	70,59 %
SAQUAREMA	17	12	70,59 %
SEROPEDICA	17	9	52,94 %
SILVA JARDIM	17	14	82,35 %
SUMIDOURO	17	13	76,47 %
TANGUA	17	9	52,94 %
TERESOPOLIS	18	12	66,67 %
TRAJANO DE MORAIS	17	13	76,47 %
TRES RIOS	17	12	70,59 %
VALENCA	17	10	58,82 %
VARRE-SAI	17	14	82,35 %
VASSOURAS	17	10	58,82 %
VOLTA REDONDA	18	13	72,22 %

O CONASS (2007), em seu papel de auxiliar as secretarias estaduais de saúde, acabou por desenvolver alguns diagnósticos da saúde dos estados. Com base nessa análise mostramos abaixo dois gráficos nos quais se evidencia que, com a presença da atenção básica, houve queda da taxa de internação por IRA e DDA, assim como também possibilitou maior identificação dos casos de diabetes a partir dos cadastros que as equipes realizam.

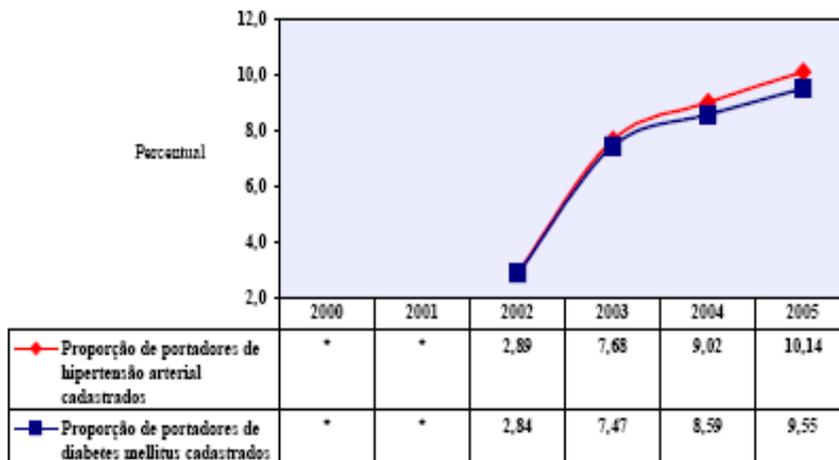
TAXA DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA (IRA) E POR DOENÇA DIARRÉICA AGUDA (DDA) EM MENORES DE 5 ANOS*. RIO DE JANEIRO, 2000 A 2005.



Fonte: Tabnet/DATASUS/ Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006
 * Nº de internações/1.000 Hab. na faixa etária de 0 a 4 anos

Gráfico 2- Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) e por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos - 2000 a 2005

PROPORÇÃO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DE DIABETES MELLITUS CADASTRADOS NO HIPERDIA. RIO DE JANEIRO, 2000 A 2005.



Fonte: Tabnet/DATASUS/ Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006
 *Sem informação

Gráfico 3- Proporção de portadores de hipertensão arterial de diabetes mellitus cadastrados no hiperdia - 2000 a 2005.

A rede estadual de serviços (SESDEC, 2007), como mencionado, atualmente possui:

- 28 Hospitais;
- 6 Institutos e o Rio Transplante;
- 1 CAPS;
- 3 UPAS (Unidades de Pronto Atendimento 24 horas) com perspectivas de inauguração de mais 28 até o final da gestão;
- 2 PAM - já em fase de transferência ao município do RJ;
- 1 Escola técnica de saúde - Escola Isabel dos Santos;
- 1 Laboratório central;
- Farmácia popular;
- 9 Escritórios Regionais da Vigilância em Saúde;
- 1 Subsecretaria da Baixada, no município de Nova Iguaçu;
- 22.000 Trabalhadores, dos quais há 4.000 cedidos para outros órgãos;
- 74 Ambulâncias SAMU.

Com a incorporação da Defesa Civil houve incremento de profissionais da saúde, principalmente para a composição das equipes de urgência e emergência. Sabemos também que o SAMU, no caso do município do Rio de Janeiro, é a única situação do país em que a gestão é do estado, não do município, e, sobretudo, é realizada pelo corpo de bombeiros, que também compõe parte das equipes bases das duas UPAS inauguradas este ano nos bairros do Complexo da Maré e em Irajá (SESDEC, nov/2007).

As UPAS atualmente apresentam-se como uma das marcas do atual governo, que previu, em seu projeto de campanha eleitoral, a instalação de 30 UPAS até o final da gestão. Inicialmente, tais unidades foram denominadas Superpostos 24 horas. Entendemos que esta denominação subentende simbolicamente que o modelo do pronto atendimento pode ser superior ao posto tradicional de saúde.

A bem da verdade, esta observação não se contrapõe à proposta da estruturação das UPAS, até porque é de extrema importância reconhecer a importância de se estruturar os necessários corredores de urgência que a UPA pode proporcionar para casos de pequenas urgências, como as cólicas renais, dentre outros, ordenando o fluxo de demandas para as grandes emergências dos hospitais. Todavia, a preocupação maior é que estas UPAS devem estar necessariamente dimensionadas segundo uma base territorial e de modo articulado ao resto do sistema – neste caso, não somente à rede hospitalar - além de também ser indutora da constituição de rede básica local articulada.

O programa de governo da SESDEC/RJ reconhece que o atual modelo de atenção básica do Estado precisa ser revisto do ponto de vista da qualidade da organização do seu processo de trabalho mediante a ampliação da clínica (Campos), a adscrição de clientela, a resolutividade e a humanização.

O projeto de governo que estamos construindo entende que a cobertura de atenção básica deverá ser um fator de avaliação do compromisso dos municípios quanto ao acesso da população à rede de serviços, mas se propõe também a ajuizar mais cuidadosamente outros aspectos, como, por exemplo:

- Avaliar o modo como estão organizados os serviços de atenção básica quanto a favorecer o conceito de acessibilidade. Neste sentido deve ser revisto o uso freqüente do instrumento de programação em saúde sempre que há endurecimento da programação em saúde, desvinculando-a do acolhimento. Há casos em que ofertamos consultas de pré-natal somente nos períodos da manhã, ou a coleta de exames preventivos apenas em horários restritos, ou, ainda, vacina BCG só na segunda-feira à tarde e consultas a serem agendadas para hipertensos e diabéticos em quinze, trinta ou mais dias. Um dos indicadores que atestam a precariedade da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro é o fato de que aqui se concentra o maior número de casos de amputação de pés dos diabéticos.

Quando reconhecemos que a atenção básica deve garantir e coordenar o cuidado à saúde do paciente, vale perguntar: como lidar com um caso de hipertensão grave que, segundo a tradição do Rio de Janeiro, costuma recorrer a um serviço de urgência ou equivalente? Como ele poderia ser re-encaminhado à sua equipe de atenção básica, se o atual modelo, devido ao baixo acesso e acessibilidade, não dá conta da demanda? Como poderemos convencer os nossos pacientes a se vincularem à rede de serviços de atenção básica e não às UPAS, se não houver expansão, qualificação e humanização da rede de ABS?

O governo estadual de saúde no Rio de Janeiro contou com importantes sanitaristas ao longo de suas gestões, muitos até mesmo ligados aos principais centros universitários e de pesquisa, como Sergio Arouca, Antonio Ivo, José Noronha, Gilson Cantarino, sendo este último reconhecido como ‘o homem da atenção básica’, já que havia anteriormente proposto, com sucesso, para o município de Niterói, o projeto do médico de família (MF), inspirado no modelo cubano e que completa este ano quinze anos de existência.

No entanto, o fato é que, ainda assim, o Estado do Rio de Janeiro acumulou, ao longo dos anos, resquícios de um sistema de saúde falido por possuir muitos fatores a serem superados, principalmente no que se refere ao acesso, ao vínculo e à capacidade resolutive, ainda que no Estado exista a maior oferta de hospitais, de institutos sob gestão federal e de importantes instituições formadoras de graduação e pós-graduação.

Não se trata aqui de desconsiderar a importância da extensa oferta para o atendimento hospitalar existente, principalmente de serviços federais e na cidade do Rio de Janeiro, ou a competência maior ou menor de algum gestor estadual... O programa da nova administração identificou que a situação da saúde no Estado do Rio de Janeiro permanece ainda um desafio. Trabalhamos com a hipótese de que há um modelo de atenção ineficaz no Estado, isto pelos indicadores sanitários (ver figuras abaixo), além da insatisfação da população local.

A inadequação do atendimento em saúde frente às necessidades tem sido justificada pela insuficiência de recursos financeiros, do componente da violência e da remuneração baixa, o que não dificulta a vinculação dos profissionais, principalmente

médicos, do aumento desordenado da população, do sucateamento da rede, da inoperância da administração pública, da baixíssima capacidade de gestão e, em alguns casos, arriscaríamos dizer, da falta de comprometimento político na priorização da atenção básica.

A atenção básica é tomada como estruturante e coordenadora do sistema de saúde (Starfield, 2002), mas a temos ainda insuficiente para tal função no Estado do Rio de Janeiro. No entanto, apesar da indiferença do governo estadual, alguns poucos municípios, como Niterói e Itaboraí, em articulação direta com o MS, conseguiram superar, em parte, este desafio de estruturação da rede básica, de modo mais resolutivo.

Atualmente, a opção de algumas gestões municipais é a de apostar no modelo misto de unidades básicas tradicionais de saúde com unidades de saúde da família, enquanto outra parte tenta reverter todas as unidades básicas em unidades de saúde da família de modo progressivo, como é o caso de municípios como Itaboraí, Nilópolis, Piraí etc. Há também propostas inspiradas no modelo cubano de médico de família, como é o caso de Niterói, Rio das Ostras e Búzios.

No modelo tradicional de unidades básicas de saúde, a composição mais comum da equipe é a que reúne pediatra, ginecologista, clínico geral, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Os contratos dos médicos são de 20 horas semanais e a ação programática é prevalente.

De acordo com a proposta da ESF, a composição é a prevista pelo MS, mas naqueles municípios com maior capacidade financeira, há o acréscimo de profissionais da fisioterapia, assistencial social dentre outros. Nestes casos, os contratos são de 40 horas semanais, com remunerações superiores ao modelo tradicional. Contudo, os salários ainda são baixos em determinados municípios, principalmente os da região metropolitana, onde há o pior indicador de cobertura da ESF (SIAB, 2007)

Os municípios geralmente se referem à dificuldade de contratação dos profissionais em função da lei de responsabilidade fiscal, o que os obriga a tornar mais precários os vínculos através de cooperativas e de outras estratégias de terceirização da contratação de pessoal. Comentam-se as dificuldades de gestão do trabalho médico, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária do médico na ESF, e o principal motivo alegado para esta quebra de contrato estaria principalmente nos baixos salários.

Em contrapartida, identificamos situações que enfraquecem este argumento, por exemplo, para os médicos plantonistas pagam-se quase que R\$ 1.000,00 por plantão de 12h, o que totaliza por mês R\$ 4.000,00, ao passo que para os médicos de família propõem-se salários de R\$ 2.200,00 a R\$ 4.000,00 para cumprirem 40h quase que com dedicação exclusiva e poucas ofertas de formação para o modelo proposto. Daí a institucionalização do *DAY OFF*, um dia ou mais livre de se trabalhar.

A SESDEC conhece pouco, de modo sistemático, acerca do perfil da força de trabalho da atenção básica nos municípios, assim como também sobre o processo de trabalho constituído nas várias redes municipais de ABS.

Sabemos que este debate não é restrito somente ao estado do Rio de Janeiro - muito pelo contrário, é nacional - porém, o que desperta a atenção é a forma inadequada como alguns indicadores de saúde se explicitam. Ainda assim parece que as evidências não são suficientes para provocar ações de reversão da lógica e da política estadual de ABS. Referimo-nos ao caso, por exemplo, do primeiro lugar no *ranking* nacional de amputação de pés diabéticos, dos muitos casos de sífilis congênita e da tuberculose, dentre outros. Seria mesmo o hospital a principal entrada para invertemos este quadro?

3.2- Modos de gestão a partir da co-produção de uma política estadual de atenção básica

Com o trabalho que desenvolvi nos anos de 2003 a 2006 junto ao governo federal, tive a oportunidade de observar distintos espaços e modos de se fazer gestão na saúde. Mas o que sempre me despertou atenção, foi o grau de abandono dos governos estaduais.

Impressionante como muitos apresentam ainda certa indefinição em relação ao seu papel, fato justificado, em parte, pelo processo da descentralização, que alterou o papel das Secretarias de Estado da Saúde, as quais, de prestadoras de um tipo de serviço de saúde, passaram a coordenadoras do SUS estadual, estando obrigadas a dirigir sistemas municipais, que, pela legislação brasileira, gozam de ampla autonomia.

Com a municipalização de serviços, várias Secretarias de Estado, a do Rio de Janeiro entre elas, se descuidaram da carreira dos trabalhadores e permitiram o sucateamento de sua rede assistencial própria. Registre-se ainda a baixa capacidade de determinados conselhos de saúde quanto a exercerem o papel de fiscalização e de defesa do SUS.

Há estudos indicando que significativa parte das secretarias estaduais tem exercido presença tímida, senão ausente, no apoio de gestão junto aos municípios no que tange à atenção básica.

Por conseguinte, seria importante a realização de estudos mais amplos, que permitissem identificar com maior precisão o peso e o papel da gestão estadual na atenção básica. O fato relevante para este estudo foi que a SES/RJ resolveu priorizar o desenvolvimento e a qualificação da ABS no estado, do mesmo modo que este objetivo somente seria atingindo se trabalhássemos em parceria estreita com os municípios, pois é deles a parcela mais significativa desta tarefa.

Observamos que, de pouco tempo para cá, alguns fatores têm influenciado governos estaduais a se envolverem com a atenção básica. Entre outros citamos a difusão de nova visão sanitária expressa pelo SUS, fato expresso inclusive na conformação da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Portaria 648/2006), a Estratégia Saúde da Família. Enfim, isso tudo talvez esteja provocando certa desestabilização no padrão cultural das secretarias estaduais.

Investigando programas de governo e projetos da SES/RJ relativos à atenção básica, pudemos constatar a indefinição da missão desta esfera de governo frente à atenção básica ou, ainda, às vezes, quando presente alguma menção sobre projetos para a ABS, observava-se propostas equivocadas. Por exemplo, quando a aposta de governos anteriores era a construção de redes básicas com recursos exclusivamente municipais e federais, ou ainda que o processo de qualificação desta rede se daria quase que exclusivamente por demanda dos municípios sem a constituição de estratégias compartilhadas entre estado, municípios e governo federal.

De qualquer modo, fica a pergunta: afinal, qual papel caberia à Secretaria de Estado em relação às políticas para a ABS? Um papel exclusivamente de mediador das políticas federais e do cumprimento destas por parte dos municípios, ou uma postura mais ativa, de co-responsabilidade pelo financiamento e pela formação de pessoal, entre outras?

O programa desta gestão estadual aposta que as Secretarias de Estado não devem funcionar somente como mediadoras entre o MS e os municípios. Por que haveríamos de restringir a secretaria de estado a este papel passivo quando podemos potencializá-la para outro modo de se fazer gestão? Um modo de fazer que fosse mais protagonista, ator do processo, ainda que não se possa fugir do papel de mediador em certos momentos, ainda que não em todos.

Além disto, mesmo nesta função de mediação, valeria recordar que o meio pode ficar mais susceptível a tensões, dependendo da situação. Como superar essa situação de passividade, reconhecendo que a esfera estadual deve ser complementar aos municípios em virtude de sua atribuição de execução da atenção básica?

O que estamos propondo neste estudo é o reconhecimento da importância da SESDEC/RJ na superação do atual modelo de gestão do SUS estadual. Identificamos que a SES, muitas vezes, tem-se pautado por uma forma de gestão mais supervisora do que apoiadora, fragmentada, fiscalizadora de denúncias de irregularidades, ou passiva, organizando-se, na maioria das vezes, quase que somente por demandas do Ministério da Saúde ou dos municípios.

A equipe da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, dirigida por mim, tem-se comprometido publicamente com a mudança imediata deste quadro. Comprometemo-nos em apoiar a reversão do atual modelo na maioria dos municípios do estado, observação esta sempre destacada por parte do conjunto de gestores, técnicos e conselheiros.

Optamos por realizar esta mudança com a democratização da relação entre SESDEC e os municípios, mas também com a co-produção da política estadual de atenção básica desde uma reforma da organização interna da secretaria, até a reorganização de sua estrutura, dos arranjos e dos dispositivos institucionais que favoreçam, de fato, a produção de sujeitos, como também a co-gestão com os municípios e governo federal ou demais entidades parceiras que venham a surgir.

3.3- Prioridades estratégicas na condução da política estadual da atenção básica

Realizamos uma série de encontros e de seminários para o estabelecimento de um plano de operação. Nestas ‘rodas’ foram definidas questões centrais, que nortearam a composição das prioridades com que deveremos operar. Entre estas se destacou a confirmação de nosso propósito de tomar a atenção básica como um dos componentes estratégicos para o reforço do SUS no Estado. Reconheceu-se a crise de confiança da ABS no Estado, por ter-se transformado em instância quase que desmoralizada internamente e externamente ao SUS, em função do descrédito por parte, principalmente, da própria instituição ‘Estado’.

Outro ponto identificado foi a necessidade de se ampliar a governabilidade (Matus) necessária para construir uma política estadual de atenção básica. Como construir esta governabilidade aliada à capacidade governo? Apostamos em realizar uma gestão com relação de confiança e com vínculo entre estado e municípios, entre os profissionais de saúde e com os usuários.

O cenário encontrado, quando assumimos a SES/RJ, foi de uma equipe estadual encarregada da atenção básica organizada como assessoria da saúde da família e com a composição numérica da equipe reduzida. Observamos a ausência de um projeto estratégico que definisse uma linha de intervenção da SES junto aos municípios; em consequência disso encontramos técnicos com baixa auto-estima, uma vez que não havia definição de seu papel. Além disto, não havia qualquer incentivo de qualificação, os salários estavam defasados, sem ainda definição do projeto da nova gestão etc.

Além da diretriz da co-gestão, operamos com a necessidade do olhar estratégico na gestão em saúde. Assim, definimos um conjunto de fatores que nos orientasse, em parte, a potencializar o que já existia de bom ou ainda aquilo que deveria ser provocado, a ser criado, mas tudo em determinado recorte de tempo reduzido, e neste caso, o tempo é o político, tempo curto, de forte aceleração por referência à inércia da tradição das organizações. Mas como identificar os fatores que favoreceriam este olhar estratégico?

Um dos caminhos encontrados foi o de investir no planejamento coletivo, em especial no cotidiano, fazendo gestão compartilhada dos projetos e processos. Outro caminho pensado concomitantemente foi o de realizar conversas com o público, que aqui denominamos público interessado, que é constituído, neste caso, pelo núcleo de

direção da secretaria de estado, pelos coordenadores das áreas técnicas, pelos técnicos, por alguns conselheiros e por alguns municípios. É válido ressaltar que sempre estivemos orientados pela co-gestão, combinando ofertas e demandas.

A primeira prioridade acordada foi a reforma da estrutura organizacional da área encarregada de apoiar a ABS junto aos municípios. Enquanto se procedia ao reforço da estrutura organizacional, a atual gestão iniciou a ação prática para reforçar a ABS, mesmo que esta estrutura não estivesse a contento para realizar os seus respectivos planejamentos e ter assim, em decorrência, novos desenhos estruturais como parte das linhas gerais das políticas redefinidas.

Bem, uma vez que a situação era complexa, pois se tratava de implantar uma nova política de ABS com a equipe reduzida e ainda sem legitimidade real e formal, sabíamos que o risco de erro seria significativo. Preocupava-nos propor uma nova estrutura que não viesse a se afinar ao que futuramente se pretendia, risco este tão grave quanto se esperássemos que decidissem por nós e aí, sim, teríamos algo mais complicado, já que entendíamos que todo o espaço de gestão vazio é ocupado.

Portanto, foram disparadas algumas prioridades estratégicas em função da garantia institucional de que a atenção básica tomasse corpo estrutural. Com este objetivo foi organizada uma Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde, e com as seguintes atribuições:

- 1) Coordenação geral de apoio à gestão: esta nova coordenação está com a atribuição de formular o modo de apoio aos municípios, regulando ofertas e demandas segundo projetos estratégicos a partir da coordenação de quatro gerências:
 - Gerência de apoio aos municípios da região metropolitana: Com Atribuição de formular e ofertar apoio para a região de maior concentração populacional do estado. Acompanhar o apoio de saúde da família da região a partir da proposição de apoio institucional em uma combinação da adscrição dos técnicos da Superintendência, com perfil mais generalista do ponto de vista da organização do processo de trabalho, aos demais técnicos das políticas (mulher, criança etc); esta combinação objetivava lograr a idéia de apoio integrado aos municípios. Essa gerência foi criada e já funciona como tal;

- Gerência de apoio aos municípios do interior: Semelhante à gerência da metropolitana, porém fica a cargo dos municípios do interior do estado. Essa gerência também foi recém-criada;
 - Gerência de monitoramento e avaliação: responsável por gerenciar a sala de situação dos indicadores da atenção básica identificados pelo pacto da vida, em parceria com a superintendência de vigilância a saúde e com a gerência de planejamento. Ainda cabe a esta gerência monitorar os incentivos financeiros especiais (co-financiamentos, especificidades regionais, Proesf); formular e adequar em parceria as duas gerências de apoio aos municípios, como matriz de monitoramento e de avaliação dos municípios. Anteriormente esta gerência estava na coordenação de controle e de avaliação da subsecretaria de desenvolvimento de sistemas e serviços. Além da mudança, o seu escopo de atribuição também foi ampliado sob a perspectiva de ser matricial a toda superintendência;
 - Gerência de educação permanente: atribui-se a formulação e o acompanhamento de ofertas de educação permanente em atenção básica e gestão do cuidado como cursos introdutórios para os municípios com menos de 100 mil hab. conforme prevê a Portaria 648/06. Válido lembrar que esta gerência articula-se com a superintendência de educação em saúde e gestão participativa. Esta gerência também foi recém-criada;
- 2) Coordenação de Integração de Políticas e Projetos: Esta nova coordenação é responsável pela elaboração de mecanismos de integração e acompanhamento das oito gerências de políticas adscritas, das quais algumas superam o nível de atenção básica, passando pelos demais níveis de atenção:
- gerência de saúde mental;
 - gerência de saúde bucal;
 - gerência do curso de envelhecimento de vida;
 - gerência de prevenção de acidentes e violência;
 - gerência das práticas integrativas (homeopatia, acupuntura e fitoterapia);

- gerência de políticas específicas (assentados, quilombolas, indígenas, negros, diversidade sexual, população carcerária, moradores de ruas, caiçaras). Esta é uma gerência recém criada, que exerce o papel de transversalidade para toda a superintendência, uma vez que também dialoga com os movimentos sociais;
- gerência da saúde da criança, do adolescente e nutrição;
- gerência da saúde da mulher.

Há ainda uma assessoria técnica ligada diretamente à superintendente.

O Programa de atenção integral a saúde da mulher, da criança e do adolescente (PAISMCA) originou-se de proposta da década de 1980, em que se iniciava a afirmação da política da saúde da mulher. Entendemos por bem separar cada área conforme apontado acima, em função das dimensões específicas de cada área e que tudo deve ser possível de se transversalizar.

É válido dizer que, para toda essa estrutura, foram definidas gratificações nivelares segundo a ordem de responsabilidade, de coordenação ou de gerência. Antes, as gerências eram assessorias e nem todas recebiam gratificações.

Entendemos que a migração destas políticas da superintendência de vigilância à saúde para a superintendência de atenção básica e gestão do cuidado ainda não se encerrou; uma vez que a hipertensão, a diabetes e a parte de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, que são essencialmente da atenção básica, todavia seguem na vigilância em saúde. Há justificativas internas para esta desintegração em função da lógica dos sistemas de informação, como SISCOLO e HIPERDIA.

O fato é que as políticas e os programas organizam-se e são influenciados a partir de onde estiverem ligados, vide, por exemplo, a acupuntura, que, ao longo dos anos, pouco acumulou na discussão da clínica e, sim, na biossegurança, ao passo que, recentemente, começa a propor cursos para as equipes de saúde da família. Algo ainda a ser superado pela distinção da saúde coletiva da clínica.

A criação desta Superintendência de Atenção Básica trouxe o debate a respeito de como integrar e fragmentar a ação sobre um território. Para NEMES (1993, 2000), as práticas ou ações programáticas constituem uma forma de organizar o trabalho coletivo

no serviço de assistência à saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirando-se em tecnologias de base epidemiológica.

Há algo emblemático com o que vem ocorrendo no programa de saúde da mulher, já que a fragmentação é tão intensa a ponto de “partir” o útero da mulher em: sadio (planejamento familiar, pré-natal etc, comitê da mortalidade materna, tudo hoje compondo a gerência da saúde da mulher) e o “útero doente e/ou potencialmente doente”, quando toda a lógica da atenção é pensada ainda na superintendência de vigilância em saúde.

Chauí (2006) nos faz refletir sobre a burocracia quando afirma que não é máquina administrativa e sim um sistema de poder movido por gente, no qual, a vontade dos indivíduos-burocratas é mais determinante e imperiosa do que as leis e os procedimentos. Os hábitos burocráticos operam para a manutenção de mando e de poderes, não para a proteção efetiva da coisa pública.

Campos (1992) aponta que o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular o descompromisso e a alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários. Frequentemente, alguns dispositivos têm sido convocados para atenuar os efeitos desagregadores e alienantes da lógica organizacional acima descrita, quando, na verdade, se trataria de alterar o ordenamento destas organizações, quer em sua dimensão gerencial - gestão colegiada -, quer na de atenção à saúde – reforma do modelo de atenção.

Um dos grandes desafios é exatamente esse: atenuar o processo de fragmentação da atenção e da gestão, que culmina pelo grau de distanciamento do objeto em questão, disparado principalmente pela estrutura burocrática que a secretaria estadual foi cristalizando ao longo dos anos.

O colegiado gestor é um dos arranjos propostos, o qual tem lugar semanalmente com todos os gerentes e coordenadores, assim como reuniões bimestrais ampliadas de toda a equipe da Superintendência. Outro arranjo é a criação e o compartilhamento de projetos

transversais às áreas, algo como, por exemplo: a saúde da família e o tema da violência. Esta temática mobiliza inúmeras possibilidades de trocas internas desde a saúde mental e a saúde materno-infantil até a própria gerência de violência.

Reconhecendo que somente a estruturação da superintendência não garantia por si só a definição da política, resolvemos então iniciar o debate público da agenda política da atenção básica. Identificamos elementos importantes por se apresentarem como possíveis norteadores da co-produção da política, tais como:

- reorientar o processo de trabalho da Secretaria de Estado do RJ (planejamento, espaços coletivos etc);
- articular mais com a vigilância em saúde e demais áreas da secretaria;
- promover articulação intersetorial;
- ajustar e ou formular diretrizes para o cuidado à saúde segundo a clínica ampliada;
- rever os mecanismos de apoio e de supervisão aos municípios segundo o Método Paidéia, incentivando-os a fazerem o mesmo com os serviços e equipes sob sua gestão;
- instituir uma matriz para orientar o monitoramento e a avaliação;
- criar estratégias de educação permanente;
- definir e incentivar um plano de investimento, objetivando a estruturação física de unidades básicas segundo o conceito de ambiência (PNH/MS, 2004);
- criar e definir um incentivo financeiro complementar da Secretaria de Estado para a ABS dos municípios segundo fator de alocação equânime.

3.4- Proposta de nova política estadual de atenção básica: novos arranjos institucionais e dispositivos

A partir do Método Paidéia (Campos, 2000), tomado neste estudo como instrumento de filtro de análise, identificamos, em algumas categorias, as diretrizes norteadoras anteriormente citadas da co-produção da política estadual de atenção básica, como forma de sistematizar a compreensão do processo. Dentre as categorias privilegiadas para esta análise destacamos:

- Os espaços coletivos, como arranjo institucional;
- O apoio institucional como dispositivo;
- Co-financiamento da atenção básica.

3.5- Espaços coletivos como arranjo institucional: câmaras técnicas regionais

No entendimento de que os espaços coletivos podem configurar arranjos institucionais é que, no caso desta pesquisa, estes seriam espaços privilegiados de escuta, de análise e de formulação de políticas a serem implementadas, potencializando a co-gestão. Com isso, identificamos a necessidade de constituição destes arranjos organizativos do seguinte modo:

- 1- Como uma das prioridades centrais para a política estadual de atenção básica tem sido a construção e a ampliação do vínculo entre o Estado e o conjunto dos municípios adscritos. Identificamos que o nosso primeiro vínculo seria estabelecido a partir do coordenador municipal de atenção básica e ou saúde da família. Seguindo a idéia de que o espaço coletivo central, neste caso, é a oferta de **câmaras técnicas regionais de atenção básica** periódicas, em que o público interessado seria constituído por estes coordenadores municipais apoiados pela equipe técnica da Superintendência, esta seria encarregada de exercitar o Método Paidéia como instrumento facilitador de co-produção da política estadual de atenção básica.
- 2- As câmaras técnicas regionais da atenção básica devem ser garantidas na sua periodicidade de quatro encontros anuais, dois por semestre, realizados no espaço loco-regional e tendo pautas construídas conjuntamente segundo temas oriundos de demandas e ofertas, conforme sugere Campos (2000).
- 3- As câmaras técnicas devem ter algumas finalidades, como aventado por Campos (2000), para quando se organizam os espaços coletivos, as finalidades pedagógicas, as terapêuticas e as organizativas-administrativas. Tomamos como exemplo, no campo pedagógico, quando um consultor convidado da PNH/MS apresenta o tema da Clínica

Ampliada como alternativa ao modo tradicional de se fazer clínica na rede básica. Organizativo, quando discutimos estratégias facilitadoras de implantação ou de ampliação do debate deste tema nas redes locais, como de fato ocorreu, quando o município do Rio de Janeiro, sensibilizado com o tema, apostou no debate deste tema no seminário interno de avaliação das equipes de supervisão do município, ou ainda quando o município de Niterói inseriu o tema na programação do seminário comemorativo de seus quinze anos do projeto Médico de Família. Terapêutico, estaria talvez mais relacionado à escuta dos entraves e dos sofrimentos internos das relações institucionais, o que, muitas vezes, impossibilita até mesmo o coordenador de rever estratégias organizativas dos referenciais clínicos ofertados a sua rede local por inúmeras variáveis.

- 4- As câmaras técnicas possuem outra dimensão, que é a de construir um cenário de maior sustentabilidade da política de atenção básica através do fomento do vínculo entre a SESDEC e os municípios, entre os próprios municípios, mas também de construir uma linha mais dirigida a determinado modelo.
- 5- Por isso, propomos que neste espaço da câmara técnica regional deva ser co-produzido o plano de trabalho ou o plano diretor municipal da atenção básica, discutindo-se eixos metodológicos e monitorando-os de modo sistêmico tanto neste espaço como presencialmente, de modo singular, no próprio município.

Julgamos, portanto, que este arranjo de câmaras técnicas regionais devem contribuir para a aproximação da SESDEC com o conjunto dos 92 municípios, em particular quando não é tradição, neste Estado, a constituição de CIB regional ou qualquer outra estratégia de fórum de diálogo de foco regional, exceto a vigilância em saúde.

Com o decorrer desta aposta que estamos fazendo das câmaras técnicas regionais, pensamos que estas poderão assessorar os futuros colegiados regionais previstos pelo pacto de saúde (MS, 2006).

3.6- Apoio institucional como dispositivo

Para Barembliit (1998, p. 151), dispositivo é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidade e inventa o novo Radical.

Pensando no atual contexto da SESDEC, que é a retomada de sua definição frente ao fortalecimento do SUS local e que nesta pesquisa recortamos sob a óptica da atenção básica, identificamos a necessidade de organizar dispositivos que facilitem esta ação. Neste caso, o dispositivo eleito é o apoiador institucional.

A idéia de apoiador institucional tem sua origem na Análise Institucional, principalmente no que destacamos do conceito de agentes que Barembliit (1998, p. 152) define como indivíduos-pessoas-sujeitos-protagonistas das práticas que se desenvolvem no complexo Instituído Organizado e podem ser peça especialmente gerada para formar parte de um dispositivo.

Campos (2000), em sua leitura sobre estes agenciadores analistas institucionais, acaba por definir o conceito de apoio institucional, o que vem a ser, neste estudo, um dispositivo potente para a co-produção da transversalidade da construção da política de atenção básica.

A relevância de se trabalhar com a lógica do apoio institucional é que tem como objetivo a constituição de sujeitos reflexivos, trazendo a possibilidade da constituição do “sujeito epistêmico” – mestres, professores, filósofos e sábios - que exerceria um papel prático específico, o de apoiar a ampliação da capacidade de análise de si mesmo e do mundo.

Não basta, contudo, entender o mundo a e si mesmo, os sujeitos atuamos sobre as coisas. Teoria e prática. A teoria e método Paidéia têm também a finalidade de aumentar a capacidade das pessoas agirem sobre o mundo, favorecer a constituição de sujeitos reflexivos e operativos. (CAMPOS, 2006, p.20)

Com isso, julgamos que os atuais técnicos da superintendência poderiam tornar-se apoiadores institucionais para o conjunto dos 92 municípios do Estado e, de modo adscrito, para as nove regiões de saúde definidas invertendo deste modo a função de assessoria.

Justificamos isto não somente como proposta para a SESDEC, mas sim para que os municípios revejam seus mecanismos atuais de apoio e de supervisão das suas equipes de atenção básica, pois é histórico que a gestão ocorre de modo quase frágil pela

indefinição do perfil e pelo método de trabalho, ou, ainda, pelo método somente da supervisão, que, muitas vezes ocorre de forma pontual e vertical.

Orientar este dispositivo organizacional do apoio, na opinião de Campos (2003), é proporcionar o incremento da capacidade de análise e de intervenção dos coletivos, neste caso, dos municípios, sobre um objeto definido, que é aqui o fortalecimento da atenção básica.

Não se trata de ignorar o acúmulo de esforço de alguns trabalhadores comprometidos com isto, mas o fato de que mais do que um reconhecimento individual, a institucionalização intrínseca deste dispositivo por parte da SESDEC é vital.

Destacamos este aspecto porque é fundamental estabelecer o apoio sem respaldo da instituição no que se refere ao modo, ao quando, ao onde e para que, ou ainda ao apoio logístico aos técnicos desta função. Reconhecemos que é de extrema importância que este apoiador saia de modo combinado da SESDEC e seja aguardado também de modo combinado ao município a que se refere.

Importa destacar que a função de apoio deve revelar o vínculo já existente ou sensível a ser construído com os municípios elegidos para serem apoiados. O apoiador partirá do princípio de que governabilidade se constrói neste processo de vinculação, gerando confiança e legitimidade.

As funções de agenciamento e de supervisão compõem os seus atributos, enquanto os espaços coletivos - neste caso, as câmaras técnicas regionais da atenção básica – são espaços privilegiados para sua atuação, assim como a co-produção, o monitoramento e a avaliação dos planos de trabalho e ou planos diretores municipais da atenção básica.

Enfim, este modo da função de apoio da SESDEC por parte da equipe técnica da atenção básica parte também do princípio de que futuramente deve vir a ser um dispositivo de espectro maior interno, ou seja, deverá aliar-se às demais áreas internas da secretaria, tais como: vigilância em saúde, controle e avaliação, educação permanente etc., em suma, algo como apoio integrado da SESDEC, já apontando um rumo das junções das diferentes redes de atenção e gestão, ao menos, as internas.

3.7- Co-financiamento da atenção básica

Partindo da responsabilidade do governo estadual de realizar incentivo financeiro de modo a co-financiar a estruturação da rede básica dos municípios e, sobretudo, considerando que o Estado do Rio de Janeiro tem uma das mais baixas coberturas de Atenção Básica no Brasil (DAB/MS, 2007) acrescido de uma expressiva dificuldade em gerar impacto nas condições de saúde da população, a SESDEC, como instância gestora do SUS, propôs o fortalecimento desse nível de atenção como estratégia organizativa do sistema de saúde.

Destacamos, por sua importância, o modo de construção desta proposta. Primeiro, a partir de um apontamento interno da Superintendência sobre os possíveis impactos positivos de um incentivo financeiro repassado aos municípios pelo Estado; isto seria indutor para a constituição acelerada de redes básicas. Houve um processo de convencimento do grupo interno dirigente (secretário e subsecretários), tomando-se a decisão política de alocação de recurso, ainda que, nesse momento, não se houvesse definido uma metodologia concernente aos critérios e aos valores para o apoio financeiro aos municípios em atenção básica.

Segundo, convencido disto, o Secretário anunciou em sua fala no I Congresso Estadual de Medicina de Família e Comunidade, co-organizado pela SESDEC, que se comprometeria a realizar a alocação de recursos financeiros aos municípios segundo um estudo que a Superintendente deveria apresentar em determinado prazo. Com isso, a Superintendência de Atenção Básica legitimou-se como instância na qual ocorreria a construção da proposição da proposta metodológica. Este estudo, a princípio, havia ficado a cargo exclusivo da subsecretaria responsável pela revisão e proposição financeira aos municípios. Parte desta ação, por sua vez, seria compartilhada com uma consultoria externa de um centro de pesquisas contratado para apoiar a SESDEC em suas diferentes frentes de planejamento

Com o atraso do processo de tramitação interno, o fechamento desta consultoria e a necessidade urgente de proposição, a Superintendência de Atenção Básica, a área interessada, foi mobilizada para organizar esta proposição da seguinte forma:

- 1- Organizar uma reunião para a construção de metodologia alocativa de recursos, em que participasse também um grupo de diversas áreas técnicas interessadas, como programas, planejamento, financeiro. Nesta reunião ficou acordado que o princípio da equidade deveria ser o norteador da proposta;
- 2- A superintendente, assessorada diretamente por sua recém constituída gerência de monitoramento e avaliação, assumiria esta organização, definindo, como plano de trabalho, a criação de um fator alocativo, baseado na cartografia das necessidades de saúde associado ao porte econômico de cada município. Optou-se também pela revisão de estudos acadêmicos e de propostas de outros governos estaduais;
- 3- A metodologia utilizada baseou-se no estudo conduzido pela Fundação João Pinheiro de Minas Gerais. Após consultas de outros referenciais teóricos foram realizadas modificações na metodologia original no sentido de aperfeiçoá-la;
- 4- Foi utilizado o Fator de Alocação (FA) para permitir que a Secretaria cartografasse os municípios segundo o princípio da equidade. Esse FA é formado pela média ponderada de peso igual por: **Índice de Necessidades de Saúde (INS)** – composto de variáveis epidemiológicas, socioeconômicas e demográficas, somados aos indicadores do pacto da atenção básica; **Índice de Necessidade de Financiamento (INF)** - calculado pelo inverso da receita per capita municipal. A capacidade de autofinanciamento é dada pelo somatório de sua receita própria, que é composta pelos componentes descritos na EC 29, informados no SIOPS (SESDEC, 2007);
- 5- A cartografia alocativa se deu a partir do ranqueamento dos municípios em quintil, aplicado este Fator de Alocação. Os municípios, listados em ordem crescente de suas necessidades alocativas por quintil, expressariam, deste modo, a realidade esperada, qual seja, que os municípios da região metropolitana, em particular, os da Baixada Fluminense alocam-se no quintil 5, em virtude de sua real necessidade de saúde e de seu porte econômico acrescidos da baixa cobertura de atenção básica;
- 6- Para monitoramento e avaliação da alocação dos recursos financeiros a serem transferidos do Fundo Estadual de Saúde diretamente para a conta do Fundo Municipal de Saúde, foi pactuado uma matriz de indicadores com metas quantitativas e qualitativas. Esta matriz foi acordada em contrato de gestão assinado pela Secretaria de Estado da Saúde com cada Secretaria Municipal de Saúde.

- i- Percentual de Cura de casos novos de tuberculose;
- ii- Percentual de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal;
- iii- Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 49 anos e a população feminina nessa faixa etária;
- iv- Percentual de captação e acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus;
- v- Coeficiente de Internação por Doenças Psiquiátricas.

Em decorrência desse estudo houve a deliberação da CIB-RJ em 25 de setembro de 2007, publicada em 24/10/2007, na qual foram definidos valores de R\$ 500 a R\$ 2.000 por equipe de saúde da família/unidade básica de saúde.

Avaliamos que esta proposta reconhece a importância do cumprimento do Estado em seu papel complementar de custeio e de incentivo da ampliação/qualificação da atenção básica, conforme definido pela política nacional, a partir de critérios exclusivamente técnicos e equitativos, que garantam a menor desigualdade intermunicipal e federativa.

Válido é reconhecer que o modo em que se pôde co-produzir esta proposta dependeu bastante de muitos trabalhadores internos da SESDEC, reconhecendo-os como atores importantes e potentes na formulação de políticas de saúde, algo como valorização da 'prata da casa', o que Campos (2000) denominaria de co-produção de sujeitos, ou o que Barembliit (1998) talvez reconhecesse como o acontecimento que produz sujeitos.

Além disso, esta proposta contribuiu para o resgate público do processo moralizante interno e externo da SESDEC, já que subordinava a alocação de parte do orçamento estadual em saúde a critérios epidemiológicos e socio-sanitários. Apostava ainda na capacidade de proposição de políticas da atenção básica e da saúde, de modo geral, dos vários atores; no caso, o mérito da aprovação deve ser dividido entre os municípios presentes à deliberação da CIB e o próprio governador.

Atualmente qualquer proposta alocativa de recursos financeiros, em qualquer nível de atenção com fonte estadual ou partilhada com fonte federal, como PAB variável, passa necessariamente por uma consulta prévia do Fator de Alocação proposto pela Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo foi possível concluirmos que é preciso discutir e reinventar a finalidade da SESDEC, em particular quanto ao seu papel, ainda bastante ausente, no fortalecimento da atenção básica.

Constatamos que, afora isso, existe forte disputa de interesses a respeito do modelo de atenção e de gestão da atenção básica. Tais disputas fazem do gerenciar a ABS um modo técnico-político, ou seja, uma mescla de contratos entre os interesses políticos de vários atores sociais e o acúmulo técnico sobre a atenção primária, a promoção e a clínica ampliada.

De qualquer modo, o modelo para a ABS, apesar da existência da Estratégia de Saúde da Família, não fornece uma política oficial. Este fato coloca a necessidade de proceder-se a uma construção coletiva, em que se faz indispensável o olhar estratégico da técnica aliado ao bom senso da sensibilidade estratégica política.

O fomento à grupalidade está altamente ligado à relação de confiança mínima exigida para que se tenha a possibilidade de se incorporar o ser gestor principalmente no tocante à função da equipe. Muitas vezes expressos, os vínculos estabelecidos na equipe entre si e com a direção podem ser decorrentes do afeto e do compromisso mais individual do que coletivo.

Assim, há um desafio a ser enfrentado: de que maneira reconhecer, no cotidiano, as situações referentes ao cumprimento de certa responsabilidade sanitária, a serem pactuadas coletivamente através de muitos, os quais não o assumem por não quererem, por não saberem ou por não deixarem?

Enfim, a SESDEC deve e pode seguir com a formulação de estratégias mais co-gestoras junto aos municípios no que se refere ao fomento da expansão e da qualificação da rede básica, executando, deste modo, o reconhecimento de seu papel de ator protagonista como gestor, também de muita importância na reversão do atual modelo de atenção e gestão.

Para tanto, concluímos que com o Método Paidéia, que, quando aplicado, tende a contribuir para a formulação conceitual e prática na gestão da atenção básica como oferta de co-gestão de coletivos envolvidos na construção e na consolidação das políticas

públicas estaduais, principalmente na aposta da inversão da função de assessoria para a função apoio institucional.

O fato de reconhecermos a especificidade do Estado do RJ, compreendendo-o em sua trajetória histórica e nas diferenças relevantes de seu modo de produção e reprodução, não deve, de modo algum, diferenciá-lo a ponto de resguardá-lo em excesso de compreensão protetora, defensiva de atravessamentos, de transversalidades, de co-produção de sujeitos e, diríamos, da intervenção de uma nova radicalidade no modo de se produzir saúde, no que tange principalmente à atenção básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, BARRETO & BEZERRA. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BAREMBLTT, G.F. **Cinco Lições sobre a Transferência**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1998. 235p.

BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na Agenda de Saúde. **Ciência e Saúde coletiva** (Fiocruz, Rio de Janeiro), n.7, 2002.

BRASIL, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico e estimativas**, Brasília, 2002 e 2005.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). **Pacto pela Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Disponível em www.saude.gov.br/dab. Acessado em 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde, **Desenvolvimento do Sistema Únicos de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes**. Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde: um diagnóstico preliminar**. CONASS Documenta, v.7. Brasília, 2004, p.22.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Avaliação da Atenção Primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos**. CONASS Documenta, v.7. Brasília, 2004, p.46.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/96 01/96**, de 05 de novembro de 1996.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

_____. **PORTARIA GM/MS N.º 373, de 26 de fevereiro de 2002** - Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002.

_____. **PORTARIA GM/MS Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999** - Cria o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

_____. **PORTARIA GM/MS Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997** - Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

_____. **PRT/GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97-** Estabelece o Piso de Atenção Básica - PAB e sua composição.

_____. **PRT/GM/MS Nº 12, de 7 de janeiro de 2000 - DO de 10/1/00** - Define que, no ano 2000, o processo de pactuação entre os Estados e os Municípios e entre o Ministério da Saúde e os Estados, para melhoria dos indicadores de Atenção Básica, obedecerá à mesma sistemática estabelecida na PRT/GM/MS nº 832, de 28/6/99. Republicada no DO de 12/1/00, por ter saído com incorreção no original.

_____. **PRT/GM/MS Nº 3.925, de 13 de dezembro de 1998 - DO de 17/11/98** - Aprova Manual para Organização da Atenção Básica no SUS.

_____. **PRT/GM/MS Nº 476, de 14 de abril de 1999 - DO de 22/4/99** – Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica.

_____. **PRT/GM/MS Nº 832, de 28 de junho de 1999 - DO de 29/6/99** - Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica a Saúde.

BRASILEIRO, A. M A **Fusão: Análise de uma Política Pública**. Brasília: IPEA/IPAN, 1979.

CAMPOS, G.W.S (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed Hucitec, Ed Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**, Campinas, mimeo.

_____. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. 1997b mimeo DMPS-UNICAMP.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas- o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

_____. **Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS- Campinas**. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas, 2001.

_____. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 05(2): 219-30, 2000.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.197-228.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S; MERHY, E; NUNES, E. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, R.O. **A Gestão: espaço de intervenção análise e especificidades técnicas**. in: CAMPOS, GWS. **Saúde Paidéia**. Hucitec. São Paulo. 2003.

_____. **O planejamento no labirinto**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPOZZOLO, A.A. **No Olho do Furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. Tese de Doutorado, UNICAMP, DMPS, Campinas, 2003.

CARVALHO, G.C.M. **O financiamento público federal do sistema único de saúde**. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

CARVALHO, S.R. e CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, 16(2):507-15, abr./jun., 2000. ISSN 0102-311X

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do Sujeito e da mudança**. Tese de Doutorado, UNICAMP, DMPS, Campinas, 2001.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In: R. PINHEIRO e R. A. MATTOS. **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E. e CAMPOS, G.W.S. **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHAUÍ, M. **Cidadania cultural: o direito a cultura**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2006.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Ed Makron Books, 1993.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde). Disponível em www.conass.org.br. Acesso em junho de 2007.

CONILL, E.M. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000**.

CUNHA, G.T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. Saúde em Debate

DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

DRUMMOND, M.J. **Epidemiologia nos Municípios: muito além das normas**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

FEITOSA OLIVEIRA, A.L.F. **A Institucionalização do Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde: o caso do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ). **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Disponível em <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/estudos.htm>

HARTZ, Z. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática da análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

LEVCOVITZ E, LIMA L.D., MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 269-91, 2001.

LOURAU, R. **A análise institucional.** Petrópolis: Vozes, 1975.

LUDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas.** São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária Ltda., 1986.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: Ipea, 1993.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma Sanitária e a construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: MENDES, E.V et al. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS.** São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____ (org.). **Distrito Sanitário.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MERHY, E. e FRANCO, T.B.. **PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde.** Disponível: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>, 1999.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.197-228.

MERHY, E.E. e CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R., org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997c, pp.113-161

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.,org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R.,org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b, p.71-113.

_____. **Saúde a Cartografia do Trabalho Vivo**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, A.S. **Programa Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito**. Disponível em [http://www.saude/cnsonline/temas em debate/psf](http://www.saude/cnsonline/temas%20em%20debate/psf), 1997.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOURA, A.H. **A Psicologia Institucional e O Clube dos Saberes**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

NEMES, M.I.B. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B.,Org.). **Programação em Saúde Hoje**. 2a. ed. São Paulo. Hucitec, 1993.

_____. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B., 2000.

OMS/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**, 2005.

ONOCKO Campos & CAMPOS, C.O. Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed Hucitec, Ed Fiocruz, 2006.

PARADA, R. **Sistema Estadual de Saúde Descentralização e Relações Intergovernamentais:Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro**, Dissertação de Mestrado, IMS, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PASSOS, E. e BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e Biopolítica no Contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica** (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro), 16(1):71-9, 2001.

SCHRAIBER,L.B. **Programação em Saúde Hoje**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

SESDEC (Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil). **Deliberação 370 CIB-RJ: Co-financiamento da atenção básica**. Disponível DO, RJ, aprovada em 25/09/2007 e publicada em 24/10/ 2007.

_____. **Deliberação 402 CIB-RJ: Compensação das especificidades regionais da atenção básica**. Disponível DO, RJ, aprovada em 08/11/2007 e publicada em 30/11/2007.

_____. **Projeto de alocação de recursos financeiros**, documento interno Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado/SAS, RJ, 2007.

_____. **Diagnóstico da Atenção Básica do Estado do RJ - Sumário Executivo**. RJ, janeiro de 2007.

_____. Disponível em www.saude.rj.gov.br. Acesso em setembro de 2007.

_____. **Relatório interno consolidado do Planejamento da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado-SAS**. RJ, agosto de 2007.

_____. **Relatório interno Macro Diretrizes do Planejamento da SESDEC**, RJ, 2007.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB**. Disponível em www.saude.rj.gov.br. Acesso em setembro de 2007.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde:** o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA Luiz, A. **A Política de Atenção Primária a Saúde nos anos noventa no Brasil: Focalismo ou universalização?** Dissertação de Mestrado, UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

STARFIEL, D.B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia.** 1. ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Rev. Bras. S. Fam.**, V(7):10-23, 2004a. Edição especial

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação:** o caso da saúde. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1995.

_____. **Pensar em salud.** Buenos Aires: OPS/OMS, 1989.

TOBAR, F e YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** São Paulo: Ed Vozes, 2003.

URIBE RIVERA, F.J. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. **Cad. Saúde Pública**, 5(1):60-81, jan./mar., 1989. ISSN 0102-311X

VASCONCELOS & PASCHE. **In Tratado de Saúde Coletiva** São Paulo/Rio de Janeiro: Ed Hucitec/Ed Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, C.M. **Paradoxos da mudança no SUS;** 2005. Tese de doutorado - Saúde Coletiva/FCM/Unicamp; 2005.

VIANA, A.L.D. & DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 139-51, 2002.

ANEXOS

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATO DA PRESIDENTE EM EXERCÍCIO
DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº370 DE 25 DE SETEMBRO DE 2007

APROVA O CO-FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

A Presidente em exercício da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições e considerando:

- O Projeto Saúde na Área da SESDEC que tem como um dos objetivos a ampliação da participação do Estado na condução e financiamento do SUS;
- Que o co-financiamento da Atenção Básica é estratégico para o fortalecimento deste nível de atenção no Estado;
- Que a organização da Atenção Básica deve ter por princípio o vínculo com a comunidade, a adscrição de clientela e o trabalho multiprofissional;
- Que os recursos financeiros para este Co-Financiamento da Atenção Básica oneram o Tesouro Estadual;
- A 4ª Reunião Extraordinária da CIB realizada em 25 de setembro de 2007.

DELIBERA:

Art. 1º- Aprovar a proposta de aporte financeiro que utiliza a metodologia de critérios de necessidades de saúde e necessidades financeiras para estabelecer o Fator de Alocação para o Co-Financiamento da Atenção Básica aos municípios do Estado do Rio de Janeiro, com planilha que consta no anexo desta Deliberação

Parágrafo Único- Os municípios foram classificados em ordem crescente segundo o valor do Fator de Alocação, e a sua distribuição foi dividida em cinco partes (quintis), resultando nos grupos 1 (valor de R\$ 500,00 por ESF), 2 (valor de R\$ 1000,00 por ESF), 3 (valor de R\$1.250,00 por ESF), 4 (valor de R\$ 1.500,00 por ESF) e 5 (valor de R\$ 2.000,00 por ESF)

Art. 2º- Esta deliberação entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

ANAMARIA CARVALHO SCHNEIDER

Presidente em Exercício

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SESDEC Nº 190

DE 06 DE DEZEMBRO DE 2007

APROVA O FATOR DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA ATENÇÃO À SAÚDE (FA) SEGUNDO MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, como Gestor do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, e

CONSIDERANDO a necessidade de melhorar a qualidade da atenção prestada e alcançar melhor racionalidade técnica, financeira e maior nível de equidade no sistema de saúde;

CONSIDERANDO a meta de minimização das desigualdades existentes entre diferentes grupos populacionais de forma que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um nível de saúde adequado;

CONSIDERANDO o desafio de estruturação e qualificação da rede de atenção básica para a reorganização do sistema de saúde, tendo, como instância organizativa, a responsabilidade de prover ações e serviços que busquem atender as necessidades da população, que sejam eficientes e efetivos, contribuindo para a transformação dos níveis de saúde;

CONSIDERANDO a importância da Atenção Básica em Saúde como o eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial;

CONSIDERANDO a existência de importantes iniquidades na distribuição dos recursos e no acesso aos serviços de saúde nos municípios;

CONSIDERANDO o princípio constitucional do SUS da co-participação do Estado no financiamento da atenção a saúde:

RESOLVE:

Art. 1º- Criar o Fator de Alocação - FA de recursos financeiros estaduais para atenção à saúde, a partir do desenvolvimento de metodologia específica para distribuição dos referidos recursos.

§ 1º- Os recursos mencionados no caput serão aplicados em todos os Municípios do Estado do Rio de Janeiro.

§ 2º- O FA incorporará como variável fundamental as necessidades de saúde da população, garantindo assim o princípio de equidade.

Art. 2º- O FA será obtido através da raiz quadrada do resultado da multiplicação entre o Índice de Necessidade em Saúde e Índice de Necessidade Financeira.

Art. 3º- Para o cálculo do Índice de Necessidade de Saúde (INS) foram considerados indicadores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos e realizada a análise fatorial pelo método de componentes principais.

§ 1º- As variáveis epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas utilizadas para compor o INS são:

- a) Coeficiente de Mortalidade de crianças menores que cinco anos;
- b) Proporção de óbitos por causas mal definidas;
- c) Taxa de fecundidade;
- d) Taxa de alfabetização;
- e) Percentual de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo;
- f) Percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo.**
- g) Taxa de internação por Doença Diarréica Aguda em menores de cinco anos;
- h) Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos;
- i) Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;
- j) Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral;
- k) Taxa de internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- l) Proporção de internações por complicações de Diabetes Mellitus;

- m) Percentual de abandono de Tuberculose.
- n) Taxa de incidência de Tuberculose Pulmonar Ativa;
- o) Coeficiente de prevalência de hanseníase;
- p) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais;
- q) **Média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas.**

Art. 4º- O Índice de Necessidade de Financiamento (INF) é calculado pelo inverso da receita per capita municipal, com dados extraídos do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde - SIOPS (2005).

§ 1º- Os dados utilizados para construção da Receita Própria municipal foram:

- a) Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM;
- b) Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade Rural;
- c) Cota-Parte da Lei Complementar nº 87/96;
- d) Cota-parte do ICMS, IPVA e IPI;
- e) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF;
- f) Imposto Predial Territorial Urbano e as multas e juros de mora sobre o IPTU;
- g) Imposto de Transmissão de Bens Imóveis e as multas e juros de mora sobre o ITBI;
- h) Imposto Sobre Serviços e as multas e juros de mora sobre o ISS;
- i) Outras Receitas de Multas e Juros de Mora de Impostos;
- j) Receita da Dívida Ativa do IPTU;
- k) Receita da Dívida Ativa do ITBI;
- l) Receita da Dívida Ativa do ISS;
- m) Outras Receitas da Dívida Ativa de Impostos.

Art. 5º- A classificação se dará pela aplicação do fator de alocação (FA) e permitirá hierarquizar os Municípios segundo a necessidade relativa de recursos financeiros, variando numa escala de 0,01 (menor necessidade relativa) até 1,18 (maior necessidade relativa).

Art. 6º- Para a alocação de incentivos para o Programa Saúde na Área, os Municípios foram ordenados segundo a ordem crescente do fator de alocação e sua distribuição dividida em cinco partes (quintis) por igual valor, resultando nos grupos 1, 2, 3, 4 e 5.

Parágrafo Único: Será atribuído um incentivo financeiro a cada grupo de municípios, com valores crescentes do grupo 1 (menor valor) ao grupo 5 (maior valor) (ANEXO I)

Art. 7º- A tabela completa com o INS, INF e o FA de todos os Municípios do Estado encontra-se no Anexo II.

Art. 8º- Anualmente, os índices serão recalculados possibilitando a atualização do posicionamento dos Municípios e, conseqüentemente, dos valores de incentivos financeiros

Art. 9º- Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 06 de dezembro de 2007

SERGIO CÔRTEZ

Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil

Anexo I

(Resolução SESDEC nº 190 de 06.12.2007)

- **Grupo 1 (municípios do primeiro quintil): o fator de alocação varia de 0,01 a 0,24; Valor R\$ 500,00**
- **Grupo 2 (municípios do segundo quintil): o fator de alocação varia de 0,25 a 0,48; Valor R\$ 1000,00**
- **Grupo 3 (municípios de terceiro quintil): o fator de alocação varia de 0,49 a 0,71; Valor R\$ 1250,00**
- **Grupo 4 (municípios do quarto quintil): o fator de alocação varia de 0,72 a 0,95. Valor R\$ 1500,00**
- **Grupo 5 (municípios do quinto quintil): o fator de alocação varia de 0,96 a 1,18. Valor R\$ 2000,00**

(Resolução SESDEC nº 189 de 06.12.2007)

Índice de Necessidade Financeira Ajustado (INFA), Índice de Necessidade em Saúde (INS), Fator de Alocação de Recursos Financeiros para Atenção à Saúde (FA), Número de Equipes de Saúde da Família (competência Julho), segundo municípios, Rio de Janeiro – 2007.

MUNICÍPIOS	Índice de Necessidade Financeira	Índice de Necessidade de Saúde	Fator de Alocação (INFxINS)	Equipes Saúde Família	Valor do Repasse
Angra dos Reis	0,07	1,26	0,30	27	27.000,00
Aperibé	0,11	1,64	0,42	3	3.000,00
Araruama	0,31	1,37	0,65	8	10.000,00
Areal	0,10	1,31	0,37	4	4.000,00
Armação dos Búzios	0,07	1,13	0,29	8	8.000,00
Arraial do Cabo	0,23	1,10	0,50	6	7.500,00
Barra do Piraí	0,40	1,48	0,77	6	9.000,00
Barra Mansa	0,30	1,26	0,62	24	30.000,00
Belford Roxo	1,00	1,40	1,18	25	50.000,00
Bom Jardim	0,21	1,51	0,56	7	8.750,00
Bom Jesus do Itabapoana	0,25	1,85	0,67	10	12.500,00
Cabo Frio	0,18	1,30	0,49	25	31.250,00
Cachoeiras de Macacu	0,27	1,37	0,60	7	8.750,00
Cambuci	0,12	1,69	0,46	6	6.000,00
Campos dos Goytacazes	0,28	1,39	0,62	55	68.750,00
Cantagalo	0,08	1,52	0,34	8	8.000,00
Carapebus	0,05	1,20	0,23	4	2.000,00
Cardoso Moreira	0,13	1,69	0,46	1	1.000,00
Carmo	0,12	1,39	0,41	3	3.000,00
Casimiro de Abreu	0,08	1,31	0,31	9	9.000,00
Comendador Levy Gasparian	0,09	1,34	0,34	3	3.000,00
Conceição de Macabu	0,17	1,43	0,49	3	3.750,00
Cordeiro	0,22	1,34	0,54	5	6.250,00
Duas Barras	0,10	1,53	0,38	2	2.000,00

MUNICÍPIOS	Índice de Necessidade Financeira	Índice de Necessidade de Saúde	Fator de Alocação (INFxINS)	Equipes Saúde Família	Valor do Repasse
Duque de Caxias	0,26	1,31	0,59	66	82.500,00
Engenheiro Paulo de Frontin	0,12	1,45	0,41	5	5.000,00
Guapimirim	0,27	1,34	0,60	4	5.000,00
Iguaba Grande	0,13	1,21	0,39	7	7.000,00
Itaboraí	0,42	1,52	0,80	42	63.000,00
Itaguaí	0,17	1,24	0,46	6	6.000,00
Italva	0,13	1,94	0,51	2	2.500,00
Itaocara	0,20	1,86	0,61	3	3.750,00
Itaperuna	0,31	1,74	0,73	16	24.000,00
Itatiaia	0,07	1,19	0,28	0	0,00
Japeri	0,64	1,88	1,09	0	0,00
Laje do Muriaé	0,10	1,67	0,40	3	3.000,00
Macaé	0,06	1,18	0,27	28	28.000,00
Macuco	0,03	1,43	0,22	1	500,00
Magé	0,61	1,38	0,92	49	73.500,00
Mangaratiba	0,08	1,24	0,32	7	7.000,00
Maricá	0,32	1,19	0,62	11	13.750,00
Mendes	0,20	1,52	0,55	7	8.750,00
Mesquita	0,76	1,01	0,88	10	15.000,00
Miguel Pereira	0,18	1,33	0,49	8	10.000,00
Miracema	0,24	1,74	0,65	6	7.500,00
Natividade	0,13	1,91	0,50	7	8.750,00
Nilópolis	0,51	1,06	0,74	18	27.000,00
Niterói	0,18	1,00	0,42	108	108.000,00
Nova Friburgo	0,34	1,13	0,62	14	17.500,00
Nova Iguaçu	0,71	1,45	1,01	50	100.000,00
Paracambi	0,25	1,32	0,58	9	11.250,00
Paraíba do Sul	0,26	1,43	0,62	16	20.000,00
Parati	0,17	1,34	0,47	7	7.000,00
Paty do Alferes	0,21	1,54	0,57	8	10.000,00
Petrópolis	0,29	1,15	0,58	37	46.250,00

MUNICÍPIOS	Índice de Necessidade Financeira	Índice de Necessidade de Saúde	Fator de Alocação (INFxINS)	Equipes Saúde Família	Valor do Repasse
Pinheiral	0,24	1,17	0,53	7	8.750,00
Piraí	0,04	1,35	0,24	12	6.000,00
Porciúncula	0,21	1,98	0,64	7	8.750,00
Porto Real	0,00	1,30	0,01	6	3.000,00
Quatis	0,12	1,45	0,42	3	3.000,00
Queimados	0,61	1,68	1,01	8	16.000,00
Quissamã	0,02	1,58	0,18	9	4.500,00
Resende	0,14	1,19	0,40	22	22.000,00
Rio Bonito	0,15	1,36	0,46	11	11.000,00
Rio Claro	0,15	1,49	0,47	6	6.000,00
Rio das Flores	0,07	1,64	0,35	3	3.000,00
Rio das Ostras	0,15	1,16	0,41	0	0,00
Rio de Janeiro	0,14	1,02	0,38	135	135.000,00
Santa Maria Madalena	0,05	1,59	0,29	3	3.000,00
Santo Antônio de Pádua	0,27	1,78	0,70	8	10.000,00
São Fidélis	0,31	2,00	0,79	0	0,00
São Francisco de Itabapoana	0,19	1,62	0,56	2	2.500,00
São Gonçalo	0,82	1,28	1,03	153	306.000,00
São João da Barra	0,12	1,35	0,41	1	1.000,00
São João de Meriti	0,88	1,29	1,06	21	42.000,00
São José de Ubá	0,07	1,90	0,35	3	3.000,00
São José do Vale do Rio Preto	0,23	1,50	0,59	7	8.750,00
São Pedro da Aldeia	0,39	1,19	0,68	14	17.500,00
São Sebastião do Alto	0,08	1,82	0,37	1	1.000,00
Sapucaia	0,15	1,35	0,46	5	5.000,00
Squarema	0,28	1,37	0,62	12	15.000,00
Seropédica	0,48	1,27	0,78	10	15.000,00
Silva Jardim	0,17	1,50	0,51	8	10.000,00
Sumidouro	0,14	1,46	0,46	6	6.000,00
Tanguá	0,27	1,28	0,59	6	7.500,00
Teresópolis	0,27	1,33	0,60	13	16.250,00

MUNICÍPIOS	Índice de Necessidade Financeira	Índice de Necessidade de Saúde	Fator de Alocação (INFxINS)	Equipes Saúde Família	Valor do Repasse
Trajano de Moraes	0,08	1,49	0,34	2	2.000,00
Três Rios	0,31	1,41	0,66	21	26.250,00
Valença	0,32	1,44	0,68	6	7.500,00
Varre-Sai	0,08	1,85	0,40	3	3.000,00
Vassouras	0,25	1,43	0,59	14	17.500,00
Volta Redonda	0,14	1,11	0,39	49	49.000,00

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SESDEC Nº 189 - DE 06 DE DEZEMBRO DE 2007

APROVA OS CRITÉRIOS PARA A QUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES/EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E REGULAMENTA O REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO DE RECURSOS ESTADUAIS.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, como Gestor do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, e

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF);

CONSIDERANDO a necessidade de reorientação do modelo assistencial, centrado na Atenção Básica como coordenadora do cuidado em saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de oferecer novo modelo de atenção à saúde no modo da gestão e organização dos serviços e ações de saúde, produzindo resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida;

CONSIDERANDO que a adscrição de clientela de base territorial permite estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde com a população, possibilitando o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços;

CONSIDERANDO a obrigatoriedade de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, sempre de acordo com os critérios de necessidades de saúde;

CONSIDERANDO as diferentes realidades socioeconômicas e epidemiológicas dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro e a necessidade de avançar na organização dos Sistemas Municipais de Saúde;

CONSIDERANDO o princípio constitucional do SUS da co-participação do Estado no financiamento da atenção a saúde.

RESOLVE:

Art. 1º- Criar o Programa Saúde na Área como incentivo financeiro para os Municípios do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar as Unidades/Equipes de Atenção Básica.

Art. 2º- O incentivo financeiro estadual de que trata o artigo primeiro dar-se-á através de repasse financeiro mensal, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, para os Municípios que:

- I- apresentarem propostas de organização das Unidades de Saúde em concordância com as diretrizes e princípios da Política Nacional da Atenção Básica;**
- II- implantarem ações efetivas para o manejo dos danos de maior impacto e situações especiais do ciclo de vida, a serem definidos pela Subsecretaria de Atenção à Saúde;**
- III- possuírem Equipes de Saúde da Família informadas no Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.**

§ 1º- Para efeito de repasse estadual, as Secretarias Municipais de Saúde devem abrir conta específica, encaminhando os dados bancários à Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado da Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil.

Art. 3º- Os Municípios deverão elaborar projetos de implantação e qualificação das Unidades/Equipes de Atenção Básica, visando adequação dos processos de trabalho e da oferta de serviços de saúde às necessidades da população em seu território.

§ 1º- Os requisitos mínimos necessários para a elaboração dos projetos citados no caput deste artigo, o fluxo de adesão ao Programa Saúde na Área e o modelo de Termo de Adesão e Cumprimento de Metas, a serem obedecidos constarão do Anexo I, II e III, respectivamente.

§ 2º- O fluxo para implantação das Equipes de Saúde da Família junto ao Ministério da Saúde permanece como preconizado pela Portaria GM/MS nº 648/2006.

§ 3º- Os Municípios que tiverem Equipes de Saúde da Família informadas no SIAB e cadastradas no SCNES, anteriormente à publicação desta Resolução, farão jus ao recebimento do incentivo estadual, após apresentação do Termo de Adesão e Cumprimento de Metas, não sendo necessária a apresentação de novo projeto.

§ 4º- Os projetos de implantação que não atenderem totalmente aos requisitos constantes no Parágrafo Primeiro deste artigo deverão ser reajustados e reapresentados pelos Municípios.

Art. 4º- O valor do incentivo a ser pago por Unidade/Equipe variará segundo o quintil de posição do Município determinado pelo Fator de Alocação, que será divulgado anualmente por Resolução do Secretário.

§ 1º- O valor mensal do incentivo financeiro estadual será calculado com base no número de equipes de Saúde da Família/Atenção Básica, credenciadas e efetivamente atuantes no Município, segundo informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES e do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

§ 2º- O cadastramento das Equipes/Unidades de Saúde será feito pelos gestores municipais em consonância com as normas do SCNES e SIAB.

Art. 5º- As Equipes/Unidades de Atenção Básica deverão possuir estrutura física, recursos humanos e materiais necessários ao seu pleno funcionamento, que garantam condições satisfatórias para o desenvolvimento dos processos de trabalho, assegurando aos seus usuários e trabalhadores a promoção, proteção e prestação de assistência à saúde com qualidade, segurança e resolutividade.

Art. 6º- Os Municípios que não alcançarem as metas estabelecidas nos indicadores de acompanhamento (Anexo IV) e não atenderem às prerrogativas ora preconizadas por esta Resolução e as demais normas e diretrizes pertinentes das esferas federal e estadual, estarão sujeitos à suspensão do repasse financeiro do Estado.

§ 1º- Os critérios para suspensão do incentivo financeiro estadual são os descritos no Anexo V.

§ 2º- A Subsecretaria de Atenção à Saúde, após análise pela Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, emitirá relatório com parecer técnico fundamentando a suspensão do repasse, submetendo-o à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 3º- Após manifestação final sobre o pedido de suspensão do repasse financeiro estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá informar oficialmente à Secretaria Estadual de Saúde, através da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado.

Art. 7º- A Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado oferecerá assessoria técnica aos Municípios, com o objetivo de adequação às prerrogativas previstas nesta Resolução.

Art. 8º- Caberá a Subsecretaria da Atenção à Saúde expedir a regulamentação complementar que se fizer necessária ao cumprimento desta Resolução.

Art. 9º- Os recursos orçamentários de que trata a presente Resolução correm por conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil

Art. 10º- Em caráter excepcional, os recursos financeiros referentes às competências dos meses setembro, outubro, novembro e dezembro de 2007, poderão ser executados com base na situação atual da estratégia Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro.

Art. 11- Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 06 de dezembro 2007.

SERGIO CÔRTEZ

Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil

Anexo I

(Resolução SESDEC nº 189 de 06.12.2007)

**Requisitos mínimos necessários para a
elaboração dos projetos de
Equipes Saúde da Família e/ou Unidades de Atenção Básica:**

- **Descrição das principais características do Município: dados demográficos e geográficos, divisão político-administrativa, dados populacionais (idade, sexo, raça, escolaridade) e características sociais, econômicas e culturais.**
- **Descrição do modelo de organização e gestão do sistema de saúde local.**
- **Descrição do exercício do controle social e participação popular: existência de comissões locais de saúde, estruturação do Conselho Municipal de Saúde e dinâmica de funcionamento.**
- **CrITÉrios utilizados para a definição das áreas prioritárias para a implantação e/ou expansão das Unidades/Equipes**
- **Expressar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e apresentar as seguintes características operacionais:**
 - 1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;**
 - 2. Adscrição da população sob a responsabilidade da unidade/equipe de saúde, explicitando a proporção da população sob a responsabilidade de cada equipe;**
 - 3. A estratégia para o cadastramento da população vinculada;**
 - 4. Integralidade da assistência prestada à população adscrita;**
 - 5. Garantia da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde, com o objetivo de atender aos danos definidos de acordo com o artigo 2º desta Resolução;**
 - 6. Núcleo central de abordagem na família;**
 - 7. Abordagem e composição multiprofissional da Equipe;**
 - 8. Estímulo às ações de promoção da saúde;**

9. **Estímulo à ação intersetorial;**
 10. **Estímulo à participação e ao controle sociais;**
 11. **Educação permanente dos profissionais integrantes das equipes de saúde;**
 12. **Adesão e alimentação regular e oportuna do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS e demais bancos de dados nacionais do SUS.**
- **Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes, indicadores a serem acompanhados, forma de acompanhamento e resultados esperados.**
 - **Explicitar o cronograma de implantação e/ou expansão das Unidades/Equipes, devendo iniciar-se pela data da formação do projeto e contemplar, posteriormente, avaliação pela SESDEC, aprovação pela CIB, processo seletivo, contratação de pessoal, treinamento e capacitação dos profissionais e implantação das equipes.**

Anexo II

(Resolução SESDEC nº 189 de 06.12.2007)

Fluxo de adesão ao Programa Saúde na Área

- 1- **Aprovação do projeto de implantação e qualificação das Unidades/Equipes de Atenção Básica no Conselho Municipal de Saúde (CMS).**
- 2- **Apresentar à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil ofício solicitando adesão ao Incentivo juntamente com o projeto de implantação e expansão municipal devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.**
- 3- **Análise e emissão de parecer técnico do projeto pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil.**
- 4- **Aprovada a solicitação ao incentivo, envio do projeto e do Termo de Adesão e Cumprimento de Metas para a apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).**
- 5- **Assinatura do Termo de Adesão e Cumprimento de Metas a ser firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil e o Município interessado/beneficiado, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.**

Anexo III

(Resolução SESDEC nº 189 de 06.12.2007)

Termo de Adesão e Cumprimento de Metas

Termo de Adesão nº. _____/200____ que entre si celebram o Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, ora denominada SESDEC-RJ, e o Município de _____, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde, ora denominado Município/SMS, visando estabelecer os seguintes compromissos:

CLÁUSULA 1º- O Município/SMS solicita a sua adesão ao Programa **Saúde na Área**, conforme Deliberação da CIB-RJ nº. 370 de 25 de Setembro de 2007, publicada no DOE nº. 200, de 24 de Outubro de 2007, comprometendo-se em cumprir todo o disposto na presente Resolução e nos demais atos normativos referentes ao Programa Saúde na Área.

1.1- O Município/SMS se compromete a ampliar e fortalecer os serviços de Atenção Básica.

1.2- Para obtenção do objetivo previsto no art. 1º da presente Resolução, o Município/SMS se compromete a envidar todos os seus esforços e, principalmente, a utilizar o incentivo repassado para as Equipes de Saúde da Família e, ou Unidades de Atenção Básica.

1.3- O Município se compromete, ainda, a cumprir as metas propostas para os indicadores de acompanhamento publicados no **Anexo IV** da presente Resolução.

CLÁUSULA 2º- O Município/SMS responsabiliza-se em utilizar adequadamente o incentivo financeiro repassado e em restituir à SESDEC-RJ os recursos que não forem utilizados ou que forem utilizados de forma diversa daquela indicada na presente Resolução, sob as penas das leis civis e penais.

CLÁUSULA 3º- O Estado, através da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, se compromete a oferecer aos Municípios, além do repasse financeiro, cooperação técnica, proposição de estratégias para melhorar o atendimento à população e acompanhamento, junto às Comissões Regionais de Educação Permanente em Saúde, do processo de educação permanente dos profissionais das equipes e gestores municipais.

_____ de _____ de 200 ____.

Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

ANEXO IV

(Resolução SESDEC nº 189 de 06.12.2007)

Indicadores de acompanhamento para 2008

Indicador	Situação atual	Meta	Fonte de Informação
1 Percentual de cura de casos novos de tuberculose	62,80%	Aumentar, no mínimo, 10% do valor apresentado no ano anterior.	SINAN
2 Coeficiente de hospitalização por doença psiquiátrica	5,96/1000 hab.	Reduzir 12% do coeficiente de internação alcançado no ano anterior	SIH/SUS
3 Proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal	63,25%	Aumentar, no mínimo, 10% do valor apresentado no ano anterior.	SINASC
4 Razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária	0,12	Atingir a meta preconizada de 0,30	SISCAM /SISCOLO
5 Percentual de captação e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na população com 40 anos e mais	Em andamento	Captar 90% dos estimados da população cadastrada e acompanhar 80%	HIPERDIA PROGRAB

A SESDEC publicará anualmente, em Resolução específica, os indicadores adicionais de acompanhamento para fins de repasse do incentivo.

Anexo V

(Resolução SESDEC nº 189 de 06.12.2007)

DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS

A suspensão do repasse de recursos financeiros ficará condicionada ao não alcance de metas dos indicadores estabelecidos no Anexo IV da presente Resolução e demais normas e diretrizes pertinentes, das esferas federal e estadual, em especial as constantes da Portaria GM/MS 648/2006.

O Município permanecerá com o recurso integral se alcançar percentual igual ou superior a 90% da pontuação das metas estabelecidas na classificação. Se o Município atingir entre 70-89% da pontuação perderá 20% do recurso, entre 50-69% da pontuação perderá 40% do recurso e se não alcançar 50% da pontuação definida o recurso será integralmente suspenso.

Os pesos foram distribuídos de acordo com o objetivo de valorizar atividades consideradas como de maior relevância e para garantir uma representação para áreas identificadas como prioritárias.

Os indicadores foram agrupados em quatro faixas de desempenho, utilizando-se como critério para essa estratificação as metas estabelecidas em cada área técnica ou a análise estatística da distribuição, levando em consideração as metas atingidas nos Municípios do Estado de acordo com o quadro abaixo.

Quadro de Estratificação de Desempenho dos Indicadores de Acompanhamento

Área Programática	Indicadores	Peso	Pontuação							
			1	2	4	8				
1.GERAL	1 Percentual de cura de casos novos de tuberculose	2	< 60	>=60 e <= 74	>= 75 e <= 84%	>=85%	2	4	8	16
	2 Coeficiente de hospitalização por doença psiquiátrica	1	< 5%	5-7%	8-11%	>=12%	1	2	4	8
2.Saúde da Criança	3 Proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal	2	< 60%	60-69%	70-79%	>= 80%	2	4	8	16
3.Saúde da Mulher	4 Razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária	2	<0,12	0,13-0,19	0,20-0,29	>= 0,30	2	4	8	16
4.Saúde do Adulto/Idoso	5 Percentual de captação e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na população com 40 anos e mais	2	< 60%	60-79%	80-89%	>= 90%	2	4	8	16
Total							9	18	36	72

Quadro de Faixas de Redução e Suspensão do Recurso Financeiro

Faixa de Desempenho	Pontuação	Incentivo
=>90%	>= 64,09	100%
70-89%	50,4 -64,08	80%
50-69%	36 – 50,03	60%
< 50%	< 36	Suspensão do recurso financeiro