



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

EDSON ALVES DE MENEZES

Orientadora: Prof^ª Dr^ª FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA

RIO DE JANEIRO

Março de 2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

EDSON ALVES DE MENEZES

TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em enfermagem, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA

RIO DE JANEIRO

Março de 2011

M543 Menezes, Edson Alves de.
Territórios integrados de atenção à saúde como estratégia para implementação da política de saúde no município do Rio de Janeiro / Edson Alves de Menezes, 2011.
84f.

Orientador: Fátima Teresinha Scarparo Cunha.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Política de saúde - Rio de Janeiro (RJ). 2. Administração municipal - Rio de Janeiro (RJ). 3. Descentralização administrativa. I. Cunha, Fátima Teresinha Scarparo. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 361.6130981

Edson Alves de Menezes

**TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO como parte dos requisitos básicos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 25 de março de 2011

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Fátima Teresinha Scarparo Cunha
PRESIDENTE

Prof^º Dr Pedro Fredemir Palha
PRIMEIRO EXAMINADOR EXTERNO

Prof^ª Dr^ª Enirtes Caetano Prates Melo
SEGUNDO EXAMINADOR INTERNO

Prof^ª Dr^ª Luciana Maria Borges da Matta Souza
SUPLENTE EXTERNA

Prof^ª Dr^ª Liliana Angel Vargas
SUPLENTE INTERNA

“Localizar significa mostrar o lugar. Quer dizer, além disto, reparar no lugar. Ambas as coisas, mostrar o lugar e reparar no lugar, são os passos preparatórios de uma localização.

Mas é muita ousadia que nos conformemos com os passos preparatórios. A localização termina, como corresponde a todo método intelectual, na interrogação que pergunta pela situação do lugar”

(Heidegger)

“Sim existe um fruto para o justo, porque existe um Deus que faz justiça sobre a Terra!”

S1 58

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos bravos profissionais envolvidos com a estratégia saúde da família, na certeza que a cada dia escrevemos uma página na história da conquista da felicidade do povo brasileiro.

Celebremos a oportunidade de participar deste momento da construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS.

Aos pequenos; Gabriel Sousa, Danilo Alves, Manuela Menezes, Miguel Oliveira e Maria de Fátima Oliveira, meus queridos sobrinhos. Agora pequenos em tamanho, mas grandes em potencial. Não passarão neste mundo sem deixar seus nomes gravados na história.

À noite quando eu e o computador solitário na leitura, ele por vezes me pedia um carinho e naquele instante eu sorria e me distraia fazendo um afago em seus pelos e sua barriga. Ele não está mais presente neste mundo, mas se a condição para ser anjo é ter feito alguém feliz, com certeza BETHOVEN é um anjo, um belo anjo de quatro patas.

AGRADECIMENTOS

- A Fátima Teresinha Scarparo Cunha, que me ensinou que uma gota no oceano pode não parecer nada, mas sem ela o oceano não seria o mesmo. A orientadora que se tornou amiga; rimos, choramos, trocamos e discordamos, juntos nos emocionamos e nos alegramos ao som da bateria da Mocidade.
- A minha querida prima enfermeira Danielle Furtado, que vi nascer e não imaginava que iria se tornar a grande e comprometida enfermeira, e ao seu esposo Alexandre pela força que me deram neste trabalho.
- Ao meu amigo, coordenador da CAP 4, Leonardo El-Warrak e aos amigos de trabalho, Ana Aragão, Luiza, Solange e Telma, pela compreensão da ausência e amizade.
- Aos amigos gestores que acreditaram no meu potencial e me incentivaram a prosseguir: José do Valle, Maria Helena Carvalho, Victor Grabos, Marilza Fernandes, Helena Seidl, Regina Bonfim, Milta Torrez, Carlos Rubens, Mirela Giongo, Geandro Pinheiro, Carleuza Mourão, Martha Gaudie-Ley, Maria Fatima Sousa, Fatima Virginia, Luciana Borges, Vera Pacheco, Nina Prades, Marcia Reis, Marcia Costância, Leonardo El-Warrak, Daniel Soranz.
- Aos gestores que gentilmente colaboraram com a pesquisa: Daniel Soranz, Betina Durovni, João Luiz Ferreira, Anamaria Schneider, Marcia Paraiso Garcia, Mônica Coelho, Conrado Weber, Hugo Marques, Claudia Nastari, Alexandre Modesto, Leonardo El-Warrak, Tatiane Caldeira, Paula Travassos, Leila Maria Rangel.
- Aos meus amigos do curso de mestrado em especial, Edna Ferreira e Daniela Savi, pelos momentos de convívio, pelos trabalhos em grupo, pelas festas e barzinhos. Foi muito bom, é muito bom ter vocês como amigos.
- Pela vida e momentos de felicidade agradeço aos meus pais, Francisco e Lêda, a minha querida avó Hilda, a minha comadre e amiga Fátima Rosani, aos meus padrinhos Marly e Enéas, ao meu primo Woshigton, aos meus irmãos, Murilo, Viviane e Elisa, aos meus amigos, Helma(s) e Julio(s), Rick(s) e Marcello(s), Célia(s) e Leticia(s), Claudine(s) e Claudia(s), Ana(s) e Fabio(s), Vanusa(s) e Jonas(s), Mizinha(s) e Bernadete(s), Antonio(s) e Andre(s), Carla(s) e Paulo(s), Telma(s) e Antonio(s), Enirte(s) e Liliana(s), Carlinhos(s) e Madalena(s), Solange(s) e Luiza(s), Fatima(s) e Walso(s), Renato(s) e Roberto(s), Cristina(s) e Cristiane(s), Sueli(s) e Fernanda(s), Rafael(s) e Rita(s), Itana(s) e Kátia(s), Marcia(s) e Geraldo(s), Fernando(s) e Sirlene(s), Junior(s) e Guto(s), Vilma(s) e Margarida(s), Rosa(s) e Vera(s), Marly(s) e Cida(s) e Edna(s) e tantos mais Maria(s) e Jose(s) que estiveram, estão e estarão presentes nesta história de vida.

RESUMO

Este estudo investigou a formulação da política de saúde dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, denominados TEIAS. Trata-se de uma proposição da atual gestão (2009-2012) do SUS municipal do Rio de Janeiro. Os objetivos da pesquisa são (1) reconhecer os elementos constitutivos da fase de formulação dos TEIAS, na perspectiva dos gestores, das instâncias centralizada e descentralizada do SUS do município do Rio de Janeiro e (2) analisar as potencialidades e as limitações do desenho dos TEIAS para desenvolver a política pública de saúde inscrita na Constituição Federal de 1988. Estudo descritivo de caráter exploratório com abordagem qualitativa cujo cenário da pesquisa foi a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Os sujeitos da pesquisa foram os gestores da SMSDC-RJ com amostra intencional. As técnicas de investigação utilizadas foram entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e análise de documentação. Com o uso do *software* Atlas.ti 6.0 e de suas ferramentas criou-se um banco de dados e procedeu-se a codificação das falas com base nas categorias de análise. Da análise, emergiram quatro temas: Sistema de Saúde do Município do Rio de Janeiro; Garantia do Direito à Saúde; Constituição da Rede de Atenção à Saúde e as Influências no SUS do município do Rio de Janeiro. O tema Sistema de Saúde do Município do Rio de Janeiro dividiu-se em dois sub-temas: A Oferta de Serviços de Saúde em Rede e Gestão do Sistema de Saúde Descentralizado. Sobre a oferta de serviços de saúde em rede, verificou-se que o descompasso entre a limitada oferta de atenção básica e a oferta de assistência hospitalar, o que dificulta o desenho de uma rede de atenção à saúde integral e equânime. Quanto à gestão do sistema de saúde descentralizado, percebeu-se que a atual gestão da SMSDC-RJ visa implantar um planejamento participativo e uma gestão descentralizada para as CAPs afim de organizar uma rede de cuidados baseada na produção social da demanda. A Garantia do Direito à Saúde aparece como um princípio que não tem sido cumprido porque a configuração do sistema de saúde reforça a desigualdade territorial de acesso. Na análise da constituição da rede de atenção à saúde destaca-se que, ao longo do tempo, a gestão não se caracterizou por adotar práticas participativas e integradas de construção da sua rede de saúde. A respeito das influências no SUS do Rio de Janeiro, o município assume o método TEIAS motivado pelo projeto Mais Saúde que significaria o repasse de recursos para investimentos na área de saúde. Entretanto, o investimento esperado não se realizou na totalidade. A realização desta pesquisa nos possibilitou ver que há mudanças em curso na gestão do SUS municipal. A saúde ainda é apresentada como um tema potencial para a indução ao voto em eleições, porém a atual gestão da SMSDC-RJ incorpora este elemento político como um indicador que tem peso relativo na tomada de decisões,

possibilitando avançar no projeto de implementação dos princípios constitucionais para a saúde, fundamentado na expansão da atenção primária.

Palavras chave: Territorialidade, Administração Municipal, Política de Saúde, Descentralização

ABSTRACT

This study investigated the formulation of health policy Territories Integrated Health Care, known as TEIAS. This is a proposition of the current administration (2009-2012) SUS Municipal Rio de Janeiro. The research objectives are (a) recognize the components of the formulation phase of TEIAS, the perspective of managers, centralized and decentralized bodies of the SUS in the city of Rio de Janeiro and (2) to analyze the potential and limitations of the design of TEIAS to develop public health policy inscribed in the Constitution of 1988. This descriptive exploratory qualitative approach with the scenario for which the survey was the Municipal Health Department and Civil Defense of Rio de Janeiro. The study subjects were managers SMSDC-RJ with purposive sampling. The investigative techniques used were semi-structured interviews, focus groups and analysis of documentation. Using the software Atlas.ti 6.0 and its tools created a database and proceeds to the speech coding based on the categories of analysis. From the analysis, four issues: Health care system in the city of Rio de Janeiro; Guarantee the Right to Health; Constitution network of health care in the SUS and the influences of the municipality of Rio de Janeiro. The theme of the Health System of the City of Rio de Janeiro was divided into two sub-themes: The Provision of Health Services Network and System Management of Decentralized Health. On the provision of health services in the network, it was found that the gap between the limited supply of primary care and the provision of hospital care, which complicates the design of a network of comprehensive health care and equitable. For the management of decentralized health system, it was noted that the current management of the RJ-SMSDC objective is to implement a participatory planning and decentralized management to the CAPs in order to organize a network of social care based on production demand. Guarantee the right to health appears as a principle that has not been completed because the configuration of the health system reinforces the inequality of land access. In analyzing the constitution of the network of health care is emphasized that, over time, management was not characterized by adopting participatory practices and the construction of its integrated health network. Regarding influences on SUS in Rio de Janeiro, the city assumes the method TEIAS motivated by the project "MORE HEALTH" would mean the transfer of resources for investment in health. However, the expected investment is not made in full. This research enabled us to see that there are ongoing changes in local SUS management. Health is still presented as a potential topic for induction to vote in elections, but the current management SMSDC RJ-enters this political element as an indicator that has relative weight in decision making, enabling progress

in the implementation project of constitutional principles health, based on expansion of primary care.

Keywords: Territoriality, Municipal Management, Health Policy, Descentralizacion

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Modelo de Múltiplos Fluxos aplicado à análise da proposição do TEIAS no município do Rio de Janeiro..... | 29 |
| Figura 2 – Organização da rede de serviços de saúde proposta por Dawson (1920)..... | 35 |
| Figura 3 – Mapa da divisão territorial das coordenações de saúde..... | 47 |
| Quadro 1 – Estrutura organizacional da SMSRJ, 1988..... | 40 |
| Quadro 2 – Estrutura Organizacional da SMSDC-RJ, 2009..... | 41 |
| Quadro 3- Principais decretos de conformação dos limites administrativos na cidade do Rio de Janeiro..... | 48 |

LISTA DE SIGLAS

ANMR – Associação Nacional de Médicos Residentes

APs – Áreas de Planejamento

CAPs – Coordenações de Áreas de Planejamento

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CMS – Centros Municipais de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

COPLAN – Comissão do Plano da Cidade

EDC – Entrevista Descentralizada

EGF – Entrevista Grupo Focal

ENC – Entrevista Nível Central

ENSP/ABRASCO – Escola Nacional de Saúde Pública/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ESF – Estratégia Saúde da Família

FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos

HU – Unidade Hermenêutica

IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPP – Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos

MS – Ministério da Saúde

OGU – Orçamento Geral da União

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não-Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PDT – Partido Democrático dos Trabalhadores

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPA – Plano Plurianual

PSF – Programa Saúde da Família

PROESF – Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família

RAs – Regiões Administrativas

SIAP – Superintendência de Integração das Áreas de Planejamento

SILOS – Sistema Local de Saúde

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro

SMSRJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

TEIAS – Territórios Integrados de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 – INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 – PROBLEMATIZAÇÃO | 18 |
| 3 – OBJETIVOS | 23 |
| 4 – JUSTIFICATIVA | 24 |
| 5 – POLÍTICAS PÚBLICAS | 26 |
| 5.1 – ESTRUTURA TEÓRICA EXPLICATIVA DA ANÁLISE..... | 29 |
| 5.1.1 – Modelo de Múltiplos Fluxos para a Análise da Política de Saúde..... | 29 |
| 5.1.2 – Limitações do Estudo e do Modelo de Análise..... | 30 |
| 5.2 – O SUS ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE..... | 31 |
| 5.3 – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE..... | 33 |
| 5.4 – O SUS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO..... | 37 |
| 5.4.1 – A Opção pelo ESF..... | 42 |
| 5.4.2 – A Estrutura Geopolítica do Município do Rio de Janeiro para a Gestão da Saúde..... | 46 |
| 6 – METODOLOGIA | 50 |
| 6.1 – TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS..... | 50 |
| 7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO | 55 |
| 7.1 – SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO..... | 55 |
| 7.1.1 – A Oferta de Serviços de Saúde em Rede..... | 56 |
| 7.1.2 – A Gestão do Sistema de Saúde Descentralizado..... | 58 |
| 7.2 – GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE..... | 60 |
| 7.3 – CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE..... | 63 |
| 7.4 – INFLUÊNCIAS NO SUS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO..... | 68 |
| 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| 9 – REFERÊNCIAS | 75 |
| APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 78 |
| APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevista..... | 81 |
| ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 84 |

1 – INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado (TEIXEIRA; PAIM; VILABOAS, 1998).

Para Paim (1992), o processo de municipalização, na medida em que venha a significar uma efetiva redefinição de funções e competências entre os níveis de governo do SUS, implica a constituição de sistemas municipais de saúde nos quais se podem identificar o modelo de gestão e de atenção à saúde ou modelo assistencial.

Acredita-se que vivemos um momento ímpar no município do Rio de Janeiro porque as políticas municipal, estadual e nacional estão em sintonia proporcionando, assim, condição mais favorável para formulação de políticas, mais democráticas e equânimes.

O processo de descentralização da gestão do sistema de saúde, em curso no Brasil, coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados. A pluralidade de contextos vivenciados por nossos municípios e regiões exige que desenhemos políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas da população, presente em cada localidade brasileira. A partir da descentralização da gestão para os municípios surge a necessidade de garantir maior autonomia às áreas programáticas na finalidade de reconhecer o território como o espaço em que o evento acontece e otimizar os recursos de saúde (RIO DE JANEIRO, 2009).

Este projeto pretende investigar o processo de formulação da política de saúde proposta pelo município do Rio de Janeiro na construção de sua rede de atenção à saúde através da metodologia dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, denominados TEIAS, a fim de contribuir com os debates e estudos realizados sobre essa temática e influenciar no fortalecimento do SUS.

Este projeto tem por objeto de estudo a estratégia que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro adotou para assegurar o desenvolvimento da política pública de saúde

constitucional no território do município. Por estratégia estamos nos referindo à construção de uma rede de atenção à saúde integral, hierarquizada e equânime por meio da metodologia denominada TEIAS.

2 – PROBLEMATIZAÇÃO

A gestão do SUS municipal do Rio de Janeiro para os próximos quatro anos propõe a implantação de TEIAS, cuja metodologia fundamenta-se no planejamento estratégico participativo. Tal proposta visa promover a gestão de excelência no setor público de saúde, no qual as ações estejam balizadas: pela visão sistêmica do processo; pelo aprendizado organizacional; pela pró-atividade e agilidade; pela inovação, liderança e constância de propósitos; pela visão de futuro com foco no cidadão, com responsabilidade social e gestão fundamentada em fatos, valorizando as pessoas (profissionais), com a abordagem voltada para os processos e, principalmente, orientada para obtenção de resultados (RIO DE JANEIRO, 2009).

Esse documento, norteador, supracitado, assume e induz um “sistema de gestão criativa”, no qual a prática de avaliação ocorra considerando as três dimensões da ação governamental: efetividade, eficácia e eficiência. O objetivo de TEIAS consiste em construir um modelo de gestão capaz de integrar práticas de gerenciamento orientado pelo compromisso público com os cidadãos.

Nesse ponto, é importante assinalar a compreensão de “eficiência” como fazer as tarefas de modo adequado, resolver problemas, salvaguardar recursos, cumprir o dever e reduzir os custos; a “eficácia” como fazer corretamente, produzir alternativas criativas; maximizar a otimização dos recursos e a obtenção dos resultados; e de “efetividade” como capacidade de manter no ambiente (sustentabilidade) e apresentar resultados positivos ao longo do tempo (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 7).

A literatura revela que as últimas décadas registraram a importância da produção científica sobre o tema das políticas públicas, assim como das instituições, regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação (SOUZA, 2007).

No atual contexto, há novo eixo estratégico de gestão do SUS municipal do Rio de Janeiro (2009-2012), com proposta que resgata a trajetória de construção de um sistema de saúde que prioriza a atenção básica como diretriz potencial para re-organização do sistema. Portanto, interessa-nos estudar a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis na política de saúde que são os TEIAS.

Entende-se por políticas públicas, segundo Mead *apud* Hochman; Arretche; Marques (2007), um campo dentro do estudo da política que analisa o governo a luz de grandes questões públicas e como políticas sociais àquelas que tomam o processo apenas como pano

de fundo e se concentram nas conseqüências da política, ou seja, o que a política faz ou fez. A política pública e a política social são campos multidisciplinares e holísticos.

A definição dos territórios integrados de saúde recompõe as Áreas de Planejamento (APs) do município do Rio de Janeiro como instâncias de formulação e implementação de políticas de saúde. As Coordenações de Área de Planejamento (CAPs), que exercerão a gestão das APs sanitário, devem ser agentes da melhoria das condições de vida nos territórios sobre sua responsabilidade sanitária, buscando superar o papel de escritórios da burocracia municipal.

Isto pode significar, também, mudança na lógica de gerenciamento dos vários serviços municipais da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. As APs serão pólos nucleadores da “prestação de serviços” das várias secretarias e exercerão a integração regional das ações setoriais que acontecem nas regiões. Em outros termos, significa redistribuir atribuições e competências de uma entidade administrativa para outra, com definição de um novo modelo jurídico-administrativo para a Prefeitura. Caberá às CAPs tomar decisões, o que, por sua vez, implica na implementação de um sistema de planejamento capaz de articular duas instâncias: o nível central (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro – SMSDC-RJ) e as próprias CAPs.

Alguns critérios gerais podem balizar a definição dos territórios e sua delimitação física:

- Respeitar as barreiras físicas (grandes rios, vias expressas, lagoas, montanhas e matas) que possam constituir restrições à rápida circulação por todo o território da região.
- Procurar equilibrar a distribuição da população das áreas a serem territorializadas.
- Consolidar regiões polarizadas, por algum centro urbano reconhecido pela população, como ponto de referência e local de atendimento das necessidades cotidianas de comércio, serviços, informações e relações com o governo municipal.
- Procurar reunir em um mesmo território áreas com especificidades (distritos industriais, aglomerados subnormais,...).
- Compatibilizar os territórios com os limites dos bairros e com a divisão geopolítica do município.

É evidente que a decisão em “territorializar as áreas de planejamento” expõe uma questão política na relação com a população, que é ter o seu bairro/localidade reconhecido pelo governo como “merecedor” de um olhar diferenciado. Neste sentido, esta decisão não

está isenta do enfrentamento de disputas políticas. Segundo Kingdon, 2003 *apud* Hochman (2007), as ideias que prevalecem sobre o conjunto de outras, muitas das vezes, têm mais a ver com uma visão consensual de uma comunidade política a respeito de uma proposta, do que a opinião dos grupos de pressão.

Cientistas políticos estão acostumados a conceitos como poder, influência, pressão e estratégia. No entanto, se tentarmos compreender as políticas públicas somente em termos desses conceitos, deixamos de entender muita coisa. As ideias, longe de serem meras desculpas ou racionalizações, são partes integrais do processo decisório dentro e em torno do governo (KINGDON, 2003, p. 125).

Desta maneira, conforme Hochman (2007, p. 92), o fluxo de políticas produz uma lista restrita de propostas, na qual algumas ideias prevalecem a partir de sua relevância no processo decisório. Com o múltiplo fluxo, o processo de formulação de políticas está mais próximo do campo das ideias - da argumentação e da discussão - do que de técnicas formais de soluções de problemas (op. cit.).

Por fim, observa-se que o fluxo da dimensão da política propriamente dita tem sua própria dinâmica e regras que independem do reconhecimento dos problemas ou das alternativas. Esse fluxo está relacionado com o clima nacional e algumas ideias podem ser favorecidas pelo humor nacional ou não. Outro elemento que compõe esse fluxo diz respeito às forças políticas organizadas exercidas, principalmente, pelos grupos de pressão; e o terceiro fator refere-se às mudanças na chefia de órgãos de administração pública.

No SUS, o controle social é uma instância deliberativa que compõe a gestão do sistema e constitui um grupo de pressão, o qual tem como papel atuar no processo de escolha da agenda política da SMSDC-RJ.

A territorialização supõe, ainda, discutir alguns rumos do desenvolvimento urbano das APs. Dentre os critérios de priorização das APs, a alta densidade populacional de uma localidade não indica, imediatamente, sua constituição como um território integrado de atenção à saúde. Tal análise supõe o conhecimento das polarizações no desenvolvimento urbano da região, que refletem fluxos, áreas homogêneas e heterogêneas. No trato dessa questão, podem ser criados territórios, não só pela densidade, mas pelo significado potencial das localidades.

Outra questão relevante na territorialização no município do Rio de Janeiro é a área dos grandes aglomerados subnormais – as favelas, por sua especificidade - o que nos leva a questionar se é viável e factível constituir um território. Faz-se necessário acrescentar o

quanto a ausência de sintonia na divisão territorial é motivo de transtorno para o cidadão, assim como os fluxos que a administração pública o obriga a seguir.

Por fim, cabe destacar que a territorialização possibilita a aproximação das decisões do poder público com a população, ou seja, favorece a criação efetiva de canais de comunicação com a população, de tal forma que esta participe das decisões. Todas as ações terão como base o território, no qual se constituem as relações entre o gestor do SUS, o controle social, os demais órgãos públicos, as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e o setor privado. Ou seja, a territorialização envolverá todos os atores, institucionais ou não, públicos e privados, que possam contribuir para a dinâmica de constituição e manutenção de TEIAS. Deste modo, o território ganha identidade, não em si mesmo, mas pela coletividade que nele vive e o produz. Essa aproximação proporciona a identificação da população, o planejamento local de ações de saúde e a interação do serviço de saúde com a população.

Esse arranjo nos remete ao conceito híbrido de governança local, que busca articular elementos de governo local com os de poder local (GOHN, 2004). Nos debates sobre a governança local destaca-se uma ideia central: existe uma nova qualidade nas relações povo/governo dada pelas virtualidades atribuídas à esfera pública, porque esta esfera insere representantes da sociedade civil organizada nos locais onde se discutem e produzem políticas públicas. Mas a relação dessas novas esferas com o sistema político propriamente dito ainda é cercada de muitas polêmicas. Isso se reflete, na prática, nas diferentes concepções e atribuições nomeadas aos conselhos gestores e aos conselhos de representantes, por exemplo. (GONH, 2004).

Cumprir com este compromisso, porém, não é uma tarefa meramente técnica de estabelecer novos perímetros geográficos na região das APs, superando as irracionalidades existentes, até porque, hoje, na cidade do Rio de Janeiro não existe coerência entre os próprios órgãos municipais quanto aos critérios de regionalização ou setorização das suas áreas de atuação.

É necessário debater, ainda, o monitoramento e a avaliação de uma política, desde sua formulação à implantação/implementação. A alimentação e o acompanhamento dos sistemas de informação são requisitos fundamentais para avaliação da situação de saúde e do desempenho dos serviços.

A produção de informações para o planejamento e a gestão, o que inclui o monitoramento, controle e avaliação do sistema, exige dados fidedignos. Infelizmente, a cultura da informação ainda é incipiente, mas há grande potencial para a mudança dessa situação, especialmente, com o comprometimento dos gestores nesse processo.

Segundo Rodrigues e Santos (2008), os sistemas de informação e comunicação são indispensáveis para que uma rede de ações e serviços de saúde possam efetivamente funcionar. O SUS ainda não se configura como um sistema integrado, na maior parte do país, ainda falta sistemas de informação, logística e comunicação, além de órgãos de planejamento e controle capazes de gerir de forma eficiente a rede de ações e serviços públicos de saúde.

Desta maneira, considerando a diretriz da regionalização e o processo de territorialização apontados pelo SUS, para fortalecimento das ações e serviços de saúde, se percebe a necessidade do acompanhamento analítico do processo de formulação da política de territorialização que está em implantação na cidade do Rio de Janeiro.

3 – OBJETIVOS

a) Reconhecer os elementos constitutivos da fase de formulação dos TEIAS na perspectiva dos gestores, das instâncias centralizada e descentralizada do SUS do município do Rio de Janeiro.

b) Analisar as potencialidades e as limitações do desenho dos TEIAS para desenvolver a política pública de saúde inscrita na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

4 – JUSTIFICATIVA

A organização da produção do cuidado baseia-se em modelos e protocolos pré-estabelecidos, que não se sustentam nas necessidades do usuário e do sistema de saúde. Muitas das vezes, o modo de gestão tenta resolver as necessidades institucionais e/ou baseia-se em agregados sócio-epidemiológicos que não se fundamentam na realidade.

Sem perceber, as instituições reproduzem este modelo que não privilegia o diálogo e a análise sócio-epidemiológica local, estabelecendo, desta forma, um desenho distorcido de planejamento do cuidado. Em decorrência, não contempla as necessidades dos usuários do sistema de saúde e leva à desmotivação dos profissionais, que, freqüentemente, se deparam com momentos de desgaste no processo de trabalho e resultados, mostrando que o sistema não é resolutivo em todos os níveis de atenção à saúde.

Planejar um sistema de gestão do cuidado e da atenção à saúde que venha a atender às necessidades dos usuários, em todos os níveis, dentro de um território composto por regiões e/ou macro-regiões auto-suficientes é a proposta do plano de gestão da SMSDC-RJ (RIO DE JANEIRO, 2009), por meio da metodologia dos TEIAS.

Esse processo depende, primordialmente, da reorganização dos territórios, denominados hoje como APs, através do estudo de suas potencialidades e da reestruturação da rede sob sua responsabilidade que integra o SUS municipal. A base para essa nova estrutura é a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em outras palavras, é preciso romper paradigmas e construir possibilidades a partir de dados fidedignos, levando em consideração a realidade sócio-cultural-epidemiológica local através da elaboração de um plano de ação direcionado pela metodologia do planejamento estratégico participativo.

A criação da Superintendência de Integração das Áreas de Planejamento (SIAP), órgão da SMSDC-RJ, está no centro dessa discussão, pois se coloca como iniciativa inovadora para a integração das estruturas de saúde pública existentes no município do Rio de Janeiro. Desta maneira, o plano formulado pela SIAP se propõe como modelo de referência de gestão na saúde pública. (RIO DE JANEIRO, 2009).

Segundo Testa (1992), o planejamento normativo é um procedimento que tende a fixar normas de conteúdo racional, consistentes entre si, referentes a um momento futuro em que as metas quantificadas e situadas, temporal e espacialmente, não são confrontadas com nenhuma opinião contra elas. O plano, em seu conjunto, não tem oponente e o planejador é um técnico

a serviço do político que trabalha em um escritório de planejamento e faz parte do governo.

Contraopondo-se a esse caráter normativo, o planejamento estratégico, aplicado na construção dos TEIAS, não procura estabelecer normas, mas desencadeia um processo permanente de discussão e análise dos problemas sociais que leva a propor metas necessariamente conflitivas, porque se referem à interesses de grupos em luta, cada qual com planos próprios. Nesse processo, o planejador faz parte de uma força social, na qual o objetivo do planejamento está inscrito no marco da luta pelo poder.

O enfoque estratégico de planejamento em saúde pode ser entendido como formulações com a normatividade de um “deve ser” que se impõe sobre a realidade. Nestas, propõem-se processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade a cada ação realizada. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema, na qual se almeja, enquanto parte do processo de planejamento, a análise e a construção da viabilidade política (GIOVANELLA, 1990).

A gestão pública, como instrumento de ação política, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática. É fundamental que empenhemos esforços na qualificação dos processos de gestão, melhorando o rendimento e a efetividade da administração pública, de forma a conseguir implementar políticas que impactem positivamente o perfil da Saúde e a qualidade de vida das populações (RIO DE JANEIRO, 2009).

Acredita-se, portanto, que o desenvolvimento deste estudo pode contribuir como ferramenta analítica e avaliativa para a construção de práticas democráticas de gestão da política pública de saúde.

5 – POLÍTICAS PÚBLICAS

Política pública é o campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o “governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no seu rumo ou curso. Não há uma única definição de política pública. Estudos de política pública e política social constituem um campo multidisciplinar, mas seus objetivos e focos são diferentes. Nesse sentido, é necessário explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2007).

A formulação de políticas públicas é o estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. Políticas públicas, depois de desenhadas e formuladas, se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e grupos de pesquisa (SOUZA, 2007).

[Kingdon] considera políticas públicas como um conjunto formado por quatro processos: estabelecimento de uma agenda de políticas públicas; consideração das alternativas para formulação de políticas públicas, com base nas escolhas que serão realizadas; a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e, finalmente, a implementação da decisão (KINGDON, 2003 *apud* CAPELLA, 2007, p. 88).

O que diferencia um estudo de uma política pública de uma política social? É o foco. Estudos de política pública concentram-se no processo e em responder às questões como “por quê?” e “como?”. Estudos sobre política social focalizam as questões que a política busca “resolver”, os problemas da área e seus resultados (o que a política fez ou faz) (SOUZA, 2007).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004).

Uma política pública é formulada para dar conta de um problema que foi considerado e priorizado por uma agenda governamental. Ainda de acordo com Kingdon (*apud* CAPELLA, 2007), a agenda governamental é definida como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em um determinado

momento. Uma série de questões desperta o interesse dos formuladores de políticas, mas apenas algumas são realmente consideradas e compõem “agenda decisional”.

Dado o grande volume de decisões e a incapacidade de lidar com todas as questões ao mesmo tempo, a atenção dos formuladores de políticas depende da forma como eles as percebem e as interpretam e, mais importante, da forma como elas são definidas como problemas (CAPELLA, 2007).

No momento em que as questões se configuram como problemas, a necessidade de ação se dá por três mecanismos básicos: 1) indicadores; 2) eventos, crises e símbolos e 3) *feedback* das ações governamentais (CAPELLA, 2007).

Os indicadores, por si só, não determinam o problema, mas orientam a existência de uma questão. Os eventos, crises e símbolos podem voltar à atenção para um problema que adquire magnitude. Esses eventos, no entanto, raramente são capazes de elevar um assunto à agenda e geralmente atuam no sentido de reforçar a percepção preexistente de um problema.

Por fim, o *feedback* faz menção ao monitoramento das ações e dos gastos que pode ressaltar a existência de um problema. Entretanto, sabe-se que o problema é uma construção social envolvendo interpretações. Problemas não são meramente as questões ou os eventos externos: há também um elemento interpretativo que envolve percepção. Portanto, as questões podem se destacar entre os formuladores de políticas, transformando-se em problemas, para posteriormente alcançar a agenda governamental (KINGDON *apud* CAPELLA, 2007).

Por outro lado, temos as alternativas e as soluções possíveis para o problema identificado. Para Kingdon (*apud* CAPELLA, 2007, p. 91) “as pessoas não necessariamente resolvem problemas [...] em vez disto, elas criam soluções e, então, procuram problemas para os quais possam apresentar soluções”.

Geralmente, os formuladores de políticas optam pela solução de problemas que sejam viáveis com relação ao custo e sob a ótica técnica.

No processo de seleção descrito, quando uma proposta é percebida como viável, ela é rapidamente difundida, ampliando a consciência dos atores sobre uma determinada ideia (CAPELLA, 2007).

As diversas instâncias dos fóruns - compostos por profissionais, gestores, pesquisadores e usuários - de discussão das ideias possíveis validam algumas em detrimento de outras, de modo que o poder decisório legitime uma política pública.

Entende-se, diante do referido por Capella (2007), que o “clima nacional” do momento da formulação da proposta é caracterizado por uma situação na qual diversas pessoas compartilham as mesmas questões.

O que pode também influenciar o processo de formulação de uma política é o fluxo estabelecido pelas forças políticas organizadas dos grupos de pressão. Os formuladores de políticas observam se o momento é propício para determinada política de acordo com o apoio ou oposição, através da visualização do consenso ou conflito na arena política.

Para Capella (2007), outro fator importante que pode afetar a agenda diz respeito às mudanças do próprio governo. O início de um novo governo é, segundo Kingdon (*apud* CAPELLA, 2007), o momento mais propício para mudanças na agenda.

Em determinadas circunstâncias, estes três fluxos – problemas, soluções e dinâmica política – são reunidos, gerando uma oportunidade de mudança na agenda. Nesse momento o problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas tornam o momento propício para mudança, permitindo a convergência entre os três fluxos e possibilitando que questões ascendam à agenda (CAPELLA, 2007, p. 95).

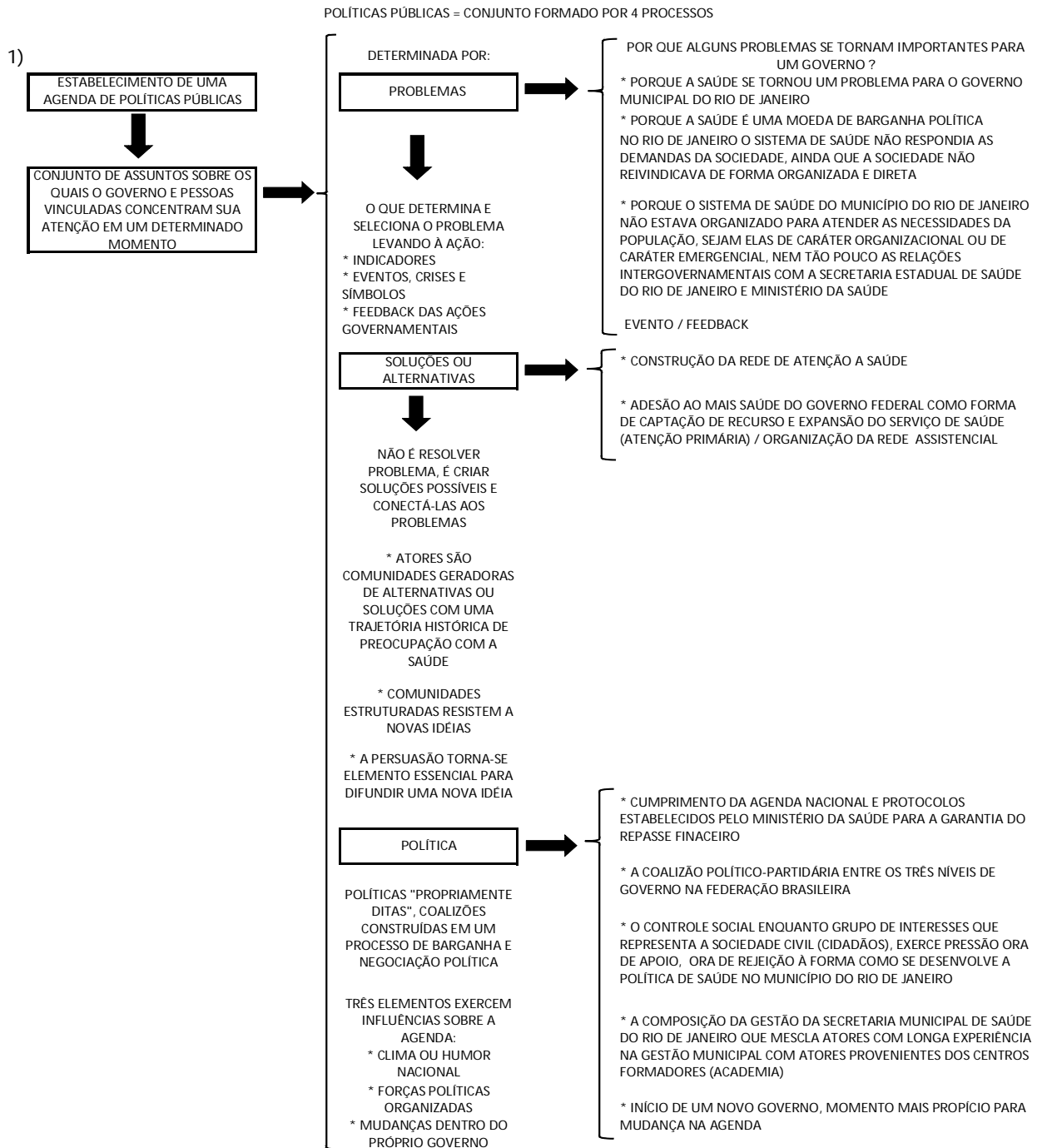
A formulação do SUS deu-se a partir da organização do movimento de reforma sanitária, que significou no país a descentralização de atividades diretas de prestação de serviços, ficando ainda sob a coordenação do Governo Federal as regras de distribuição dos recursos (HOCHMAN; ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Neste estudo, optou-se por analisar os dados obtidos com base nos elementos do Modelo de Múltiplos Fluxos – *Multiple Streams Model* (2003) - por considerar-se que esses elementos se apresentavam no contexto de inovações propostas pela gestão da SMSDC-RJ no período 2009-2012.

5.1. – ESTRUTURA TEÓRICA EXPLICATIVA DA ANÁLISE

5.1.1 – Modelo de Múltiplos Fluxos para a Análise da Política de Saúde

MODELO DE MÚTIPLoS FLUXOS (JOHN KINGTON - 2003) PARA ANÁLISE DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (GESTÃO 2009 - 2012) - BASEADO EM CAPELLA



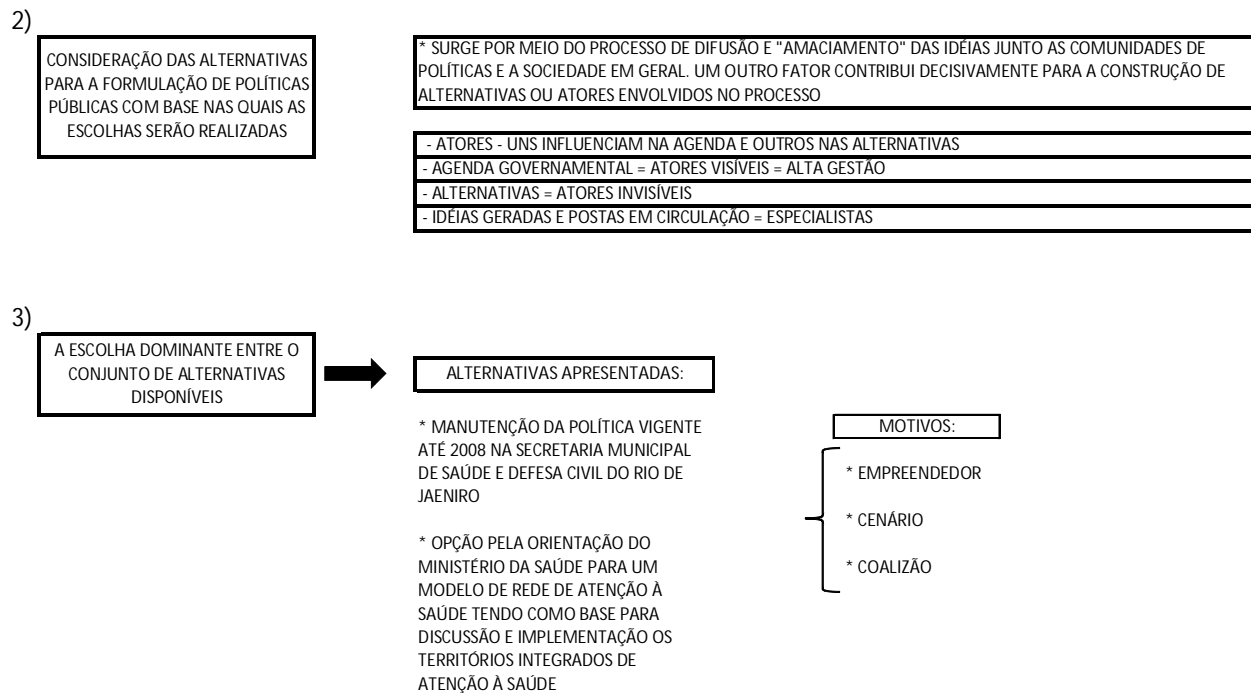


Figura 1 Modelo de Múltiplos Fluxos aplicado à análise da proposição dos TEIAS no município do Rio de Janeiro.

5.1.2 – Limitações do Estudo e do Modelo de Análise

As limitações do presente estudo residem na aplicação do modelo de Kingdon (2003) para discutir os elementos que induziram a gestão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012 e a gestão do SUS a assumirem a escolha dos TEIAS como método ou caminho para implementar a política pública de saúde inscrita na CF/88 no âmbito municipal, no momento em que o método foi aplicado para análise de políticas nacionais. Além disso, entende-se que a política de saúde em si estava definida: o SUS, a inovação é percebida como o movimento que o Governo Municipal fez em direção aos históricos problemas de saúde enfrentados com respostas descontínuas, isoladas, dispersas, enfim, que não provocavam significativa mudança nas condições de vida e saúde de grandes parcelas da população. O estudo da escolha pela territorialização - a ser desenvolvida sob um planejamento participativo como meio para estabelecer as conexões entre ações e serviços de saúde, configurando uma rede de atenção à saúde no território do Rio de Janeiro - se mostrou possível com base nos três fluxos do Modelo de Múltiplos Fluxos: problemas, soluções ou alternativas e política.

O Modelo de Múltiplos Fluxos recebeu críticas por romper com os modelos de escolhas tradicionais e normativos e assumir uma lógica contingencial. “Complexidade, fluidez e falta de clareza são caracterizações apropriadas da formulação da política no nível nacional” (ZAHARIADIS, 1999 *apud* CAPELLA, 2007, p. 105).

o “Modelo de Múltiplos Fluxos”, desenvolvido por John Kingdon, foi aplicado para analisar as políticas públicas nas áreas de saúde e transportes do governo federal norte-americano e preocupa-se com os estágios pré-decisórios: a formação da agenda e as alternativas para a formulação de políticas públicas (CAPELLA, 2007, p. 88).

Outra crítica, diz respeito à estrutura do modelo ou a sua ausência, o que leva a “um tipo de explicação que caminha por entre uma sucessão de eventos fortuitos e aleatórios, além de tornar o modelo inviável para a previsão de mudanças na agenda” (MUCCIARONI, 1992 *apud* CAPELLA, 2007, p. 106).

As mudanças na agenda resultam da junção dos três fluxos, o que ocorre quando “janelas se abrem” a partir dos fluxos de problemas e políticas. As críticas referem-se à visão de que os três fluxos são independentes (MUCCIARONI, 1992 *apud* CAPELLA, 2007). Por fim, Mucciaroni (1992 *apud* CAPELLA, 2007) levanta a questão da necessidade de incorporar a dimensão institucional no modelo proposto por Kingdon (2003).

5.2 – O SUS ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Para entender como a saúde é assegurada na CF/88, nos artigos 196 e 198, e como o SUS se torna a maior política de inclusão social do país se faz necessário realizar um retrospecto na história das políticas de saúde no Brasil, principalmente no período pós-república.

A partir da Lei Eloi Chaves, 1923, foi criado o sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões, que ofereciam benefícios tais como assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, pensões para dependentes dos empregados e auxílio funeral. O direito aos benefícios era vinculado à contribuição financeira do empregado do mercado formal. Os primeiros trabalhadores a aderirem o sistema das Caixas foram os ferroviários seguidos pelos estivadores. Data desta mesma época a criação dos centros de saúde no Brasil, sendo o primeiro implantado no Rio de

Janeiro, em Inhaúma, no ano de 1923.

Na década de 30, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram incorporadas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

A maior autonomia relativa do poder central e o controle social fazem com que o Estado promova um conjunto de medidas integradas, dirigidas às questões sociais e elabore o que chamaríamos, hoje, de Políticas Sociais.

Acentua-se neste período a redução da autonomia dos estados com a destruição do excesso de federalismo da Primeira República (BRASIL, 2005). Podemos identificar este processo, no plano da política de saúde, com a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde, constituído pelos departamentos da educação e da saúde.

Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde incorpora vários serviços de combate às endemias e assume o controle técnico em saúde pública, institucionalizando, também, as campanhas sanitárias (BRASIL, 2005).

Na metade dos anos 50, a ideologia desenvolvimentista acreditava que fosse possível vencer a pobreza e que as doenças desapareceriam. No entanto, o que se viu foi a concentração da renda e piora da condição de saúde da população. Nesse mesmo período, foi criado, em 1953, o Ministério da Saúde (MS) a partir do desmembramento do então Ministério da Educação e Saúde.

Sabe-se que, em 1961, foi regulamentado o Código Nacional de Saúde, criado pela Lei nº. 2.312/54. Ele atribuía ao MS a atuação na regulação de alimentos; estabelecimentos industriais e comerciais, pessoal; veículos e na distribuição; na propaganda comercial e no controle de resíduos.

Na década de 60, desencadeia-se a fase aguda da crise do sistema nacional de saúde. De um lado, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana para ampliação e melhoria dos serviços. De outro, a expansão do atendimento à saúde pública colidia com a escassez financeira do Estado. Neste contexto, em 1966, houve unificação dos institutos previdenciários, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A tentativa de reestruturação do setor se dá através do movimento de reforma da Medicina Previdenciária que relegou para segundo plano as ações de saúde pública. Com a persistência da crise, em 1977, ocorre um movimento burocrático administrativo que tenta reordenar o sistema. Cria-se, então, o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), congregando o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o

INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esta estrutura manteve-se até o advento da CF/88, que definiu o conceito de Seguridade Social, abrangente e universal, resultado da combinação de direitos individuais e coletivos, ou contribuintes e cidadãos, integrando padrões distintos de financiamento, baseados em impostos e contribuições sociais e recursos de dois orçamentos, do Orçamento Geral da União (OGU) e do Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Diante do movimento de reforma sanitária da saúde e da intensa participação da sociedade organizada, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foi consolidada uma nova proposta para o sistema de saúde, que se constituiu, mais adiante, no SUS (PAIM, 2007).

Entre a promulgação da CF/88, na qual foi instituído o SUS e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº. 8.142 de 20 de dezembro de 1990, passaram-se quase dois anos de convivência com uma vasta legislação normativa que, ainda, regulava mecanismos e condições de repasse de recursos aos estados e municípios, até a efetiva unificação do setor no MS (PAIM, 2007).

A partir da CF/88, que preconiza acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram desenvolvidas, no sentido de criar condições de viabilização integral desses direitos. O SUS agregou todos os serviços de saúde da esfera federal, estadual, municipal e os serviços privados, como complementares ao sistema. Os esforços na direção da construção de um sistema único e, portanto, em que cada elemento seja responsável por assegurar o direito à saúde, continuam e representam avanços nos modos de ofertar atenção à saúde, pactuação entre entes federados, re-politização da política pública de saúde e inovação dos modos de fazer a gestão da política de saúde no país.

5.3 – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização dos serviços de saúde como sistema foi pensada, primeiramente, pelo médico britânico Bertrand Dawson que no início do século XX propôs a reorganização do setor de saúde britânico. Suas propostas foram descritas em um relatório chamado “Relatório Dawson”. As ideias abrangiam elementos que se articulavam num plano da macropolítica por meio de um Estado provedor e controlador de políticas de saúde que sustentava o desenvolvimento da medicina curativa e preventiva sem dissociações por meio de instituições

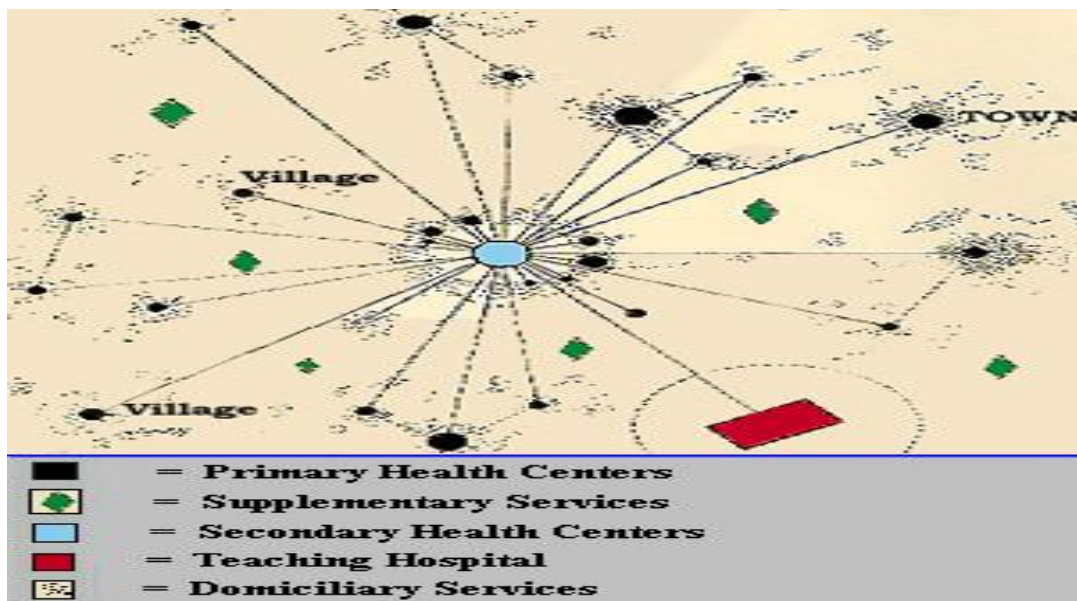
de diagnóstico e tratamento de casos agudos cujo foco era o trabalho em equipe e o desenho de um sistema descentralizado, não hierarquizado, formado pela vinculação entre os serviços de saúde no formato de rede que possibilitava a circulação dos cidadãos nos níveis de atenção à saúde. A intenção de Dawson, na década de 20, era definir esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma dada região.

Com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e as enfermidades se tornam mais complexas, reduzindo-se o âmbito da ação individual e exigindo, ao contrário, esforços combinados. A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido e em qualquer plano de serviços médicos devem coordenar-se estreitamente (DAWSON, 1920).

Percebe-se, assim, que Dawson foi um visionário, pois conceitos trabalhados por ele em 1920 são atuais, direcionam e reafirmam a necessidade de constituir o sistema em rede por uma questão de otimização dos serviços. Segundo Dawson (1920), uma rede de atenção à saúde somente pode ser assegurada mediante uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custos, assim como para o benefício do público e das profissões da área de saúde.

Para Dawson (1920) era importante considerar a organização da rede de serviços de saúde em função e de acordo com a distribuição da população, dos meios públicos de transporte e também com as correntes naturais de fluxos comerciais e de tráfego, variando em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias.

Para Novaes 1990 (*apud* RODRIGUES; SANTOS, 2008), as propostas contidas no Relatório Dawson voltam-se para a organização de sistemas de saúde integrados, a partir de regiões de saúde delimitadas, onde devem ser organizadas ações de diferentes níveis de complexidade, oferecidas por serviços primários – também chamados no Brasil de atenção básica – secundários – atenção especializada – e terciária, ou hospitalar – atenção de alta complexidade ou em regime de internação. A Figura 2 representa a organização da rede proposta por Dawson.



Fonte: Relatório Dawson (DAWSON, 1920).

Figura 2 – Organização da rede de serviços de saúde proposta por Dawson.

Entretanto, somente em 1989, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), integrante da Organização Mundial da Saúde (OMS), balizado nas ideias de Dawson, desenvolveu a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Além dos aspectos de regionalização, territorialização e a oferta dos serviços nos diferentes níveis de complexidade (primário, secundário, e terciário), a proposta dos SILOS recomendava que cada região ou território contasse com estrutura de planejamento e administração próprios, dotada de autonomia administrativa e financeira (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

No Brasil, as ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela Rede Básica de Saúde e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda o município (BRASIL, 2008).

As políticas em saúde devem primar pela integração de todos os serviços de atenção à saúde, independente da complexidade e da densidade tecnológica, e pela intersectorialidade das ações e das políticas que estão diretamente relacionadas aos determinantes do processo saúde-doença, adotando-se o conceito ampliado de saúde. Em um país federativo, é elemento central da garantia do direito à saúde a cooperação entre os entes federados e, por isso, cabe à direção

municipal do SUS a gestão da rede de serviços em seu território, bem como estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à população.

Para a SMSDC-RJ, a modelagem de TEIAS inclui, a priori, a conformação de um território, que deve ter entre 100 mil e até 400 mil habitantes, a detecção dos principais problemas de saúde e, então, a criação de um plano de investimento tripartite que irá disponibilizar para iniciar a ação assistencial (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 11).

Quanto à composição da rede, na área da saúde, pode-se identificar diversos elementos e atores que a compõe: as ações desenvolvidas, os serviços disponíveis, as políticas que a orientam, as pessoas que executam as ações e serviços, os recursos tecnológicos, assim como os sistemas de informação, comunicação e de logística (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Os pontos da rede são representados, fundamentalmente, pelas diferentes unidades responsáveis pela execução das ações e serviços (postos de saúde primários, centros secundários de especialidades e diagnóstico, hospitais, etc.). Tais pontos, quando considerados isoladamente, não formam uma rede. Esta só existe de fato quando seus pontos são interligados por meio de sistemas de informação, comunicação e logística (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Sabe-se que vários países adotaram o sistema de organização dos serviços em rede, de maneira regionalizada e integrada. Entre eles estão o Canadá, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido.

O sistema de saúde do Canadá (Medicare) é público e universal. Rodrigues e Souza (2008) afirmam que se trata de um sistema descentralizado para as províncias e territórios, com regras nacionais estabelecidas pela legislação federal. Na Espanha, o financiamento do sistema é público com a prestação de serviços públicos e privados. O acesso é universal e o país é dividido em áreas de saúde responsáveis por todas as ações e serviços públicos de saúde. O sistema de saúde francês segue o modelo de seguro social e a prestação de serviços encontra-se centrada nos hospitais e o segurado pode acessar as especialidades livremente. O sistema italiano de saúde é público e universal, orientado pela organização do país em distritos sanitários através das agências sanitárias locais. O Serviço Nacional de Saúde de Portugal, o acesso é público e universal, regulado pelas administrações regionais de saúde e visa à eficiência e a qualidade do atendimento. No Reino Unido, o sistema de saúde é planejado e organizado, público e universal, no qual o acesso ao sistema ocorre pela atenção primária à saúde.

Conclui-se que diversos países pelo mundo acreditam na regionalização das ações e serviços de saúde e na organização deles em rede com o intuito de otimizar os recursos e atender a mudança do perfil epidemiológico de doenças agudas infecciosas para doenças crônicas que têm ocorrido, principalmente, nos países onde a urbanização é intensa.

5.4 – O SUS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O modelo de Previdência Social herdado da década de 30, com os IAP, criou um conjunto de serviços de saúde que tinham como base os hospitais e estes se concentravam na capital do país, cidade do Rio de Janeiro e, posteriormente, capital do estado da Guanabara. Os IAP das categorias profissionais que concentravam maior poder econômico e político acumularam grande número de equipamentos hospitalares. Com este modelo predominantemente de assistência hospitalar, o município do Rio de Janeiro não criou equipamentos destinados à atenção básica, o que torna insuficiente a cobertura por este nível de atenção. Tem como eixo assistencial principal os hospitais que não conseguem desempenhar seu papel de assistência especializada por encontrar-se na situação de porta de entrada, recebendo a demanda que, no desenho piramidal de atenção à saúde, deveria ser atendida pelas unidades de atenção básica e média complexidade.

A própria trajetória política do Município do Rio de Janeiro nos move em direção à necessidade de compreender quais as condições atuais desta cidade de grande porte, com a maior rede pública de serviços de saúde e de educação (municipal, estadual e federal), suas relações com a Região Metropolitana do Rio de Janeiro – RMRJ, com o estado do Rio de Janeiro e com o país (MELLO; CUNHA, 2002, p. 13)

Parte-se do pressuposto que o processo de implementação do sistema de saúde e atualmente do SUS, no município do Rio de Janeiro, constituem dois momentos distintos num mesmo território. Os processos históricos sempre estiveram e ainda estão intrinsecamente interligados com o projeto político e econômico do país; quer seja no movimento contrário ao projeto da política de saúde no âmbito nacional, quer seja a favor como atualmente se observa com os fluxos e os procedimentos que o SUS nacional requer.

Nesse sentido, se faz necessário realizar uma retrospectiva temporal para entender o contexto, à época do surgimento do SUS no intuito de indagar os seus caminhos e descaminhos no município do Rio de Janeiro.

O contexto político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável. A configuração conservadora dos governos no período da transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais, com focalização do gasto público nos setores mais pobres. Ao processo de democratização se seguiram os de ajuste e estabilização econômica, acompanhados das reformas estruturais, em sentido inverso à ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém-consagrados na Constituição Federal, em sintonia com o receituário internacional (MENICUCCI, 2007, p. 306).

Sabe-se que o movimento de reforma do setor saúde que ocorreu em vários países na década de 80, culminou com o surgimento de diversos modelos de políticas públicas de saúde pelo mundo.

A partir dos anos 80, gestores dos sistemas de serviços de saúde de todo o mundo depararam-se com o desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas de saúde, tendo em vista a necessidade de imprimir maior transparência ao gasto público vis-à-vis a redução dos recursos disponíveis para o setor, assim como para a política social em geral, o aumento incontrolável das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações (VIACAVA et al., 2004, p. 712).

Aos que optaram por sistemas universais financiados pelo Estado, as críticas realizadas não foram poucas. Para Viacava et al. (2004), muitos Estados não conseguiram proporcionar a implementação de políticas de saúde universais, equitativas e de boa qualidade. No Brasil, a inclusão da saúde como direito do cidadão e dever do Estado na CF/88 foi considerada um avanço audacioso diante do cenário internacional.

De acordo com Mendes (2007), os sistemas de saúde são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo.

No município do Rio de Janeiro, houve na década de 80 uma efervescência na agenda dos movimentos sociais que reforçou a luta nacional por um sistema de saúde mais democrático e cidadão. Tal efervescência pode ser expressa por alguns dos eventos ocorridos em solo carioca:

- Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva. Promoção: Abrasco/Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), em novembro de 1983.
- Seminário “A Crise e a Transição Democrática: Saúde e Previdência Social”. De 8 a 10 de novembro de 1984.

- I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Tema: “Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde”. De 22 a 26 de setembro de 1986.
- Seminário “Estratégias Políticas para a Reforma Sanitária”. De 22 e 23 de setembro de 1987.
- Seminário de Avaliação e Perspectivas dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública. Em maio de 1988. Promoção: Escola Nacional de Saúde Pública/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ENSP/ABRASCO).
- II Seminário de Avaliação e Perspectivas do Programa de Saúde Coletiva. De 9 a 12 de agosto de 1988. Promoção: Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/OPAS/Secretaria de Ciência e Tecnologia do Mato Grosso do Sul/INAMPS. Organização: ABRASCO.
- Seminário “A Saúde nas Eleições Municipais” – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Em 7 de outubro de 1988.

Com o governo de Fernando Collor de Mello, eleito em 17 de dezembro de 1989, numa disputa em segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva, o Estado assume a orientação neoliberal nas políticas econômicas e sociais do Brasil, vigente na política internacional, sob orientação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento. Collor tomou posse em 15 de março de 1990. Nesse contexto, o destaque pode ser dado para a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e a conseqüente transformação destas em políticas focalizadas e residuais compensatórias, promovidas por um Estado mínimo e promotor de um mercado soberano e desregulamentado.

Para compreender a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), é necessário considerar o quadro político da época. Em 1985, assume a prefeitura do Rio de Janeiro Roberto Saturnino Braga (1985-1988), cujo partido, o Partido Democrático dos Trabalhadores (PDT) despontava à época no cenário político de correlação de forças. Sua gestão foi considerada um fracasso pelos cientistas políticos, marcada por muitos movimentos de greve e rupturas. No último ano de mandato, a situação ficou ainda pior com a decretação do estado de falência do município do Rio de Janeiro. À frente da secretaria municipal de saúde, durante essa gestão, estiveram os médicos José Eberienos Assad, cardiologista, e Sérgio Albieri. Esse contexto mostra que, com as contas no vermelho e mesmo com o forte movimento social vivido nesse município, quando o SUS nasceu a atenção à saúde no Rio de Janeiro estava bastante prejudicada.

Quando novas eleições foram realizadas para a prefeitura, venceu mais uma vez um político do PDT. Dessa vez, um velho conhecido do município; pois o mesmo já tinha sido o prefeito precedente do Saturnino na época que o prefeito era indicado pelo governador do estado. Seu nome é Marcello Alencar (1989-1992), sua gestão foi marcada pela recuperação econômica do município do Rio de Janeiro e por um grande movimento de reformas das escolas e dos hospitais. No comando da SMSRJ estiveram Francisco Bruno Aloe e Pedro Gomes Valente. O Quadro 1 apresenta a estrutura organizacional da SMS-RJ na época do surgimento do SUS.

Quadro 1 – Estrutura organizacional da SMSRJ, 1988.

| | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE | |
| CHEFE DE GABINETE | |
| DIRETOR GERAL DE DEPARTAMENTO | |
| ASSESSOR CHEFE | |
| INSPETOR SETORIAL DE FINANÇAS | |
| DIRETOR DE DIRETORIA | |
| SUPERINTENDENTE | |
| DIRETOR DE DEPARTAMENTO | |
| DIRETOR DE HOSPITAL | DIRETOR DE INSTITUTO |
| DIRETOR DO CONTROLE DE ZONÓSES | DIRETOR DE CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| DIRETOR DE POSTO DE SAÚDE | |
| DIRETOR DE DIVISÃO | |
| DIRETOR DE DIVISÃO TÉCNICA | |

Fonte: Diário Oficial da Cidade do Rio de Janeiro, de 28 de outubro de 1989.

A SMSDC-RJ vem alterando a sua estrutura organizacional com a finalidade de assegurar coerência interna entre a instância central gestão do SUS municipal e as instâncias descentralizadas, as CAPs. A SMSDC-RJ uma estrutura organizacional mais próxima de um modelo horizontalizado.

Quadro 2 – Estrutura organizacional da SMSDC-RJ, 2009.

| |
|--|
| SECRETARIO SUBSECRETARIA GERAL SUBSECRETARIA DE GESTÃO SUBSECRETARIA DE DEFESA CIVIL Superintendência administrativa Superintendência operacional |
| SUB-SECRETARIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSE Superintendente de Vigilância Sanitária em Alimentos Superintendente de Vigilância Sanitária em Serviços e Produtos para a Saúde Superintendente de Vigilância Sanitária em Locais e Ambientes Superintendente de Gestão Administrativa |
| SUB-SECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA Superintendente Urgência e Emergência Superintendente de Institutos Municipais de Saúde Mental Superintendente de Hospitais Especializados Superintendente de Maternidades |
| SUB-SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE Superintendência de Atenção Primária Superintendência de Vigilância em Saúde Superintendência de Promoção em Saúde Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento Dez coordenações de área de planejamento – CAP |

Ao analisar-se a estrutura organizacional da SMSDC-RJ em 1989, observa-se vários níveis hierárquicos, o que denota distanciamento entre o núcleo central estratégico e a base operacional da organização. Esse distanciamento dificulta a integração vertical e horizontal, pois o processo decisório e, conseqüentemente, as decisões demoram interferindo diretamente no tempo de resposta as contingências do ambiente. A organização se mostra de modo burocrático, distante do ideário das organizações que sobrevivem na era da gestão do conhecimento.

Ao propor uma estrutura menos verticalizada, como a atual estrutura da SMSDC-RJ, em tese, estaria reduzindo o tempo e facilitando a propagação da decisão de modo que a organização responda às mudanças de cenários. O cuidado dado à atenção primária, nessa estrutura, reforça o seu papel enquanto eixo prioritário no reordenamento do sistema municipal de saúde. Todavia, uma fragilidade é evidente na estrutura proposta, a falta de mediação entre os níveis faz com que haja relação de interesses parciais entre a CAPs e a atenção hospitalar.

A articulação entre CAPs, que hoje se encontra, no organograma, na Sub-Secretaria de Atenção Primária deveria, no nosso entender, ocorrer em uma instância que promovesse

também a articulação entre as outras sub-secretarias, porque a territorialização exige recursos de distintas naturezas que precisam ser discutidos e negociados. Assim, essa articulação intra e inter-instâncias decisórias facilitaria a comunicação e a construção/execução do projeto de rede de atenção à saúde, tal instância poderia situar-se na Sub-Secretaria Geral. Contudo, esta Sub-Secretaria Geral se responsabiliza pela regulação de consultas de especialidade, apoio diagnóstico e internações e pela articulação fora da instituição, o que consideramos um papel limitado na articulação entre instâncias.

5.4.1 – A Opção pela ESF

A trajetória do município, com relação à política proposta pelo MS para o desenvolvimento e ampliação da atenção básica – ESF – mostra que a adesão foi tímida e frágil. Em aproximadamente 15 anos foram implantadas 162 equipes de saúde da família, o que corresponde há 11,80% de cobertura populacional (referência), o que seria menos desastroso para a política de saúde municipal se houvesse, em contrapartida, cobertura suficiente de atenção básica pelo modelo denominado “convencional”.

O município do Rio de Janeiro, na última década, aderiu aos protocolos do MS para obter financiamento, o que não garantiu a execução dos compromissos pactuados. Com o início da gestão 2009-2012, surge um contexto bastante favorável para o desenvolvimento do SUS municipal, dado pela possibilidade dos entes federados comungarem politicamente de um idealismo, qual seja, assegurar o direito à saúde como direito de cidadania e a efetivação do SUS no município do Rio de Janeiro.

Percebe-se que este momento, vivido pelo município do Rio de Janeiro, apresenta esforços para estabelecer o caminho que foi interrompido por anos de desacordo do governo municipal com a política pública de saúde do país, materializada no SUS, inscrito na CF/88.

A reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da ESF, prioridade do MS e preconizado pelos documentos norteadores, tais como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Educação Permanente, Política Nacional de Promoção a Saúde, Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF) e os Pactos pela Saúde 2006, foram desconsiderados pela gestão anterior.

A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro coloca como prioritária para a sua gestão municipal a política de saúde baseada nos seguintes eixos norteadores: ampliação do acesso à atenção básica através da ESF, hierarquização da rede em níveis de complexidade para garantir a integralidade da assistência e otimização dos equipamentos hospitalares na

perspectiva da redução dos custos e aumento da eficácia/eficiência das ações por meio da formulação e execução dos TEIAS. “Tal propósito só será atingido através da efetividade da reorganização do sistema de saúde no Rio de Janeiro” (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 27).

Neste contexto, o momento é favorável para inclusão desses temas na agenda por conta do humor nacional, pela pressão dos grupos organizados politicamente e pela mudança partidária da composição do governo, que em decorrência da ruptura de uma conjuntura de oposição político-partidária preexistente e a coalizão atual, fez com que a política de saúde assumisse visível relevância como resposta às críticas feitas à gestão anterior do município (KINGDON, 2003 *apud* CAPELLA, 2007).

Quando há mudança política, em determinado setor, é necessário avaliar se existe um banco de competências em recursos humanos que responderão a nova demanda (CAPELLA, 2007). Implantar uma nova proposta de organização do cuidado implica na necessidade de ter pessoas qualificadas para desenvolvê-la. É limitante para o sucesso da proposta de implantar a política de saúde que está inscrita na CF/88 por meio da estratégia TEIAS, desconsiderando a importância do processo de capacitação e valorização da educação permanente quer para os gestores/profissionais quer para o controle social. A diretriz da integralidade é o eixo central da estratégia TEIAS, porque aponta para a possibilidade de articular ações e serviços de saúde em forma de rede, o que potencializaria os recursos existentes e responderia aos problemas de saúde dos cidadãos que vivem no território do município do Rio de Janeiro.

De encontro com essa perspectiva e expectativa para efetivar as diretrizes do SUS e atingir os objetivos dos Pactos pela Saúde, o município do Rio de Janeiro, na atual gestão da SMSDC-RJ, propõe a metodologia dos TEIAS, de maneira a otimizar a organização da rede de atenção à saúde com eficiência e efetividade.

Compreende-se, que essa direção metodológica vem apontada e estudada por muitos pesquisadores tais como Dowling, Todd, Shortell inclusive para Mendes (2007) como caminho para melhor atenção à saúde de uma dada população. Conforme Mendes (2007), embora as redes de atenção à saúde tenham surgido com a concepção dawsoniana na década de 20 ela tomou força a partir dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde apresentados pelos Estados Unidos da América, nessa lógica a hegemonia do setor privado intencionava, sobretudo, a questão do mercado com a otimização dos recursos e custos.

Para ele definem-se os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como redes de organizações que prestam um *continuum* de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem.

Estes sistemas estão baseados no conceito de integração. Há três tipos de integração. A integração funcional expressa o grau em que atividades de suporte como gerência financeira, gerência de recursos humanos, planejamento estratégico, *marketing* e melhoria da qualidade, são coordenadas ao longo da rede de modo a agregar valor para o sistema. A integração dos médicos expressa o grau em que os médicos estão economicamente ligados ao sistema, usa suas unidades e serviços e ativamente participam no seu planejamento e gestão. A integração clínica expressa um conceito amplo que inclui a noção de continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, gestão de patologia, comunicação fluida entre os prestadores de serviços e eliminação de duplicação de procedimentos (VILLAÇA, 2007, p. 2).

A Política Nacional de Saúde vigente enfatiza a atenção básica, com prioridade na ESF, como modo de organização do SUS. A atenção básica inclui ações de saúde individuais e coletivas, práticas gerenciais e sanitárias participativas, tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, assumindo no modelo de organização da oferta de ações e serviços de saúde que integram o SUS, o que se convencionou chamar de “porta de entrada” do sistema (BRASIL, 2006).

É particularmente, neste nível de atenção à saúde, que o município do Rio de Janeiro mostra-se estagnado, mesmo considerando a competência de seus profissionais de saúde em todos os níveis, gerenciais e assistenciais. A política de saúde, até então vigente no município do Rio de Janeiro, não induz à configuração de uma rede de serviços de saúde com os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS como equidade no acesso, integralidade da atenção à saúde, regionalização da oferta e controle social capaz de atender as necessidades de saúde da população e com financiamento tripartite da atenção básica.

Na nova gestão da Prefeitura, destaca-se a articulação entre as três esferas de governo no município do Rio de Janeiro, o que se mostra favorável às negociações em torno da priorização da atenção básica com a implantação e a expansão da ESF.

Entretanto, as cidades de grande porte e capitais têm enfrentado obstáculos, segundo Caetano e Dain (2002), para a transformação do modelo assistencial dos sistemas locais de saúde em grandes cidades, tais como: transformações demográficas e epidemiológicas (envelhecimento populacional, mudanças no perfil de morbimortalidade, maior incidência de agravos oriundos dos altos níveis de violência urbana); desigualdades sócio-econômicas entre as várias áreas da cidade que se refletem na distribuição da rede de serviços de saúde, perfil da demanda e diferenciais de acesso; existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde com resistências às mudanças; deterioração do prestígio político e social e sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços de saúde; diferentes lógicas que permanecem na combinação, num mesmo espaço, de serviços federais, estaduais e municipais; dentre outras.

Para compreender este cenário se pretende estudar a formulação da política dos TEIAS, em processo de implantação no município do Rio de Janeiro. Para tal, destaca-se a necessidade de se entender como a política pública de saúde no Rio de Janeiro foi desenvolvida a partir da CF/88, com a definição do SUS e a concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Para reorganização do sistema de saúde e para efetivação dos princípios do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo MS no ano de 1993, e no final do ano de 2002 estava implantado em 4.114 municípios brasileiros. Foi escolhido como diretriz norteadora na universalização do acesso e descentralização do cuidado (BRASIL, 2006).

Quando surge em 1993 o programa de saúde da família, assim denominado, possuía um formato que privilegiava ações prioritárias para a saúde, especialmente na região norte e nordeste, assim justificava-se a nomenclatura de “programa”.

Com o desenvolvimento das atividades e crescimento quantitativo e de cobertura populacional, aliado a discussão política desenvolvida no MS, em meados da década de 90 o mesmo recebe o *status* de estratégia orientadora do sistema de saúde (SUS), pela importância e resultados atingidos, passando assim a denominar-se: Estratégia Saúde da Família – ESF.

O manual da ESF (BRASIL, 1997) a define como sendo um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida. Uma estratégia que visa o estabelecimento de vínculo com a população e, sobretudo, atua dentro de um território adscrito, onde a equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde planeja suas ações com a participação da comunidade de acordo com as demandas de saúde, tendo como núcleo de atenção o sujeito sob a dinâmica da família.

Acredita-se que as equipes de saúde da família, trabalhando com planejamento e avaliação do processo de trabalho, *in loco*, articuladas a outros setores e serviços, teriam potencialidade para provocar um movimento de construção da produção social da saúde, capaz de garantir o direito à saúde conforme assegurado na CF/88.

A política de construção da rede de atenção à saúde baseada no método TEIAS, estruturada e direcionada a partir da ESF, pretende criar um plano de ação baseado na construção social e coletiva da demanda, organizando os demais níveis de atenção à saúde.

5.4.2 – A Estrutura Geopolítica do Município do Rio de Janeiro para a Gestão da Saúde

A partir de estudos desenvolvidos pela então Comissão do Plano da Cidade (COPLAN), institui-se a divisão territorial da cidade, com a estrutura organizacional de APs, e Regiões Administrativas conhecidas por RAs e os bairros (Decreto nº. 3.157 e Decreto nº. 3.158 de 23 de julho de 1981).

Neste momento, institui-se a codificação institucional das APs, RAs e bairros, tendo, pela primeira vez, oficializado os limites dos bairros.

Há, então, 6 APs, 23 RAs e 153 bairros. No entanto, a estrutura ainda não se encontra completa, pois há bairros que se dividem para compor mais de uma RA.

Apenas em 1985, conforme artigo publicado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos – IPP (RIO DE JANEIRO, 2010), temos uma estruturação plena, criando-se mais 2 RAs, passando para 26, alterando-se o número de APs para 5 e mantendo o número de bairros em 153.

Deste momento em diante não ocorrem mais alterações no número de APs, havendo somente a criação e ou revisão de limites de RAs e bairros.

Encerram-se, em 2010, as modificações dos limites administrativos na cidade do Rio de Janeiro. Atualmente contamos com 5 APs, 33 RAs e 160 bairros.

Em relação à saúde, a Resolução nº. 431, de 14 de abril de 1993, da SMSRJ, considerando o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, cria nessa cidade Áreas de Planejamento Sanitário, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas 10 APs constituídas por 32 RAs, que agregam 157 bairros. A Figura 3 mostra o mapa do Rio com as APs. Pode-se observar que geograficamente as APs do Centro (1), da Zona Sul (2.1) e Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) são menores e as APs da Zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3) são maiores. A CAP 4 que é delimitada geograficamente por dois maciços, Tijuca e Pedra Branca e o Oceano Atlântico.

As CAPs configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, dessas com a população usuária desses serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área (BRASIL, 2005). As CAPs enfrentam diversas dificuldades de ordem financeira, técnico-administrativa e política, as quais obstaculizam e limitam suas ações, tornando-as, grande parte das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergenciais. Assim, as APs estão longe de se constituírem Distritos Sanitários, segundo a

concepção proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

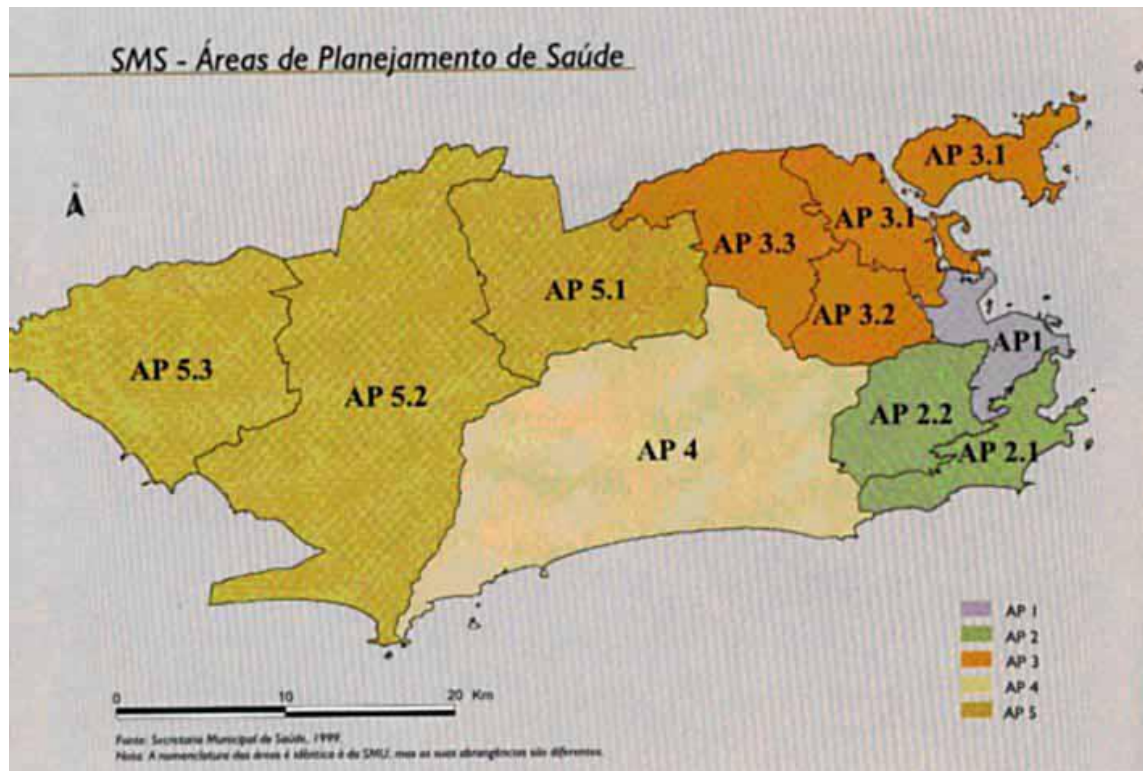


Figura 3 – Mapa da divisão territorial das coordenações de saúde.

Quadro 3 – Principais decretos de conformação dos limites administrativos na cidade do Rio de Janeiro.

| Decreto | Total de RAs | Total de APs | Teor do Decreto |
|-----------------------------------|--------------|--------------|---|
| nº. 3.157, de 23 de julho de 1981 | 24 RAs | 0 AP | Retifica limites das RAs, definindo os limites das 24 RAs. <i>OBS 1.: Ainda apresenta partes de bairro na composição das RAs.</i> <i>OBS 2.: Apresenta 6 APs (ver deliberação 114 de 8 de abril de 1981 da COPLAN).</i> |
| nº. 3.158, de 23 de julho de 1981 | 24 RAs | 6 APs | Estabelece a denominação, a codificação e a delimitação dos bairros, APs e RAs da cidade do Rio de Janeiro. <i>OBS 1.: Ainda apresenta partes de bairro na composição das RAs.</i> <i>OBS 2.: Apresenta 6 APs (ver deliberação 114 de 8 de Abril de 1981 da COPLAN).</i> <i>OBS 3.: Contém 153 Bairros.</i> |
| nº. 5280, de 23 de agosto de 1985 | 26 RAs | 5 APs | Cria a XXV e a XXVI RAs (Pavuna e Guaratiba), modifica a denominação e a delimitação das RAs constantes no Decreto nº. 3158, de 23 de julho de 1981, altera a codificação e a delimitação dos bairros constantes do Decreto nº. 3158 de 23 de julho de 1981, o Regulamento de Parcelamento da Terra aprovado pelo Decreto “E” nº. 3.800, de 20 de abril de 1970, e o Regulamento de Zoneamento aprovado pelo Decreto nº. 322, de 03 março de 1976 e dá outras providências. <i>OBS 1.: Primeira Divisão Administrativa plena sem divisão de bairros nas RAs</i> <i>OBS 2.: Contém 26 RAs e 153 bairros.</i> |

O Rio de Janeiro é uma cidade de grande extensão territorial, com 1.255,3km², incluindo ilhas, com 37km² e as águas continentais, com 246,2km². Aqui residem, segundo o Censo Demográfico de 2000, 5.857.904 milhões de habitantes (IBGE, 2002). A divisão administrativa do Rio de Janeiro comporta 32 RAs, com 159 Bairros. A capital é referência para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, composta de 17 municípios, incluindo a capital do estado, Duque de Caxias, Itaguaí, Mangaratiba, Nilópolis, Nova Iguaçu, São Gonçalo, Itaboraí, Magé, Maricá, Niterói, Paracambi, Petrópolis, São João de Meriti, Japeri, Queimados, Belford Roxo e Guapimirim.

Segundo Mello e Cunha (2002), as últimas cinco décadas evidenciaram um aumento no crescimento demográfico do município. O comportamento da população carioca pode ser dividido em dois blocos: o primeiro (AP1, AP2 e AP3) com alta densidade, ou seja, mais de 80 habitantes por hectare, crescimento populacional de 77.000 habitantes, com uma área dotada de infra-estrutura básica que corresponde por pouco mais que ¼ do território. O segundo (AP4 e AP5), com densidade baixa, ou seja, menos de 23 habitantes por hectare, crescimento populacional de 148.000 habitantes e uma carência de infra-estrutura básica que ocupa ¾ do território.

Atualmente, mantém a divisão geográfica do município em 10 APs (AP1, AP2.1, AP2.2, AP3.1, AP3.2, AP3.3, AP4, AP5.1, AP5.2 e AP5.3) para a saúde. Com a nova gestão

(2009-2012) inicia-se um projeto de autonomia financeira e de gestão para as CAPs. Entretanto, observa-se uma dicotomia na proposta de construção da rede de atenção à saúde em detrimento ao modelo de gestão aplicado ao excluir-se da gestão das CAPs as unidades hospitalares, rompendo-se a governabilidade do território em rede. Foi criada, na atual estrutura da SMSDC-RJ, uma Superintendência de Urgência e Emergência, na qual se encontra subordinada toda assistência hospitalar, que não tem interface, na estrutura organizacional, com a Superintendência das Áreas de Planejamento que congrega os coordenadores das APs.

6 – METODOLOGIA

Para responder o problema de pesquisa, realizou-se um estudo descritivo de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Esta abordagem refere-se a estudos de significados, ressignificações, simbolismos, percepções, perspectivas, vivências, experiências, analogias (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Para Turato (2003), a curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera.

Optou-se pelos métodos qualitativos porque estes produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno. Incluem entrevistas (estruturas, semi-estruturadas e abertas), observação (externa ou participante) e análise de material escrito.

O cenário da pesquisa foi a SMSDC-RJ. Os sujeitos envolvidos na formulação da política são os gestores da SMSDC-RJ, incluindo o Secretário Municipal, a Sub-Secretária Geral, os Sub-Secretários, Superintendentes e os coordenadores das 10 APs.

Conforme NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS (2004), a amostra foi intencional, e buscou-se apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. Entrevistou-se os gestores da SMSDC-RJ, tendo como ponto de partida o Sub-Secretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde para, então, utilizando a técnica de “bola de neve” ir formando a amostra intencional, na qual se define, intencionalmente, o sujeito-chave a partir do qual se acrescenta a indicação de outros sujeitos que aportem informações relevantes para o objeto de estudo, processo esse contínuo, pois todos os entrevistados podem, direta ou indiretamente, indicar outros.

6.1 – TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

As técnicas de investigação utilizadas foram entrevistas semi-estruturadas, grupos focais, observação não-participante e análise de documentação.

As entrevistas permitiram o acesso a dados de difícil obtenção por meio de observação direta. O seu propósito foi fazer com que o entrevistador se colocasse dentro da perspectiva do entrevistado. A relação que se criou foi a de interação. As entrevistas permitiram a captação imediata e corrente da informação desejada. Neste sentido, possibilitaram também

correções, esclarecimentos e adaptações que as tornaram eficazes na obtenção das informações desejadas.

A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, gerando novas hipóteses. A entrevista aberta é aquela em que o pesquisador apresenta uma questão ou um tema inicial e o entrevistado caminha onde preferir, abrangendo vários âmbitos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 52)

Segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004), nas pesquisas qualitativas, o roteiro de entrevistas deve sofrer modificações sucessivas, em decorrência da aplicação de pré-testes, ou seja, de entrevistas preliminares.

A observação tem sido utilizada para descrever uma cultura, um ambiente, uma instituição, “a partir de dentro”. O principal objetivo da observação é gerar conhecimento sobre a vida humana, no cotidiano. Uma das vantagens em se utilizar a observação é a possibilidade de identificar a seqüência e as conexões dos eventos que contribuem para o significado do fenômeno estudado (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A partir de Lobiondo-Wood e Haber (2001), a coleta de dados é concluída quando se alcança a saturação.

A saturação de dados quando as informações que estão sendo compartilhadas com o pesquisador se tornam repetitivas. Ou seja, as ideias transmitidas pelo participante foram compartilhadas antes por outros participantes e a inclusão de outros participantes não resulta em novas ideias (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 19).

Analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material, organizando-o em partes e procurando identificar tendências e padrões relevantes; posteriormente, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado. Do trabalho de codificação resulta um conjunto inicial de categorias e quando estas são combinadas formam conceitos mais abrangentes ou sínteses (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para isso, ele terá que fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a

proposição de novas explicações e interpretações (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A criação do banco de dados e a análise estão sendo desenvolvidas com o apoio do *software* Atlas.ti 6.0, uma ferramenta tecnológica para análise de dados qualitativos. As etapas deste estudo estão divididas em: a) pré-análise: consiste na leitura exhaustiva do material estudado, o resgate das hipóteses iniciais e emergentes e as teorias que tem aderência ao estudo, organização do material; b) exploração do material: transformação dos dados brutos, visando o alcance da compreensão do texto – esta etapa constitui, primeiramente, no recorte do texto em unidades de registro e, posteriormente, na realização da classificação e agregação dos dados; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: a partir da análise dos dados estão sendo feitas inferências realizando interpretações articuladas com o arcabouço teórico (MINAYO, 2000).

Com o uso do *software* Atlas.ti 6.0 e de suas ferramentas foi possível codificar as falas segundo as categorias de análise. Foi feito agrupamento de todos os documentos primários (*primary documents*) em um único projeto denominado Unidade Hermenêutica (HU), no qual é possível explorar e interpretar as informações. A base teórica permite a definição de categorias (*codes*), conceituais e empíricas, assim definidas:

- Co-responsabilidade SUS e cidadão.
- Configuração SUS município Rio de Janeiro.
- Controle social.
- Financiamento do SUS do município do Rio de Janeiro.
- Governança da coordenação local.
- Influência da mídia na gestão.
- Influências políticas na organização do SUS no município do Rio de Janeiro.
- Interesses que influenciam no planejamento em saúde.
- Modelo de atenção à saúde.
- Modelos que influenciam o desenho dos territórios de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro.
- Planejamento da assistência.
- Política de atenção básica ministério da saúde.
- Processo de trabalho-gestão e atenção à saúde.
- Rede de atenção à saúde.
- Relações intergovernamentais na saúde.
- Saúde como direito.

Na leitura dos documentos, entrevistas e observações, cada documento foi dividido em citações (*quotations*), que correspondem a trechos relevantes para o estudo. Depois de selecionadas, as citações foram conectadas a uma ou mais categorias relacionadas. Feitas as interpretações, criou-se as famílias de categorias apresentadas abaixo com o agrupamento de suas categorias:

- Constituição da rede de atenção a saúde: governança da coordenação local, modelo de atenção à saúde, modelos que influenciam o desenho dos territórios de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro, planejamento da assistência, processo de trabalho-gestão e atenção à saúde, rede de atenção à saúde, relações intergovernamentais na saúde.
- Garantia do direito à saúde: co-responsabilidade SUS e cidadão, configuração SUS município Rio de Janeiro, controle social, saúde como direito.
- Influências no SUS do município: controle social, influência da mídia na gestão, influências políticas na organização do SUS no município do Rio de Janeiro, interesses que influenciam no planejamento em saúde, relações intergovernamentais na saúde.
- Sistema de saúde do município do Rio de Janeiro: co-responsabilidade SUS e cidadão, configuração SUS município Rio de Janeiro, financiamento do SUS do município do Rio de Janeiro, Política de Atenção Básica do MS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ, protocolo nº. 208/09 – CAAE:0245.0.314000-09 (Anexo 1).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atende às normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Apêndice 1).

Os elementos constitutivos da fase de formulação de política incluem financiamento, sistemas de informação, mecanismos de avaliação da política vigente, qualificação dos trabalhadores de saúde e dos gestores, instâncias de controle social e mecanismos de comunicação entre os atores-chave.

As entrevistas foram gravadas, e as transcrições entregues aos entrevistados para ciência e concordância desses. Foi garantido o anonimato de todos os entrevistados. Os dados foram transcritos e estruturados sob forma de citação, com destaque para as ideias mais

predominantes. O roteiro preliminar de entrevista encontra-se no Apêndice 2, que foi ajustado segundo as necessidades do trabalho de campo.

7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer das entrevistas, com a observação sistemática das falas, foi possível perceber o envolvimento dos entrevistados com a temática estudada na pesquisa, denotando um estado de motivação e compromisso. Constatou-se, entretanto, que a natureza da motivação difere: uns têm motivação claramente técnica e política, enquanto outros são impulsionados pela ideologia. A maioria se sente comprometido com o projeto de implementação da política pública de saúde do SUS, ainda que revelem distintas interpretações sobre o sistema de saúde.

Foi possível observar também que a proposta é recebida por parte do grupo com certo grau de insegurança em decorrência do pouco embasamento teórico a respeito dos TEIAS, indicando a necessidade de qualificação e aprofundamento através de trocas entre os atores envolvidos no processo. Contudo, compreende-se através da fala dos pesquisados que há potencialidade para o desenvolvimento do projeto, assim como existem limitações. Limitações estas de ordem dos interesses individuais e coletivos, políticos e institucionais, quer por falta de qualificação, dificuldade de organização, governança, poder decisório e interferência da política, que gera entraves demonstrando o pouco amadurecimento do sistema de saúde do município enquanto política de governo.

Como resultado do processo de investigação, produziu-se um rico material, do ponto de vista quantitativo e qualitativo que está subsidiando o estudo. Destacaram-se quatro temas que representam a articulação das falas codificadas agrupadas em família de códigos que, no nosso entender, expressam as categorias de análise conceituais e empíricas aplicadas ao estudo. Trata-se de discutir os temas: Sistema de Saúde do Município do Rio de Janeiro; Garantia do Direito à Saúde; Constituição da Rede de Atenção à Saúde e Influências no SUS do município do Rio de Janeiro.

7.1 – SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Discute-se esse tema sob a perspectiva da oferta de serviços de saúde em rede e a gestão do sistema de saúde descentralizado.

7.1.1 – A Oferta de Serviços de Saúde em Rede

A atenção à saúde no município do Rio de Janeiro tem como eixo assistencial principal os hospitais, que não conseguem desempenhar seu papel de assistência especializada por encontrar-se na situação de porta de entrada, recebendo a demanda que, no desenho piramidal de assistência, deveria ser atendida pelas unidades de atenção básica e média complexidade. Associado a esta situação, os hospitais estão sob responsabilidade dos três entes federados, município, estado e União.

A rede assistencial da SMSRJ nos primórdios do SUS era composta por 35 postos de saúde e 24 centros municipais de saúde (CMS), distribuídos pelas RAs.

A história do Rio de Janeiro mostra uma enorme dificuldade na gestão da rede em função da desorganização tem todo um histórico de cidade que sediou a capital federal e tem um legado de muitas unidades federais, unidades públicas de saúde, todo aquele histórico previdenciário das caixas de aposentadoria e pensão, da previdência que acabaram no Ministério da Saúde e depois municipalizados além das unidades estaduais que tem um peso muito importante (Entrevista Nível Central 4 – ENC4).

Algumas unidades vieram do INAMPS e nós incorporamos, como os grandes hospitais, totalmente centralizados na Zona Sul, no Centro; e na Zona Norte, uma péssima distribuição geográfica pelo território e muito poucas unidades de Saúde (ENC1).

Sabe-se que o crescimento populacional do município não foi acompanhado pela expansão dos serviços de saúde de atenção primária. No que se refere à assistência hospitalar, a avaliação da gestão atual mostra que há leitos suficientes para se constituir uma rede organizada, porém há concentração desses em determinadas áreas e especialidades o que dificulta a equidade no acesso e atenção das reais necessidades dos cidadãos.

[...] Nós precisamos fazer opções, o a gente constrói rede hospitalar e continua no modelo, ou a gente amplia a atenção básica e otimiza o que temos na rede hospitalar. Construir hospitais e ter RH, essa opção não nos parece na, disponibilidade de recursos, razoável nesse momento. Então a opção foi otimizar os recursos existentes (ENC3).

O descompasso entre a limitada oferta de atenção básica e a oferta de assistência hospitalar, particularmente de serviços de emergência que são utilizados pelo cidadão com demandas que, necessariamente, deveriam ser atendidas e resolvidas pela atenção básica, obstaculiza o desenho de uma rede de atenção à saúde integral e equânime. Os grandes

centros urbanos têm maior disponibilidade de serviços, porém, caracterizam-se pela oferta de ações de média e alta complexidade. Entretanto, observam-se limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços, tornando complexa a organização da atenção básica. Além disso, é importante destacar que a implantação do PSF nos grandes municípios tem sido realizada em um quadro muito complexo diante da magnitude e diversidade de situações de pobreza e desigualdades sociais a que está exposta grande parte da população dessas localidades. São populações que convivem cotidianamente com altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, dentro de uma rede assistencial que, na maioria das vezes, encontra-se desarticulada, mal distribuída, mal equipada, entre outros aspectos (VIANA et al., 2006).

E hoje a gente tem um sistema que não funciona em rede, não respeita qualquer distribuição territorial muito pouco planejado em cima da necessidade da população e sim muitas vezes por demanda política ou necessidade de outros atores dessa sociedade (ENC1).

Os dois mais novos equipamentos de saúde da área hospitalar, um da década de 80, outro da década de 2000, ambos municipais, não foram construídos na área dita mais carente de serviço assistencial de saúde, que é a Zona Oeste da cidade.

A insuficiente oferta de serviços de atenção básica no município do Rio de Janeiro é tão expressiva que, na fala dos entrevistados, a assistência hospitalar está sempre presente, quer seja pelo fato de consumir mais de 80% do orçamento da SMSDC-RJ, quer seja como obstáculo para constituir uma rede de atenção à saúde.

“No ano de 2008 nos gastamos 83% de todo recurso só no hospital e o restante com atenção básica, com vigilância e todos os setores” (ENC1).

Esse é o grande desafio que a gente assume [...] que é realizar esse modelo e reestruturar as prioridades. Foi quando começamos a discussão dos TEIAS; qual tipo de sistema que gostaríamos de ver implantado nessa cidade, qual tipo de sistema gostaríamos que acontecesse. A ideia era liberar 600 milhões de reais para estar 100% de saúde família logo no início, mas não foi possível, que poderá ser liberado aos poucos até o fim de 2015, nessa previsão orçamentária teremos um orçamento de quase 500 milhões até o fim de 2013 existe uma vontade política muito grande (ENC1).

A atual gestão propõe reverter à lógica da assistência a saúde moldada no hospital para a construção de uma rede de atenção à saúde que tem como base a atenção primária ofertada prioritariamente por meio da ESF.

7.1.2 - A Gestão do Sistema de Saúde Descentralizado

A atual gestão da SMSDC-RJ tem como projeto o desenvolvimento do planejamento da atenção à saúde por meio do desenho dos TEIAS visando re-configurar a organização dos serviços de saúde existente, de modo que a diretriz da integralidade da atenção à saúde seja efetivamente incorporada ao funcionamento do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro.

Esse é o grande desafio que a gente assume com a nossa gestão aqui. Que é realizar esse modelo e re-estruturar as prioridades. No dia 05/12/09, foi apresentada uma proposta de planejamento de como a gente gostaria que o sistema funcionasse no Rio de Janeiro, e como a gente acredita que esse sistema possa acontecer. Foi quando começamos a discussão dos TEIAS; qual tipo de sistema que gostaríamos de ver implantado nessa cidade, qual tipo de sistema gostaríamos que acontecesse (ENC1).

As CAPs se movem em direção a propor um desenho do território tendo como exigência a aproximação das reais necessidades de saúde da população à oferta existente em um curto período de tempo enquanto o nível central não cria ou instala uma instância de coordenação interdependente das funções que são requeridas das CAPs.

Falta completar a descentralização, mas completar mesmo, transferir autoridade, delegando autonomia, mas temos que ter o financiamento atrelado, nós somos maiores do que muitos municípios e as APs então devem possuir estrutura de secretaria para que se possa ter agilidade e possa resolver os problemas que surgirem. É necessário completar o processo de descentralização, que iniciou em 2004 (Entrevista Descentralizada 8 – EDC8).

O papel do coordenador é fundamental, inclusive de negociador porque se você não negocia não tem desdobramento. Ele é de tudo um pouco; é articulado; é planejador, é executor. Na verdade a coordenação de área é uma minisecretaria, se você não tem o reconhecimento de todos, você não consegue trabalhar sozinho, você tem que trabalhar em equipe com vários grupos: com a população, com a associação dos moradores, com as unidades de saúde, com os outros órgãos da prefeitura. Você precisa ter a parceria de todos para fazer o desdobramento (EDC8).

A rede se desenvolve pelo trabalho coletivo especificamente planejado a partir de um padrão horizontal de relações de interdependências (em uma estrutura de rede os atores precisam trabalhar juntos de forma ativa). [...] No entanto, a interdependência entre uma diversidade de atores não configura condição suficiente para proporcionar a emergência da rede, já que existem diversos níveis de interdependência presentes em outros tipos de arranjos colaborativos. Assim, torna-se necessário que haja uma intenção deliberada de aprofundar e canalizar esta interdependência para a realização de objetivos que proporcionam o mútuo fortalecimento dos atores envolvidos (OUVERNEY, 2008, p. 14).

Inicia-se um processo com base em um método que pretende ser democrático, participativo e, em um curto período de tempo, possa mapear a cidade do Rio de Janeiro na lógica da construção da rede que melhor se adapte as necessidades de saúde do cidadão. Um requisito para atingir o objetivo da gestão em rede da política municipal de saúde é o incremento financeiro que a Prefeitura se propõe a alocar na SMSDC-RJ, vinculado a atual política do MS para investimento – Mais Saúde: Direito de Todos.

“Foi assim que a gente começou a desenhar os territórios, a metodologia dos TEIAS está na PNAB de 2006, grande marco do MS pra que a gente pudesse de fato implantar essa metodologia de territórios integrados” (ENC1).

Sim, nós tivemos incremento de orçamento do ministério da saúde para o município, mas no município o incremento real foi dos 18% do orçamento ser destinado a saúde, que antes era de 15%, que eram aplicados na saúde, e para final de 2013 estaremos com mais de 20%, para saúde e para a educação. Esta previsto no PPA [plano plurianual] de 2013, um orçamento de 10 bilhões 378 milhões para a saúde e para a educação 10 bilhões e 41 milhões (ENC4).

A proposta dos TEIAS se baseia na expansão da ESF, de tal modo que a atenção primária se constitua como a atenção à saúde mais próxima do cidadão, porém, o sistema se propõe, independente do serviço de saúde acessado, assegurar a resolutividade e a integralidade. Portanto, os TEIAS buscam romper com a dicotomia da atenção primária e assistência hospitalar.

Os TEIAS, melhor dizendo, eles são assim a materialização processual do entendimento de que não existe na realidade, se você for analisar como profissional de saúde, uma divisão tão clara entre atenção primária e atenção hospitalar, existe atenção à saúde, e ela pode se dar em vários níveis, e em lugar de estar ideologicamente aprisionada, ela deve estar metodologicamente livre e adequadamente integrada (ENC3).

O que eu estou te falando é o seguinte, pragmaticamente falando, você não pode ter um decreto para mudar a forma de entrada no sistema do Rio de Janeiro, porque historicamente, o cidadão busca a saúde através do sistema hospitalar. Então o que nós propomos é disciplinar esse acesso dando a ele a chance de efetivamente ser atendido (ENC3).

Quem dá vida ao território em termos de trabalho na construção de rede de atenção é o coordenador de área e o dificultador é o entendimento disso: Qual o papel que o território tem para a gestão local é como você vai determinar seus modos operacionais, mais do que um recorte um cumprimento de tarefa é um dificultador e outro dificultador é a gente não ter no território controle, determinação de algumas variáveis, porque esses territórios dependem de muita negociação e interlocução, e

às vezes como interlocutor local foge um pouco da sua governabilidade. [...] você desenha o território, você trabalha o território, às vezes por conta dessa coisa da política, variável que interfere muito de como você vai trabalhar esse território (EDC1)

As potencialidades identificadas são a coalizão política dos três entes federados – União, estado e município do Rio de Janeiro – na intenção de assegurar o direito à saúde para a população que vive no Rio de Janeiro; a vontade política do Prefeito que se manifesta por meio do incremento dos recursos orçamentários destinados à saúde, mais especificamente, para a implementação e expansão da ESF e a motivação dos profissionais que integram a SMSDC-RJ, em particular, os profissionais que integram as CAPs que articulam as relações estabelecidas nos territórios com os serviços de saúde e os representantes do controle social.

Os obstáculos incluem a qualificação para a gestão em rede; as limitações reais no financiamento do SUS municipal; o desenho dos territórios a partir da oferta ao invés de identificar indicadores que aproximassem à gestão das necessidades de saúde dos cidadãos, os mecanismos de comunicação interna entre os atores no nível central e descentralizado da gestão, entre níveis assistenciais e, em particular, as relações de poder. Sobre este último ponto, concordamos com Paim (2008, p. 25):

[...] a questão crucial, no entanto, parece residir na estrutura de poder do setor saúde e no papel desempenhado pelo Estado brasileiro, que ainda não se viu forçado a considerar a necessidade de racionalizar a oferta de ações e serviços de saúde com qualidade e efetividade para toda a população.

7.2 – GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Com a CF/88, o acesso à atenção à saúde tornou-se, no Brasil, um direito de cidadania, o que significa que o Estado deve assegurar as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde conforme as necessidades dos cidadãos, independente de contribuições ao SUS porque as bases financeiras estão asseguradas pelos impostos e contribuições sociais para a Seguridade Social, integrada pelas políticas de saúde, previdência e assistência social.

No município do Rio de Janeiro, historicamente, a garantia do direito à saúde não tem sido cumprida porque a configuração do sistema de saúde reforça a desigualdade territorial de acesso e o planejamento, o financiamento e a gestão da oferta de atenção à saúde não expressam as necessidades de saúde da população de forma equânime. Pode-se atribuir esta situação a fatores como os interesses político-partidários e de outros grupos de interesses que

exercem pressão de acordo com interesses particulares e/ou coletivos, porém, não representativos do bem comum.

Muitas vezes, a representação do controle social, que deveria estar defendendo os interesses coletivos e as reais demandas da população, no que diz respeito às ações de atenção à saúde, exerce um papel antagônico de interesses particulares e/ou de grupos que buscam maximizar as suas influências e poder sobre a gestão pública da saúde tendo como pano de fundo, interesses de ordem eleitoral e/ou empoderamento local.

[...] e sempre como escolha para implantação dessas unidades algumas demandas políticas específicas de algum vereador para que ocorresse. E hoje a gente tem um sistema que não funciona em rede, não respeita qualquer distribuição territorial, muito pouco planejado em cima da necessidade da população e sim, muitas vezes, por demanda política ou necessidade de outros atores dessa sociedade (ENC1).

Acho que é uma coisa que incomoda é qual a legitimidade dessas pessoas que representam a vocalização daqueles que estão na comunidade. Esse é um questionamento que temos que fazer, mas temos que reconhecer porque essas pessoas foram eleitas. O que está ali é o interesse da população então, vamos lutar por isso. Mas cansa, não é? Existem outros interesses também. Infelizmente temos que questionar a legitimidade dos conselhos, mas nunca de quem está ali representado porque ele foi eleito (ENC4).

Quando a gente fala de controle social, a gente não fala só de usuários, existem muitos interesses. É óbvio que houve resistência, a gente sempre discutiu sobre a mudança do modelo e quando a gente consegue de fato, encontramos muitas barreiras de como se dará esses territórios, há uma disputa política no território (ENC5).

Predominava a configuração do SUS municipal pela negação do direito à saúde, em particular, pela oferta predominante de assistência hospitalar, enquanto principal acesso ao sistema de saúde no município do Rio de Janeiro. No discurso do gestor há concepção de responsabilidade sanitária como uma atribuição do Estado.

Em relação às outras metas, a humanização da porta de entrada dos grandes hospitais de emergência, e dos grandes hospitais no geral. Essa humanização se reflete nos vários aspectos. O primeiro é o acolhimento, que é uma questão que esta sendo muito trabalhada nesse governo é a de que, se ele chegou ali, naquela porta de entrada hospitalar, mesmo que seja da atenção básica, ou se não foi atendido na UPA, ou se foi atendido e não ficou satisfeito, não importa o motivo, ele vai ser colocado dentro da estrutura (ENC3).

A nova gestão do governo municipal do Rio de Janeiro e da SMSRJ, apesar de não

explicitado nas falas dos entrevistados, destaca uma tendência em garantir o direito à saúde, pela proposta apresentada no desenho do processo de planejamento e gestão para a saúde.

Não se trata tão somente de desenhar um modelo de organização da oferta de assistência à saúde, mas sim de formular uma proposta que garanta em todos os níveis da assistência a resolução dos problemas de saúde do cidadão. O projeto prevê que o sistema de saúde não se encerre em si mesmo, mas se imbrique com os equipamentos de outras políticas públicas sociais como educação, habitação, assistência social e outras que colaborem com o problema de saúde ou até mesmo, resolva-o.

Destaca-se a compreensão de que os conceitos definidos como próprios do campo da saúde coletiva, e quase que obrigatórios no cuidado ofertado na atenção primária em saúde, devem perpassar todo o sistema de saúde, não distinguindo o hospital como elemento da organização sobre o qual a ideia de governança não se aplica, devido a representação do poder presente na fatia da assistência sobre sua responsabilidade.

Nesse sentido, Santos Júnior, Ribeiro e Azevedo (2004, p. 19) denominam:

[...] governança democrática os padrões de interação entre as instituições governamentais, agentes do mercado e atores sociais que realizem a coordenação e, simultaneamente, promovam ações de inclusão social e assegurem e ampliem a mais ampla participação social nos processos decisórios em matéria de políticas públicas.

Esse é o grande desafio que a gente assume com a nossa gestão aqui. Que é realizar esse modelo e reestruturar as prioridades... Foi quando começamos a discussão dos TEIAS; qual tipo de sistema que gostaríamos de ver implantado nessa cidade, qual tipo de sistema gostaríamos que acontecesse (ENC1).

Os TEIAS, melhor dizendo, eles são assim a materialização processual do entendimento de que não existe, na realidade, se você for analisar como profissional de saúde, uma divisão tão clara entre atenção primária e atenção hospitalar, existe atenção à saúde, e ela pode se dar em vários níveis, e em lugar de estar ideologicamente aprisionada, ela deve estar metodologicamente livre e adequadamente integrada (ENC3).

Ainda que o entendimento sobre a responsabilidade sanitária como atributo do Estado oriente a escolha e formulação das alternativas para a resolução dos problemas no âmbito da política de saúde, os gestores entendem que as mudanças não acontecerão a partir de normatizações, mas sim com o envolvimento dos atores (gestores, profissionais e a sociedade civil), em um processo de persuasão que leve a garantia da gestão por governança.

O que eu estou te falando é o seguinte, pragmaticamente falando você não pode ter um decreto para mudar a forma de entrada no sistema do Rio de Janeiro, porque historicamente, o cidadão busca a saúde através do sistema hospitalar. Então o que nós propomos é disciplinar esse acesso dando a ele a chance de efetivamente ser atendido (ENC3).

Não é uma responsabilidade só nossa, porque passa por uma reeducação desse usuário quanto a sua saúde. Para que eles possam ser protagonistas da sua saúde dentro do território a participação do usuário é importante. O profissional tem que trabalhar nesse sentido (ENC5).

A análise mostra que explicitamente a concepção do direito à saúde não se faz presente nas falas dos gestores, e desta forma não se mostra como eixo estruturante da proposta dos territórios integrados. Entretanto, é por meio da proposta de organização da rede de atenção à saúde do município que fica subentendido que a saúde é bem público a que todos os cidadãos têm direito e que deve ser provido pelo Estado de acordo com as diretrizes e princípios do SUS.

7.3 – CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O plano de construção da rede de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro por meio da metodologia denominada TEIAS, provem da motivação da nova gestão – Prefeitura e Secretaria de Saúde, em colocar o município na agenda política nacional como exemplo bem sucedido de garantia do direito à saúde, potencializada com a possibilidade de apoio financeiro proveniente do programa de investimento, do Governo Federal, denominado “Mais Saúde”. Este programa orienta os municípios a utilizarem o método TEIAS como referencial para a construção e/ou reorganização e efetivação da rede de atenção à saúde garantindo para estes investimentos para ampliar, reestruturar e modernizar os equipamentos de saúde e tecnológicos.

Historicamente, o município do Rio de Janeiro, na sua trajetória, a gestão não se caracterizou por adotar práticas participativas e integradas de construção da sua rede de saúde. Hipóteses para tal contexto são apresentadas, tais como, a ausência de uma coalizão política que induzisse o planejamento integrado entre os níveis de governo e entre os níveis assistenciais no desenho piramidal. A assistência era discutida a partir da oferta dos serviços e não da real necessidade da população.

Nunca se tinha trabalhado com território dessa maneira, apenas com o conceito de espaço geográfico, mas não a relação com o território com a população adscrita [...]. Na verdade, tentar casar com a lógica de formar uma rede de atenção a saúde no município do Rio de Janeiro é ter a população vinculada a um território sanitário (EDC1)

[...] nós chegamos ao extremo do município do Rio ser o que mais gasta com a rede hospitalar. No ano de 2008 nos gastamos 83% de todo recurso só no hospital e o restante com atenção básica, com vigilância e todos os setores. (...) É importante perceber o SUS no Rio nunca teve um planejamento organizado para todos os níveis de atenção e como isso surgiu (ENC1)

Cabe a nós organizar a rede. Temos uma maior quantidade de aparelhos de saúde, somos referência em alguns procedimentos, mas nos faltava essa organização de rede em base territorial. Essa territorialização vem a calhar pela história da construção dessa tendência de trabalhar a territorialização. É uma grande aposta (EDC3)

De acordo com Mendes (1993, p. 160),

[...] distrito sanitário foi entendido, na prática, com duas acepções distintas do termo: a “topográfico-burocrática” e como um “processo social”. A primeira define-se por um certo espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço.

É a concepção mais encontrada na experiência brasileira de implantação de distritos sanitários e é o caso do município do Rio de Janeiro.

“A transformação das formas de intervenção dos serviços de saúde sobre os problemas, necessidades de saúde e a demanda da população por serviços de modo a reorientar o modelo assistencial é a acepção de processo social do distrito sanitário” (MENDES, 1993, p. 161).

Tiveram algumas experiências em outros estados como SILOS, as áreas de cobertura do saúde da família, as discussões da área de abrangência das unidades de porta fechada que é a experiência de Campinas, de Betim, de vincular a população, a ideia é fortalecer o primeiro contato da população ao pertencimento e vinculação. Essa proposta é boa para o Rio de Janeiro que já está muito atrasado nesse conceito (EDC1)

A gestão 2009-2012, estimulada pelo programa Mais Saúde e experiências bem sucedidas, no mundo e no Brasil, de constituição de rede de saúde, propõe o redesenho dos seus territórios, levando em consideração as necessidades da população e a relação espaço

geográfico, hábitos, costumes e potencial. Para tal, re-divide as APs em territórios com aproximadamente 400 mil habitantes e a partir daí, os gestores das APs e suas equipes planejam um conjunto de equipamentos de saúde e de base territorial.

“O tipo de referencial que nos fez pensar nesse modelo sem dúvida foi o modelo do Reino Unido. O modelo do MS português e o modelo de saúde da família em Belo Horizonte” (ENC1).

O método TEIAS foi escolhido para uma cidade dividida em setores e APs, precisava de uma metodologia clara com uma bibliografia que pudesse embasar e que desse primeiro conta por ser muito organizada e que pudesse ser alterada conforme a necessidade; segundo, por ser um método claro onde as APs pudessem fazer um primeiro desenho no primeiro ano; terceiro por ter um componente de planejamento (ENC1).

Quando a gente começa a discutir TEIAS a gente discute geograficamente quem vai para onde, qual unidade de saúde é responsável por qual população, e qual a unidade de saúde, não é só atenção primária. A gente tem aqui no município do Rio, uma expansão da policlínica, da rede de apoio diagnóstico, direcionando quem é responsável por que área (ENC4)

A descentralização dos serviços de saúde e organização da rede de cuidado à saúde fundamentado no território, teve início, no Rio de Janeiro, por vontade política e foi prontamente acolhida pelas CAPs que apostaram na ideia e tentaram, de alguma forma, dar-lhe um corpo porque não havia um processo diretivo de orientação para implementação da metodologia TEIAS.

A gente tem que tomar cuidado nesse início para que essa reforma da atenção básica não possa implantar um modelo ignorando o desmonte anterior. Era uma colocação dos funcionários mais próximos. Então, a gente já sabia que essa metodologia dos TEIAS deveria acontecer de baixo para cima. Ela deveria acontecer descentralizada do nível central, deveria acontecer dos territórios para a secretaria. Colocando claramente qual é a proposta para o Município de 100% de saúde da família. A primeira área que fomos discutir o método TEIAS foi AP 53, por quê? Porque é a menor área e aonde há menor cobertura primária, muito mais permeável ao saúde da família. Então aproveitamos essa situação, fomos junto com a Superintendência das APs discutir como essa metodologia poderia ser implantada e estabelecer as referenciais do território. Foi como a gente começou de fato a desenhar a metodologia dos territórios, explicitar melhor (ENC1).

Hoje depende muito do gestor local, muito menos da secretária, em termos de operar esses territórios e se vai conseguir uma consistência de rede. A secretaria, na verdade, pontuou uma questão que era definir territórios para organizar as ofertas de saúde, cabe agora aos coordenadores não deixar essa ideia morrer (EDC1).

“A gente terminou a gestão passada em desalinho, nós sabíamos o que teríamos que fazer. Entretanto, não havia recurso para fazer a ampliação da rede, ela não conseguiu dar conta da precarização das instalações físicas, da precarização da força do trabalho” (EDC2).

Temos uma maior quantidade de aparelhos de saúde, somos referência em alguns procedimentos, mas nos faltava essa organização de rede em base territorial. Essa territorialização vem a calhar pela história da construção dessa tendência de trabalhar a territorialização. É uma grande aposta (EDC3).

É fato que o controle social sempre é referido como um ator escutado na implantação da proposta dos TEIAS em todas as APs. Observou-se nas falas que a proposição da política foi encaminhada pelo nível central após a tomada de decisão de que o TEIAS é o eixo orientador e norteador do desenho dos territórios para a constituição da rede de atenção à saúde no município, deixando transparecer forte vontade política na opção por essa metodologia. Entretanto, não houve a participação do controle social na fase de escolha desse método por parte da gestão da SMSDC-RJ.

Para gestão municipal do Rio de Janeiro sempre houve uma fragilidade política, há uma inconstância de gestão para você implantar determinada política. As políticas que vêm sendo implantadas são políticas de governo e não de Estado, quando o Governo troca não se mantém a política, constroem-se e desconstroem-se. A matriz institucional ainda é muito fraca no Rio de Janeiro (EDC1).

Alterar o modelo de saúde do Rio de Janeiro, disputar espaço com a saúde suplementar, conquistar a classe média de volta ao SUS e melhorar os indicadores de qualidade de vida das pessoas do Rio de Janeiro. Os principais indicadores, hoje, são de resultado e é assim que a gente pretende ser avaliado pelo prefeito (ENC1).

Existe espaço de discussões. Ainda é cedo, a partir da reforma da atenção primária teremos mais resultados. A ideia teve uma aceitação boa. A incorporação de planejamento de que tem que se trabalhar dentro de um território, é um objetivo intermediário que proporciona a mudança de cultura dos gestores. As pessoas estão sendo ouvidas para isso. Tanto as estruturas mais formais como os conselhos, quanto às informais das lideranças estão sendo ouvidas. Nos locais onde o saúde da família está implantado e conhece o território existe um retorno maior (ENC2).

“No conselho distrital, na verdade, a metodologia foi apresentada discutida e de certa forma foi reformulada” (EDC2).

Quando a gente fala de controle social, a gente não fala só de usuários, existem muitos interesses; é óbvio que houve resistência, a gente sempre discutiu sobre a mudança do modelo e quando a gente consegue de fato, encontramos muitas

barreiras de como se dará esses territórios, há uma disputa política no território (EDC5).

O método TEIAS tem potencialidades na organização da rede de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro. Contudo, as dificuldades para implantação desta política não são poucas, como se pode constatar nas falas a seguir:

Os positivos são a identificação das potencialidades e fragilidades de cada território, a oportunidade de refletir sobre as necessidades de saúde da população a partir da oferta de serviços existentes e a possibilidade de reorganização do modelo de atenção (EDC10).

Essa lógica nova traz algumas coisas, principalmente em relação às tecnologias humanas que havíamos perdido; tem a questão da escuta, porque a doença é diferente em cada indivíduo, porque ele habita em território diferente, convive com situações diferentes. Agora a gente tem a possibilidade de intervir (EDC5).

“O TEIAS me permite conhecer melhor todo território e a participação dos atores e os recursos que temos dentro de uma área otimizando-os. Acredito que por esse motivo o método TEIAS foi escolhido” (EDC6).

A falta de interação desse projeto na própria secretaria foi um obstáculo. Eu acredito que o coordenador é que é o responsável por vender esse projeto. No entanto, eu achava que os coordenadores estavam sendo postos de forma estratégica no processo e de repente eu vi a secretaria dividida em caixinhas; que não se falavam direito e a população não sabe disso (EDC5).

Eu tenho as mesmas dificuldades na minha área, a gente negocia e articula certas coisas mas, às vezes, a gente precisa da figura do Secretário para negociar em esferas maiores. A negociação é importante, mas tem o nível de governabilidade, às vezes, as outras esferas de negociação precisam também do secretário (Entrevista Grupo Focal 1 – EGF1).

Um dos obstáculos que eu percebi foi no desconhecimento dos profissionais sobre a metodologia, não conheciam e não foram convidados a participar. A gente costuma rejeitar o que não conhece. Quando cheguei reuni os diretores das unidades e apresentei o desenho (EDC4).

O grande desafio posto para a gestão 2009-2012 é redefinir os territórios na lógica da necessidade do cidadão e da coletividade. No caso do município do Rio de Janeiro, territorializar implica em envolver os três entes federados que dispõem de equipamentos de saúde, garantindo para o gestor do SUS municipal, nas instâncias central e local (CAP),

autonomia na forma de gerir, definir prioridades, tomar decisões e executar o orçamento.

A escolha pelo método TEIAS pretende desencadear um processo de diálogo e negociação com a gestão estadual e federal de saúde de tal modo que a gestão do SUS municipal do Rio de Janeiro cumpra suas atribuições constitucionais, sendo assim, o elemento principal do planejamento, execução e avaliação da saúde no território do município do Rio de Janeiro. A organização da oferta da atenção à saúde de modo articulado, o que supera a oferta de assistência, requer planejar as ações de vigilância em saúde, educação permanente, educação popular e promoção da saúde, entendendo que a necessidade passa a ser o elemento norteador do planejamento da saúde.

7.4 – INFLUÊNCIAS NO SUS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Se tomarmos os elementos do modelo de Kingdon (2003 *apud* CAPELLA, 2007), veríamos como eventos de mudança, nova gestão na Prefeitura, associada às parcerias político-partidárias e/ou coalizão de interesses e os eventos “externos” significativos como a Copa do Mundo de Futebol (o município é uma das sedes) e as Olimpíadas. Ao mesmo tempo em que torna visível a cidade do Rio de Janeiro e o estado do Rio de Janeiro, os problemas agudos aparecem juntos – segurança pública (da alçada do estado), saúde (da alçada do município), educação (indicadores internacionais). Há uma marca do Rio de Janeiro: lugar de beleza geográfica incontestável, porém, de má administração nas políticas públicas de segurança, saúde, educação, corrupção nos poderes do Estado – executivo, legislativo e judiciário.

No âmbito dos atores, a escolha pela atenção primária em saúde é quase diretiva. O “fio vertical” que liga a SMSDC-RJ ao MS é frágil, pois, o investimento, esperado do MS pelo Mais Saúde, não se realizou na totalidade esperada, o que comprometeu o projeto de execução dos investimentos na área da saúde.

“Então a primeira base para essa discussão foi a vontade do prefeito, a expressa vontade e direcionar o planejamento para isso” (ENC1).

“O ponto mais facilitador é a vontade política, é a que faz toda a diferença. Para mim é o ponto forte, existe toda uma facilitação por partir de uma vontade política” (EDC9).

“O fator principal é a determinação política e o investimento que está ocorrendo nesta direção, fundamentais para a velocidade de evolução da implantação da metodologia” (ENC2).

Acho que é vontade do Prefeito e a vontade do gestor (o secretário); na realidade acho que foi também a vontade de todas as pessoas que compõem o cenário político atualmente no Município. Digo isso, porque antigamente todo mundo queria usar a saúde para se eleger com várias modalidades (EDC9).

As eleições continuam no cenário de interesses dos políticos, entretanto, há outros componentes nesse cenário que ganham importância e sustentam um projeto de longo prazo. Tal projeto é a visibilidade que o país adquiriu por sediar eventos de grande porte e repercussões sociais e econômicas no combate à pobreza. Frente às restrições colocadas pela redução dos repasses para investimentos na saúde, o Prefeito busca outra fonte de investimento que é a receita própria do município, porém o ritmo de implantação do projeto é comprometido. Ainda assim, a prefeitura demonstra forte interesse em dar continuidade ao projeto, o qual integra a expansão da atenção primária de saúde por meio da estratégia saúde da família. Tudo isso, não parece comprometer a motivação e o compromisso dos gestores e do corpo técnico com o projeto.

“Eu penso que mudou bastante. Primeiro, eu acho que, a partir de 2009, criou-se uma política pública municipal de saúde que não havia antes aqui” (EGF2).

“O momento político foi importante casando com o interesse dessa equipe da coordenação” (EDC5).

A adesão dos profissionais, do conselho distrital, dos coordenadores de áreas programáticas, diretores das unidades, dos funcionários que participaram desse planejamento que inicialmente aconteceu em uma área mais que depois foi difundido para outras áreas (ENC1).

Hoje, eu sinto que essa vontade política surge em níveis acima do Prefeito, o desejo de buscar organizar a saúde das várias hierarquias de forma a se contemplar mais a necessidade da população. Os fins não vou discutir, mas os meios, espero que venham certo. Essa vontade dos vários níveis hierárquicos que temos atualmente, que pode ser da União, eu acho que essa vontade, pode dar certo (EDC9).

Diferentemente de outras épocas, nas quais, a capital do Rio de Janeiro competia com o estado por recursos federais adicionais, atualmente, percebe-se que a coalizão política e o papel que o município do Rio de Janeiro assume no cenário internacional favorecem a alocação de recursos, inclusive dos provenientes do tesouro estadual. O setor saúde encontra-se favorecido neste aspecto para o desenvolvimento da atenção primária e a organização da rede de atenção à saúde.

A rede federal investe em atenção terciária no Rio de Janeiro, é a cidade que mais recebe investimento nessa área. Com relação a rede estadual, também podemos dizer que é a cidade que mais recebe investimento estadual, então a prioridade é investir na atenção primária com implantação do saúde da família. O que é responsabilidade municipal (ENC1).

Quando nós entramos na transição, nós tínhamos uma proposta elaborada com a participação dos atores do estado, apoiada pelo governo federal. O pessoal da vigilância em saúde entrou de cabeça apoiando a gente no desenvolvimento dessa proposta. Então éramos os novos gestores municipais, um plano desenvolvido por atores estaduais e com grande incentivo do governo federal, uma total integração que apontava que o caminho era esse, como foi colocado pelo ministro Temporão quando ele tomou posse, e falou vamos desvendar a esfinge que é o Rio de Janeiro. Eu acredito que a organização do sistema possa trazer o desvendamento dessa esfinge do Rio de Janeiro (ENC4).

O projeto de expansão da atenção primária em saúde do município do Rio de Janeiro sofreu influências tal como colocado no modelo de Kingdon (2003 *apud* CAPELLA, 2007), sejam essas influências da mídia ou do campo da indústria farmacêutica e de equipamentos, ambos sobre o modelo a ser desenhado para dar conta das necessidades dos cidadãos. O modelo se configura a partir das demandas criadas por esses elementos que geram interesses pelo lucro imediato ou pela indução de procedimentos de maior complexidade tecnológica que se dá por demanda reprimida pelo não acesso do cidadão a níveis da atenção primária, o que agrava ou potencializa as suas necessidades de cuidado.

E hoje a gente tem um sistema que não funciona em rede não respeita qualquer distribuição territorial muito pouco planejado em cima da necessidade da população e sim muitas vezes por demanda política ou necessidade de outros atores dessa sociedade. Isso acontece com qualquer sistema que não tenha o planejamento muito forte e a pressão da mídia direciona os recursos para os hospitais e para urgências e emergências, o que atende a demanda imediata da população da pressão das indústrias e empresas de tecnologia para alta complexidade e aí nos chegamos ao extremo do Município do Rio é o que mais gasta com a rede hospitalar (ENC1).

A grande questão da implantação do saúde da família nas grandes cidades é a pressão exercida pelos planos de saúde e pela saúde complementar para não perder espaço no SUS. Claramente isso se evidencia quando há implantação no Município em que há grande cobertura da saúde complementar (ENC1).

Outras influências que interferem no modelo de atenção à saúde ofertada a população são os interesses dos políticos locais que mobilizam as comunidades nas quais atuam disseminando suas crenças e vontades, que podem resultar em apoio ou rejeição ao projeto. Muitas das vezes estas influências fazem com que a população passe a acreditar que a vontade

do político seja o melhor caminho para a garantia da assistência a saúde confrontando-se com o desenho técnico do modelo de atenção à saúde, desenhado pela política pública de saúde.

“E sempre como escolha para implantação dessas unidades algumas demandas políticas específicas de algum vereador para que ocorresse” (ENC1).

Na tomada de decisão não se percebe a participação do controle social, que integra a gestão do SUS, seja por meio da discussão que antecedeu a escolha do método TEIAS para a construção da rede de atenção à saúde, seja na deliberação institucional por este método. Sendo assim, o controle social passa a ser visto como influência externa à escolha do método. Assumindo papel de relevância a partir da disseminação do projeto para a gestão local (APs), e conseqüentemente para a sua implantação.

“A escolha em si não teve participação popular, mas o processo de construção das TEIAS está tendo a participação popular” (ENC2).

“Que eu saiba não houve participação popular na escolha da metodologia TEIAS, na verdade, está ligado mais a uma proposição técnica do que uma proposição política e popular” (EDC1).

Acho que é uma coisa que incomoda qual a legitimidade dessas pessoas que representam a vocalização daqueles que estão na comunidade. Esse é um questionamento que temos que fazer, mas temos que reconhecer porque essas pessoas foram eleitas. O que está ali é o interesse da população então, vamos lutar por isso. Mas cansa, não é? Existem outros interesses também. Infelizmente temos que questionar a legitimidade dos conselhos, mas nunca de quem está ali representado porque ele foi eleito (ENC4).

“O nascedouro disso é muito ruim, a primeira coisa é reconhecer que o gestor maior é o coordenador de saúde, o processo foi construído sem a presença dos coordenadores saúde” (EGF1).

A trajetória pela qual os TEIAS se configuram como proposta para sustentar as bases do desenho da política nacional de saúde passa por um amplo debate histórico do movimento nacional de saúde que é respaldado pelas entidades associativas dos gestores da saúde como, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o órgão de representação do controle social que é o CNS. Este debate tem sua origem no corpo do MS que vê a proposta dos TEIAS como um elemento fundamental para o desenvolvimento da gestão da saúde no Brasil.

O município do Rio de Janeiro assume o método TEIAS motivado pelo projeto Mais Saúde que possibilita o repasse de recursos para investimentos na área de saúde. A

necessidade de responder prontamente ao MS, a adesão ao projeto, nos parece ter sido o fato mais relevante que coloca o controle social e a gestão local (CAPs) fora da fase de debate e tomada de decisão.

A TEIAS é uma proposta do CONASEMS com participação do Conselho Nacional de Saúde. Algumas políticas são macro, independente de se ter a aprovação ou não dos conselhos. Essas questões não entram para serem discutidas com os conselheiros, o que ocorre é a discussão de como isso irá acontecer (ENC1).

“O nascedouro disso é muito ruim, a primeira coisa é reconhecer que o gestor maior é o coordenador de saúde, o processo foi construído sem a presença dos coordenadores de saúde” (EDC9).

Este fato não compromete a adesão do controle social ao projeto. Motivados pela possibilidade de ampliação e organização da rede de atenção à saúde tornam, o controle social e os elementos lideranças das comunidades, aliados no planejamento para a execução do projeto, mesmo que em alguns momentos ou situações discordem da forma proposta pela secretaria municipal de saúde.

O fato de ter uma baixa cobertura você consegue como facilitador uma mobilização das lideranças comunitárias muito envolvidas na questão da expansão, à medida que eu apresentei o TEIAS, eles não conheciam, então acabou tendo muita resistência em transformar uma unidade tradicional em PSF. A medida que eles entenderam que isso é algo provisório, eles começaram a participar como por exemplo na escolha dos terrenos (EDC4).

Quando a gente fala de controle social, a gente não fala só de usuários, existem muitos interesses; é óbvio que houve resistência, a gente sempre discutiu sobre a mudança do modelo e quando a gente consegue de fato, encontramos muitas barreiras de como se dará esses territórios, há uma disputa política no território. Encontramos resistência dos profissionais, não em relação à filosofia do modelo, mas quando você fala de regulação você mexe com os interesses, não existiria mais o padrinho na UBS [unidade básica de saúde] por exemplo. Isso tudo é uma caixinha de interesses que a gente tem movimentado e temos ido discutir nos territórios para garantir os 100% (EDC5).

[...] uma organização da comunidade reivindicou a implantação de uma clínica de família [...] em um espaço em frente à creche; discutiram profundamente o que representaria a implantação de uma clínica da família em termos de prevenção ou promoção, a descrição de clientela, cuidado com a responsabilização. Essa discussão foi feita com cuidado nas comunidades e teve uma boa adesão, na verdade foi uma discussão já posta pela secretaria foi a partir dessas discussões é que através do diálogo é que se teve um produto final até o momento (EDC2).

Apesar, das influências e da configuração clara de elementos externos ao processo de decisão de adesão ao método, a SMSDC-RJ mantém-se articulada entre si, com os demais entes federados e o controle social, o que representa fator fundamental para a execução exitosa do projeto.

A escolha da metodologia foi do grupo técnico de profissionais da subsecretaria de atenção primária e foram discutidas pelas coordenadorias das APs. A contribuição e a participação foram fundamentais para o melhor andamento desse processo. Ajustes foram feitos ao longo desse caminhar de acordo com as necessidades locais (ENC1).

“O que mostra que um caminho com bom planejamento também ganha o apoio político. Um planejamento claro que todo mundo consegue entender, alcança mais espaço na disputa pelo orçamento” (ENC1).

“Nas áreas da cidade onde temos equipamentos estaduais, municipais e federais, teremos mais dificuldade, mas trabalharemos com a integração dos serviços” (ENC2).

A gestão da política pública de saúde no município do Rio de Janeiro encontra um cenário de diversidades que leva ao desenvolvimento de ideias e projetos criativos, possibilitando ao gestor exercitar possibilidades de fluxos entre problemas e soluções não necessariamente ajustados com o foco no resultado. O que pode parecer um grande obstáculo pode se tornar uma oportunidade para desenvolvimento bem sucedido do projeto.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra que o projeto de construção da rede de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro, de modo territorializado pode vir a ser um indutor ao processo de efetivação do SUS, garantindo acesso universal, equânime e integral. Percebe-se nas falas dos entrevistados uma visão muito mais técnica de organização de processos de trabalho gerencial do que uma possibilidade de transformação da política pública de saúde no município capaz de traduzir esses princípios constitucionais para o cotidiano dos serviços nas relações com a sociedade.

A escolha deste método requer desenvolver no corpo técnico e da gestão da secretaria, competências para dialogar com a sociedade no sentido de construir um modelo que não apenas cumpre determinações, mas compartilha as decisões em um modelo de gestão baseada na governança.

O estudo nos possibilitou reconhecer os elementos envolvidos na escolha do método TEIAS, na perspectiva dos gestores, das instâncias centralizada e descentralizada do SUS do município do Rio de Janeiro. Analisaram-se as potencialidades e as limitações do TEIAS para desenvolver a política pública de saúde inscrita na CF/88.

Retomando os três fluxos que representam o modelo de Kingdon (2003); dos problemas, das soluções ou alternativas e das políticas, percebe-se que uma nova proposta de gerir desencadeia mudanças na gestão do SUS municipal no Rio de Janeiro. A saúde ainda é apresentada como um tema potencial para a indução ao voto em eleições, porém a atual gestão da SMSDC-RJ incorpora este elemento político como um indicador que tem peso relativo na tomada de decisões, possibilitando avançar no projeto de implementação dos princípios constitucionais da saúde, fundamentado na expansão da atenção primária.

Os obstáculos ao referido projeto, sejam eles de ordem interna ou externa, determinam soluções ou alternativas nem sempre coerentes com os problemas da gestão em saúde. Internamente, a distribuição desigual dos serviços de saúde existentes, os hospitais como unidades predominantes no conjunto dos serviços, os conflitos entre as instâncias central e descentralizada de gestão da SMSDC-RJ, a dicotomia na gestão da assistência hospitalar e da atenção primária em saúde no âmbito das CAPs. Externamente, o compromisso com o MS com a expansão da ESF associado às melhorias da infra-estrutura urbana via Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), o programa Mais Saúde que não disponibilizou os investimentos esperados para a ampliação da atenção básica, ainda assim, não houve alterações significativas na proposição dos recursos financeiros a serem alocados no projeto. Entretanto, observou-se que o ritmo da implementação do projeto foi comprometido em decorrência, não somente da alocação de recursos financeiros, mas também devido a fatores da ordem burocrática da máquina pública.

Um dos grandes desafios da gestão da saúde é como administrar os conflitos gerados pela inexistência de instâncias decisórias horizontais com a proposta de gestão pela governança e a utilização do potencial participativo do método TEIAS. Outro desafio é a capacidade de persuasão do núcleo central da gestão com relação à gestão descentralizada e aos técnicos que tem distintos tempos históricos de trabalho na saúde e com isso mostram-se com diferentes manifestações de motivação, de compromisso, envolvimento e interesses.

Pelo método de análise este cenário de diferentes manifestações faz com que o processo de definição da agenda e da escolha de soluções para os problemas não seja normativo. As características da formulação de políticas, complexidade, fluidez e falta de clareza são elementos presentes no projeto de gestão da SMSDC-RJ.

9 – REFERÊNCIAS

ATLAS.TI. The Knowledge Workbench: visual qualitative data analysis. Version: Win 5.0. Berlin: Scientific Software Development, 2003-2008.

BRASIL. Lei Eloy Chaves, Decreto nº. 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Diário Oficial da União, Brasília, 28 jan. 1923.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1997.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 118 p. (Série D. Reuniões e Conferências). (Série Cadernos Metropolitanos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS nº. 4: temático saúde da família*. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em <<http://www.almg.gov.br>>. Acesso em: 18 de ago. 2009.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 12 de jun. 2009.

CAPELLA A.C.N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 87-124.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

GOHN, M.G. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JÚNIOR, O.A.; RIBEIRO, L.C.Q.; AZEVEDO, S. (Orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan Fase, 2004. p. 57-93.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 397 p.

KINGDON, J. Agendas, alternatives, and public policies. 3. ed. New York: Harper Collins, 2003. 280 p.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 352 p.

<[http://idt.bvs.br/idthmod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuld=2&subject=healthPolicies&search=\(\\$\)*\(introduction/\(chanel\)\)>](http://idt.bvs.br/idthmod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuld=2&subject=healthPolicies&search=($)*(introduction/(chanel))>). Acesso em: 14 de mai. 2009.

MELLO, E.C.P.; CUNHA, F.T.S. *Município do Rio de Janeiro: necessidades de saúde e organização dos serviços de saúde. Relatório de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

MENDES, E.V (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993. 310 p.

MENDES, E.V. *Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde*. Minas Gerais: Secretaria Municipal de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENICUCCI, T. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.303-326, 2007.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. Ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2000. 269 p.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Societ*

OUVERNEY, I.N. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 1.110 p.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PAIM, J.S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2007. 154 p.

RIO DE JANEIRO. Superintendência de Integração das Áreas de Planejamento. Plano de Gestão da SIAP: 2009-2010. Documento base. Rio de Janeiro: Superintendência de Integração das Áreas de Planejamento, 2009.

RIO DE JANEIRO. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. *Breve relato sobre a formação das divisões administrativas na cidade do Rio de Janeiro: período de 1961 a 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2010.

RODRIGUES, P.H.A.; SANTOS, I.S. *Saúde e cidadania: uma cisão histórica e comparada do SUS*. São Paulo: Atheneu, 2008. 165 p.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TESTA, M. *Pensar saúde*. Porto Alegre-Rio de Janeiro: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 324 p.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A.L.A. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

APÊNDICE 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisa – ESTUDO DA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: A ESTRATÉGIA DOS TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa tem por propósito estudar a formulação da Política Pública de Saúde no município do Rio de Janeiro, na gestão que iniciou em janeiro de 2009, por meio da análise da escolha do gestor do SUS municipal pela estratégia dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), em implantação. A presente pesquisa tem como objetivos: reconhecer os elementos constitutivos da fase de formulação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS, no município do Rio de Janeiro; Descrever o processo metodológico utilizado na formulação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS, no município do Rio de Janeiro; Analisar as potencialidades e as limitações do desenho dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS, para desenvolver a política pública de saúde inscrita na Constituição Federal de 1988.

Todas as informações obtidas e os resultados serão guardados de forma que as pessoas que não estejam trabalhando na pesquisa não terão conhecimento. Além deste requisito, também compromete-nos a não identificar os participantes da pesquisa (sigilo e anonimato). Trata de pesquisa para o desenvolvimento da dissertação de mestrado do pesquisador, sob orientação da Professora Fátima Teresinha Scarparo Cunha.

O(a) senhor(a) não é obrigado a participar deste estudo se não o desejar. Em caso de dúvidas, fale com o investigador principal do estudo.

Este termo de Consentimento explica o estudo que estamos realizando. Por favor, leia com atenção e faça perguntas sobre qualquer coisa que o (a) senhor(a) não tenha entendido. Caso não tenha perguntas neste momento, o(a) senhor(a) poderá fazê-las posteriormente. Procure estar ciente de todas as suas opções, antes de assinar este Termo. A sua assinatura abaixo significa que o(a) senhor(a) entendeu a informação fornecida sobre o estudo e sobre este Termo de Consentimento. Ao assinar este Termo, o(a) senhor(a) estará concordando em participar do estudo.

Agradecemos a sua colaboração respondendo a esta entrevista.

Mestrando Edson Alves de Menezes e Professora Fatima T. Scarparo Cunha
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Endereço: Rua Xavier Sigaud, 290
Urca – Rio de Janeiro – R. J. - Telefones (021) **telefone fixo** 94013232
edsonmenezes@hotmail.com

| |
|---|
| Nome: _____. |
| Endereço: _____ |
| _____ |
| _____ |
| Telefone: _____. |
| Assinatura do Participante: _____. |
| Assinatura do Responsável: _____. |
| Local e data: _____, _____ de _____ de _____. |

Comitê de Ética em Pesquisa – SMS-RJ
Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701, Cidade Nova
Telefone: 2503-2024 e 2503-2026
Email: cepsms@rio.rj.gov.br

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa – ESTUDO DA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: A ESTRATÉGIA DOS TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este roteiro de entrevista faz parte de uma pesquisa institucional sobre a formulação da política pública dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro. Sua participação é muito importante para que possamos compreender a formulação dessa política pela SMSDC/RJ. Seu nome será mantido em sigilo. É importante que você assine o termo de consentimento para que suas respostas possam ser consideradas válidas. Agradecemos sua colaboração.

1. Quais os objetivos e metas da nova gestão da SMSDC/RJ para os próximos 4 anos?
2. Qual a sua avaliação sobre a política pública de saúde municipal do Rio de Janeiro vigente até 2008?
3. Quais foram os propósitos e/ou motivações para escolha da metodologia dos TEIAS?
4. Havia outras possibilidades de escolha para a política pública municipal de saúde na nova gestão da Prefeitura?
5. Quais os atores e instituições que influenciaram essa escolha?
6. O/A Sr./Sra. considera adequada a escolha dessa metodologia para uma cidade com o porte e as características do Rio de Janeiro?
7. Houve a participação popular, através dos movimentos sociais ou do controle social, no processo de formulação e a escolha desse método?
8. Se houve participação da sociedade nesse processo, discorra como se deu?
9. O que a proposta das redes de atenção à saúde, por meio do método TEIAS, busca atingir com sua implantação?
10. Quais são as potencialidades e as limitações à implantação dos TEIAS no objetivo de assegurar os princípios constitucionais do SUS?

11. Na sua avaliação, quais são as regiões da cidade nas quais os TEIAS são potencialmente aplicáveis? Por quê?
12. Com a priorização de algumas APs para cobertura em 100% do seus territórios com a Estratégia Saúde da Família, quais as ações que serão realizadas para assegurar a rede de atenção à saúde, ou seja, a média e alta complexidade?

Contato: edsonmenezes@hotmail.com/ Telefone: (21) 9401323

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

Componentes: Coordenadores das 10 Áreas de Planejamento da Saúde do município do Rio de Janeiro;

Tempo: 1 hora e 30 minutos

- 1) Como se caracteriza a política pública de saúde no município do Rio de Janeiro?
- 2) Como se caracteriza o Sistema de Saúde municipal?
- 3) Quais os objetivos e metas da nova gestão da SMSDC/RJ para os próximos 4 anos?
- 4) Como foi a escolha dos TEIAS? Quais as potencialidades e os obstáculos para assegurar o direito à saúde?
- 5) Qual o papel da Coordenação de Área de Planejamento para alcançar os objetivos e metas traçadas para os próximos 4 anos?

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 298A/2009

Rio de Janeiro, 07 de dezembro de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenadora:
Salesia Felipe de Oliveira

Vice-Coordenadora:
Suzana Alves da Silva

Membros:
Andréa Estevam de Amorim
Alice de C. A. Vinhaes
Bráulio dos Santos Júnior
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
Clotilde Teixeira
Elisete Casotti
José M. Salame
Jucema Fabrício Vieira
Márcia Constância P. A. Gomes
Maria Alice Gunzburger
Nara da Rocha Saraiva
Pedro Paulo Magalhães Chispim
Rafael Aron Abitbol
Sandra Regina Victor

Secretárias Executivas:
Carla Costa Vianna
Renata Guedes Ferreira

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 208/09
CAAE: 0245.0.314.000-09

TÍTULO: Estudo da formulação da política de saúde do município do Rio de Janeiro: a estratégia dos territórios integrados de atenção à saúde.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Edson Alves de Menezes.

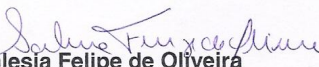
UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Subsecretaria de Atenção Primária.

DATA DA APRECIACÃO: 07/12/2009.

PARECER: APROVADO.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577