



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Rita de Cássia dos Santos Moura

**O Programa de Agentes Comunitários de Saúde
adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma
análise das suas concepções**

Rio de Janeiro

2009

Rita de Cássia dos Santos Moura

**O Programa de Agentes Comunitários de Saúde
adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma
análise das suas concepções**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M929 Moura, Rita de Cássia dos Santos.
O Programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma análise das suas concepções / Rita de Cássia dos Santos Moura. – 2009.
107f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2. Serviços de saúde comunitária – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 3. Cuidados primários de saúde – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 4. Serviços de saúde pública – Rio de Janeiro (RJ) – Tese. 5. Política de saúde – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rita de Cássia dos Santos Moura

**O Programa de Agentes Comunitários de Saúde
adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma
análise das suas concepções**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 05 de maio de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Oliveiro, in memoriam, pelo exemplo de dignidade até na sua finitude.

À minha filha, Millena, para quem este trabalho possa ser exemplo de perseverança e superação.

Ao meu companheiro, Luiz Fernando, nesta vida meu marido, por sempre acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

Chego ao fim de mais uma etapa da minha vida. Neste percurso, pude contar com muitas pessoas que me incentivaram, apoiaram e acreditaram que seria capaz de concluí-la.

Aos meus pais, que sempre me ensinaram a não desistir de lutar pelos meus ideais.

À minha filha querida Millena, que mesmo sendo privada do meu convívio, pelas muitas horas de isolamento necessárias à execução deste estudo, nunca deixou de me estimular a concluí-lo.

Ao meu querido Luiz Fernando, por ter compartilhado momentos de aflição e insegurança, acreditando, mais uma vez, que eu seria capaz.

À Luciana Borges, amiga amorosa, por ter compartilhado deste sonho desde o início, me incentivando e ajudando a percorrer este caminho.

À Ângela Rego, por me incentivar, permitindo o afastamento inicial de minhas atividades profissionais.

À Cristina Salgado, pela surpresa do convívio e concessão de licença para a conclusão deste trabalho.

À amiga Denise Tavares, por demonstrar o seu carinho, me incentivando com palavras e mensagens de estímulo.

À Nina Prates, amiga que me ouvia nos desabafos, quando tudo parecia impossível.

À amiga Vera Pacheco, por compartilhar da minha ansiedade, me fazendo crer que tudo terminaria bem.

Ao Gabriel Ferrari pela leitura interessada desta dissertação.

Aos professores do Instituto de Medicina Social pelo convívio agradável e competência.

À Adriana Aguiar e Gustavo Matta, membros da banca de qualificação, pelas preciosas contribuições.

À Prof.^a Jane Sayd pela leitura da dissertação e presteza em tecer os comentários necessários ao seu aprimoramento.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica, da Biblioteca e do laboratório de informática, sempre prontos a colaborar.

A todos os meus companheiros do mestrado, em especial Djynnana, Sueli, Priscilla, Márcia Valéria, Kátia, Kali e Liliane pelo convívio fraterno.

À Dulce, carinho especial por sua preocupação, ajuda e solidariedade constantes.

Àquele que me acolheu com sua generosidade, aceitando me orientar nesta trajetória, respeitando as minhas escolhas, Ruben Mattos, a você todo o meu carinho, respeito e agradecimento. Sua competência permitiu que eu caminhasse no sentido de vencer este desafio.

RESUMO

MOURA, Rita de Cássia dos Santos. *O Programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma análise das suas concepções*. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este trabalho trata de um estudo sobre uma experiência de adaptação do modelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, executado pela Coordenação de Saúde da Comunidade, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no período de 2002 a 2005, que se coloca com certa divergência ao projeto político do Ministério da Saúde. Propõe-se a apresentar o contexto em que surge essa proposta e identificar e analisar as concepções da sua formulação. Poucos foram os documentos oficiais disponíveis para este estudo, transformando as entrevistas na técnica primordial para a realização do mesmo. Verificamos que havia um vazio de formulação de uma política de mudança da atenção básica para a cidade e, dessa forma, a oportunidade para formulações técnicas de modelos experimentais se colocou. Nesse cenário, surge a proposta da implantação de equipes de PACS, como uma tentativa de dar resposta aos obstáculos colocados à expansão da ESF, sendo aproveitado para ser adaptado de forma a aumentar a oferta de ações da atenção básica, nas áreas consideradas estratégicas pela NOAS 01/01.

Palavras-chave: Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Básica. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This work is about a study on an adaptation experience of the model Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Health Community Agents Program), conducted by the Community Health Coordination, at Rio de Janeiro Municipal Health Secretary, from 2002 to 2005, that is presented with a certain anachronism to the political project of the Health Ministry. It proposes to present the context in which this proposition arises, and to identify and analyze the concepts of its formulation. Few were the official documents available for this study, what made the interviews the primordial technique able to carry out the study. We observed that there was a void in the formulation of the policy of change from the basic health care for the city and, therefore, the opportunity for technical formulations of experimental models were opened. In this scenario arises the proposal of implantation of the PACS groups, as an attempt to refute the obstacles posed to the expansion of the ESF, used to be adapted so as to increase the offer of actions of the basic health care, in areas considered strategic by the NOAS 01/01.

Keywords: Health Community Agents Program. Basic Health Care. Health Policies.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	15
1.1 Da atenção primária à saúde da OMS à atenção básica à saúde no Brasil	15
1.2 A atenção básica à saúde e seu deslocamento na agenda setorial	24
1.3 A atenção básica como proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família	28
2 ALGUMAS QUESTÕES METODOLÓGICAS	39
3 OS CAMINHOS DA ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	45
3.1 De capital federal à cidade do Rio de Janeiro – Reflexos na Rede de Serviços de Saúde	46
3.2 O início da atenção primária de saúde na cidade	48
3.3 Os rumos da atenção primária na cidade, após o SUS	52
3.3.1 <u>A experimentação de modelos alternativos</u>	57
3.3.2 <u>O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família nesse cenário</u>	65
3.3.2.1 Algumas considerações acerca da conjuntura da expansão - 2002 a 2005	73
4 A ADAPTAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	98
ANEXO A – Roteiros de entrevistas	104
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido	106

APRESENTAÇÃO

Este trabalho trata da formulação de uma proposta de modalidade de atenção básica na cidade do Rio de Janeiro, que foi designada como PACS adaptado. O desenho da pesquisa guarda relação direta com minha trajetória de atuação profissional. Como enfermeira, minha atuação na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sempre se deu na área de atenção básica, desde 1982. Nesses muitos anos de atividade, pude acompanhar fatos e participar de muitos momentos da história da configuração da assistência à saúde na cidade. Tive também a oportunidade de participar dos diversos níveis organizacionais desta instituição, desde o nível local, em unidades básicas, passando pelo nível regional, onde desempenhava atividades de assessoria do gestor da Coordenação de Saúde da Área de Planejamento 5.2,¹ até a minha incorporação, em 2002, ao grupo que compunha a Coordenação de Saúde da Comunidade (CSC) no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).

Ao longo desse período, havia uma inquietação que me acompanhava em relação ao modelo adotado para a atenção básica, uma vez que eu percebia que o mesmo não dava conta de atender às demandas da população. Com isso me impulsionando, busquei ampliar meus conhecimentos sobre essas questões e, desse modo, comecei a participar de diversos cursos, e dentre os quais o curso do Programa de Saúde da Família para gestores locais da SMS/RJ, realizado em 1998. Iniciou-se aí o meu interesse pelo tema Saúde da Família, uma vez que este apontava na perspectiva de mudança do modelo assistencial e organização do

¹ Uma das dez regionais de saúde em que foi dividido o município do Rio de Janeiro, a partir de 1992.

sistema de saúde e que acenava com a possibilidade de ampliação de acesso aos serviços, bem como de melhoria da resolutividade do sistema.

Nesse meu engajamento, passo a atuar na CSC/RJ, onde pude participar de uma iniciativa que ficou conhecida como a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi planejada em 2002 e teve início em 2003. Esse projeto contemplava a implantação não só de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), como também equipes de Programa de Agentes Comunitários (PACS). Durante esse processo de implantação, desenhou-se na Secretaria Municipal uma modalidade de assistência que foi chamada de PACS Adaptado, uma vez que possuía exatamente essa conotação, ou seja, de ser uma adaptação do PACS preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) à rede de serviços da atenção básica da cidade.

Dessa minha passagem pelo nível central da SMS/RJ, ficou como saldo a oportunidade de participar da proposição e execução dessa adaptação do PACS.

Em 2005, nova gestão assume a SMS/RJ e o grupo técnico da CSC, do qual eu fazia parte, é desfeito. Novos rumos começam a ser dados a essa proposta de expansão ainda por ser concluída. Percebo que o PACS adaptado não tem significado para os novos gestores. Estes têm como proposta transformar todos os PACS, adaptados ou não, em PSF. Instigada a entender melhor esses fatos e buscar explicação para a desvalorização de uma proposta – sem que a mesma tivesse sido sequer analisada –, busco o mestrado em Saúde Coletiva e trago comigo o desejo de investigar essa experiência.

Ao longo do mestrado, fui delineando com mais clareza a necessidade de proceder a algumas escolhas fundamentais para estruturar minha investigação. De

um lado, vislumbrava a possibilidade de desenvolver uma análise das práticas assistenciais nessa modalidade adaptada da atenção básica. De outro, imaginava focalizar na investigação os aspectos inerentes às concepções e aos entendimentos teóricos que contribuíram para forjar essa proposta de arranjo da atenção básica, bem como sobre as condições concretas que possibilitaram tal formulação, uma vez que a mesma parecia ser anacrônica com as propostas do Ministério da Saúde.

Compreendendo, como nos diz Minayo (2006, p. 47), que *“pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real, nele encontrando razões e objetivos”*, optei por este último caminho, que me remeteu ao campo da formulação. Tal escolha pareceu-me mais coerente com minha implicação nesta iniciativa. Por outro lado, como esta se fez a partir do nível central da gestão, e não do nível de atuação na prática da atenção básica, pareceu-me que colocar em exame os entendimentos teóricos que orientaram a formulação dessa proposta deveria anteceder a análise de suas práticas.

Dessa forma, propomos neste trabalho analisar as concepções do modelo PACS adaptado à cidade do Rio de Janeiro, buscando identificar os atores envolvidos e compreender os sentidos dos atos e das decisões atribuídos por eles a esse objeto e em qual contexto se deu a proposta dessa adaptação.

Na exploração desse fenômeno, percebemos que a iniciativa do PACS adaptado havia se dado no contexto de um campo em que não se tem registro suficiente, com baixíssima preocupação em documentar a proposta. Logo no início, saltava aos olhos a constatação de que a mesma se constituiu exclusivamente no âmbito de um grupo de técnicos na secretaria municipal, sem a participação de outros atores. Dessas primeiras constatações, derivou uma característica desta

investigação: a necessidade de trabalhar com entrevistas de pessoas que participaram do desenho dessa proposta do PACS adaptado, para resgatar de alguma forma a sua memória desse processo. Nesse sentido, esse movimento implicava também, de certo modo, repensar a minha própria memória e com isso, buscamos utilizar o material das entrevistas para escapar das amarras da minha experiência, o que Chizzotti (2001, p. 82) define como “se despojar de preconceitos, predisposições para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa”.

A percepção da baixa sistematização desse processo de formulação influenciou também as escolhas sobre o formato deste texto. As lacunas de documentação não se restringem à iniciativa que tomamos como objeto principal desta investigação, mas se estendem ao conjunto da política de saúde no âmbito do município do Rio de Janeiro.

Contudo, nas entrevistas, percebemos que parte dessas lacunas sobre a política de saúde nesse período, na cidade do Rio de Janeiro, poderia ser preenchida, uma vez que as mesmas nos ofereceram uma série de informações sobre o contexto mais geral, evidenciando elementos que, junto com as informações disponíveis de outras fontes, nos permitiram fazer o cotejamento entre elas.

Com isso, optamos por um arranjo geral do texto, em que a percepção da existência de certa divergência entre a política nacional e a política regional se coloca no primeiro capítulo. Nele buscamos fazer um breve resgate histórico da construção da Atenção Básica no Brasil. Partimos das experiências baseadas no movimento da medicina preventiva, ressaltamos, como marco da Atenção Primária à Saúde, a Conferência Internacional de Alma-Ata. Descrevemos como se dá o

deslocamento da Atenção Básica na agenda setorial, até a sua centralidade como proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, através da institucionalização, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa de Agentes Comunitários, em 1991, e do Programa de Saúde da Família, em 1994. Abordamos, também, o desafio imposto para a expansão da Estratégia de Saúde da Família² em grandes metrópoles e o cenário de cobertura pelos dois modelos, PSF e PACS, na cidade do Rio de Janeiro.

O capítulo 2 traz o caminho metodológico percorrido, explicitando o desenho da pesquisa, os movimentos realizados em busca de elementos que subsidiassem a análise pretendida, e a forma como esta foi feita. Ressaltamos que houve um deslocamento proposital deste capítulo na estrutura de apresentação da pesquisa, para que as informações disponibilizadas nas entrevistas e cotejadas com as fontes bibliográficas pudessem ser apresentadas logo em seguida, nos capítulos 3 e 4, em um texto narrativo.

Dessa forma, no terceiro capítulo, procuramos caracterizar o município do Rio de Janeiro do ponto de vista histórico, além de buscarmos descrever a conformação da rede de serviços e as transformações ocorridas na estruturação da mesma, principalmente da atenção básica, desde a fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro efetivada em 1975, até 2002, quando então se inicia o período de interesse do nosso estudo.

No capítulo 4, fomos em direção a caracterizar o processo de formulação do projeto de adaptação do PACS, buscando descrevê-lo e trazendo suas concepções,

² Estratégia de Saúde da Família é o termo que compreende os dois modelos, tanto o PACS, como o PSF.

identificadas através da análise das entrevistas.

No quinto e último capítulo, procuramos sistematizar as principais evidências encontradas na pesquisa em relação à formulação, tanto da política de atenção básica na cidade do Rio de Janeiro, como do PACS adaptado.

1 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

1.1 Da atenção primária à saúde da OMS à atenção básica à saúde no Brasil

O movimento da Medicina Preventiva, de formação médica, que partia de uma abordagem integral, propunha que a atenção ao indivíduo sob assistência médica deveria ser considerada sob os aspectos sociais e culturais de sua realidade. Preconizava que essa atenção deveria ser realizada o mais próximo do seu ambiente sociocultural, objetivando uma intervenção voltada para a prevenção e o controle do seu adoecimento. Essa concepção influenciou a cultura da diferenciação dos momentos da atenção à saúde (primário, secundário e terciário), em que a atenção primária antecede os demais momentos, sendo o ponto inicial (VIANA; FAUSTO, 2005).

Segundo as autoras, na década de 60, diversas experiências no campo da assistência médica se disseminaram por diversos países, inclusive no Brasil, apoiadas nesses ideais, o que propiciou uma reflexão sobre as iniquidades em saúde. Ressaltam que essas reflexões, aliadas a outros fatores no contexto brasileiro, foram um campo fértil para o debate em torno da necessidade de reforma do sistema de saúde, de forma a contribuir para a redução das desigualdades sociais.

Na década de 70, surgiu o movimento de Medicina Comunitária, que, segundo Viana e Fausto (2005), originou-se do movimento de Medicina Preventiva e deu início à execução das ações junto às comunidades, onde o centro das ações estava depositado no médico e a realização das práticas de promoção da saúde era

promovida por pessoas vinculadas às próprias comunidades, treinadas pelos profissionais de saúde.

Essa filosofia foi difundida no Brasil mediante programas financiados por fundações filantrópicas americanas e desenvolvidos por universidades como projetos-piloto, tendo no cenário internacional a Organização Mundial da Saúde (OMS) sua maior difusora (SILVA JUNIOR, 1998).

Dessa forma, algumas medidas institucionais, tanto nacionais, como internacionais, aliadas ao movimento pela reforma do sistema de saúde brasileiro, lançaram luz sobre a discussão da atenção básica no país. Dentro desse cenário, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma-Ata (1978), no Cazaquistão, traz a proposta de Atenção Primária de Saúde (APS) como referencial, o que inspira as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde, trazendo aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos (ESCOREL, 1999).

O relatório dessa Conferência apontava a *“chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos”* e enfatizava que *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade e se constitui em um direito humano fundamental”*. Ressaltava ainda que os cuidados primários de saúde *“constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social”* (OMS, 1978, p. 1).

Essa conferência foi reconhecida como um marco para o debate em torno dos novos rumos para as políticas de saúde mundiais e definia a meta social dos

governos de alcançar “*Saúde para Todos no ano 2000*” (SPT 2000). Como estratégia para alcançá-la, defendia o desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde (APS), que definia como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias, na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento [...]. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 1).

Da forma como foi definida, a APS era colocada como estratégia central para organizar o sistema de saúde, o qual deveria ser universal e tinha como objetivo torná-lo mais eqüitativo e adequado ao atendimento das necessidades apresentadas pela população, constituindo-se no primeiro nível da assistência, integrado a sistemas de referência funcionais (VIANA; FAUSTO, 2005).

Desde Alma-Ata, a noção de atenção básica vem se apresentando como central no debate sobre as formas e as estratégias de organização do sistema de serviços de saúde. Starfield (2002), de certo modo retomando e aprofundando a idéia de primeiro nível de atenção, considera a APS um nível de atenção de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, além de coordenar ou

integrar a atenção oferecida em algum outro lugar. Portanto, para a autora, a APS também possui o potencial estratégico para o alcance da equidade nos serviços de saúde.

Esta leitura que toma a atenção primária como uma estratégia de organização dos serviços de saúde se relaciona com uma idéia de forte presença da atuação do Estado e de um caráter universal. Contudo, a Conferência de Bellagio, realizada em 1979, propôs uma alternativa à atenção primária universal/integral, com a noção de cuidados primários seletivos. Essa seria uma proposição temporária, enquanto não fosse possível oferecer uma atenção primária como colocada em Alma-Ata (VIANA; FAUSTO, 2005).

Dentro desse movimento, no início dos anos 80, o UNICEF rompeu com o consenso estabelecido na Conferência de Alma-Ata, pois seu novo diretor preconizava que o custo da expansão proposta, de cunho universal, não seria suportado por muitos países. Nesse momento, o UNICEF passou a defender um pacote mais efetivo em termos de custo, porém seletivo e, portanto, de caráter não-universal, focalizado no grupo infantil (MATTOS, 2001).

O tensionamento entre universalismo (atenção primária como componente estratégico da estruturação, coordenação, operação e instrumento de equidade dos sistemas nacionais de saúde), preconizado pela OMS, e focalismo (atenção primária como componente importante das estratégias de combate à pobreza e às desigualdades sociais), pelo UNICEF, percorreu os anos 80. Dentro de um cenário de crise econômica mundial, a proposta de cuidados seletivos parece ter tido resultados consistentes, como, por exemplo, na capacidade de reduzir a mortalidade infantil na África, o que lhe deu destaque no cenário internacional, mesmo sofrendo

críticas por ser caracterizada como programas verticais sem relação com as causas de adoecimento, que adotam medidas paliativas e sem integração com as demais ações desenvolvidas em um sistema de saúde (VIANA; FAUSTO, 2005).

No Brasil, a influência de Alma-Ata veio se somar aos ideais do movimento sanitário,³ fortalecendo o debate sobre a necessidade de reforma do sistema nacional de saúde. Assim, a década de 80 teve como cenário o movimento por essa reforma, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo modelo definiu como princípios o universalismo das ações, a descentralização para os municípios e uma nova forma de organização dos serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, como prevê o capítulo II, dos princípios e diretrizes, art. 7º, da Lei nº 8.080, de 18 de setembro de 1990, que efetivamente inicia a sua implementação:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

³ No sentido colocado por Baptista (1996/1997), como um dos grupos do movimento reformista.

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, o SUS surgiu como um sistema público de saúde, contudo, construído em um cenário de tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, que traziam como alvo a redução de gastos públicos e seguiu durante toda a década de 90 sendo orientado por normas e portarias, dentro de uma conjuntura político-econômica internacional e nacional ainda bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Para Viana e Fausto (2005), a perpetuação da situação de crise econômica mundial nos anos 90 favoreceu a racionalização do uso de recursos de saúde, e

dentro desse cenário de crise econômica internacional, partindo da noção da sustentabilidade dos governos, a OMS adotou, em 2000, a idéia de novo universalismo. Segundo este, os Estados deveriam se responsabilizar por um conjunto de ações essenciais de alta qualidade para toda a população, em contraposição à sua própria proposta em Alma-Ata e à proposta de cuidados primários seletivos. Nesse momento, mais uma vez a APS não escapou da lógica da racionalidade econômica, quanto à proposição das ações de saúde.

Como fruto de todos esses movimentos históricos, Paim (2003) identifica três concepções da APS que têm influenciado, até o presente momento, as políticas e práticas de saúde no Brasil:

- a) APS enquanto programa de medicina simplificada ou “atenção primitiva de saúde” (TESTA, 1992);
- b) APS enquanto nível de atenção – primeiro nível, atendimento de primeira linha ou “atenção primeira e básica” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996);
- c) APS enquanto componente estratégico da proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 (OPS, 1990).

O autor ressalta que a atenção primária à saúde também tem sido utilizada no sentido tático-operacional, o que pode ter influenciado na reorientação dos sistemas de saúde, através da distritalização⁴. Afirma, ainda, que o sentido dado pela APS

⁴ Segundo Mendes (1996), como processo social, *locus* de mudança das práticas sanitárias e de organização do campo dos serviços de saúde.

permitiu a experimentação de modelos assistenciais alternativos, que se propunham a ser mais adequados às necessidades e ao perfil epidemiológico da população. Portanto, no período que antecedeu a reforma do sistema de saúde brasileiro, o sentido que a APS carregava como proposto pela OMS em Alma-Ata, tendo como referencial a organização dos serviços, trouxe aportes conceituais e práticos que permitiram o movimento para a organização dos mesmos no Brasil (GIL, 2006).

Para alguns autores, após a criação do SUS, gradativamente o termo APS vai perdendo seu potencial, cedendo lugar ao uso do conceito da Atenção Básica à Saúde – ABS (GIL, 2006). De fato, o termo *atenção primária* foi abandonado nos documentos do Ministério da Saúde no final da década de noventa, mas isto não representou o abandono da noção tomada como uma estratégia para transformar os serviços de saúde. A preferência pelo termo *atenção básica* talvez tenha se dado como forma de apontar o sentido adotado, contrário à idéia de conjunto seletivo de procedimentos simplificados, que era uma das acepções da expressão *atenção primária*.

Com isso, o Ministério da Saúde adota, no final dos anos 90, o sentido da ABS como eixo de organização do sistema de saúde e introduz sua concepção, potencializadora, de mudança do modelo assistencial, a partir do processo de descentralização político-administrativo⁵ e define: “*Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*” (BRASIL/MS, 1999, p. 9).

⁵ Esse foi o tipo de descentralização predominante no Brasil, e envolvia não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Ressalta ainda que:

os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social – que norteiam o Sistema Único de Saúde. (BRASIL/MS, 1999, p. 11).

Segundo Paim (2003), pode-se constatar, assim, um movimento no sentido de defender a ABS, simultaneamente, como primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde. Daí poderíamos identificar que o discurso institucional reconhece a atenção básica como algo fundamental, primeiro ou primordial, e não no sentido de elementar, simples ou reduzido, tal como o senso comum se refere à “*cesta básica*”.

O Ministério da Saúde, por apostar na ABS como propulsora da mudança do modelo assistencial, formulou, ao longo da implementação do SUS, normas e mecanismos que facilitassem sua operacionalização. Destaque especial deve ser dado à Norma Operacional Básica 1996 – NOB/96, pois é a partir dela que se observam as primeiras citações sobre a mudança do modelo assistencial (GIL, 2006).

1.2 A atenção básica à saúde e seu deslocamento na agenda setorial

A década de 70 já pode ser caracterizada pela legitimação da APS. Exemplo disso pode ser visto quando, em 1976, ainda durante o governo militar, se desenvolveu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que estendeu os serviços de atenção primária para o interior do país, especialmente para a Região Nordeste, o que trouxe a perspectiva de ampliar a cobertura dos serviços nesse nível de atenção⁶ (BAPTISTA, 1996/1997).

Em 1980, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) foi apresentado formalmente como uma proposta de extensão nacional do PIASS, na tentativa de imprimir uma reforma no sistema nacional de saúde, utilizando como estratégia a universalização dos cuidados primários de saúde (FAUSTO, 2005). No entanto, esse programa não se estabeleceu como uma proposta consensual para o setor e surgiu, em 1982, a proposta do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que posteriormente se transformou em Ações Integradas de Saúde (AIS). Esse programa se constituiu em uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos, bem como de articulação destes com a rede conveniada e contratada (BAPTISTA, 1996/1997). Segundo Fausto (2005, p. 38), *“a expansão da rede básica de saúde resultante desse convênio, proporcionou à atenção primária um papel central na política local de saúde”*. Entretanto, ressalta que não podemos negar que essa expansão foi baseada na produção de consultas médicas ambulatoriais.

Ainda, segundo essa autora (2005, p.38), em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que foi pensado como estratégia

⁶ Não cabe a este estudo a intencionalidade da formulação dessa proposta.

intermediária para a reforma do sistema de saúde e, que tratou a atenção básica “como parte intrínseca às propostas de reorganização dos serviços de saúde”, o que demonstrava que a mesma “não era o tema central”.

Com a criação do SUS, fruto da ampla discussão da reforma do sistema de saúde defendida pelo movimento reformista⁷, ganha ênfase a proposta de mudança do modelo de assistência pública à saúde.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), essa reforma do sistema de saúde pode ser classificada como do tipo *big bang*, ou seja, são reformas que introduzem modificações que marcam significativamente o funcionamento do sistema. Podemos considerar, portanto, que os princípios da universalidade do acesso, da descentralização dos serviços para os municípios e a nova forma de organizá-los, através da integralidade da assistência, regionalização e hierarquização da rede de serviços, que estão colocados na definição do arcabouço legal do SUS, têm o objetivo de produzir essa modificação. Esta, portanto, opera na configuração dos serviços municipais no que tange ao seu desenho operacional. Nesse sentido, há uma sinergia dos princípios desse novo sistema de saúde (SUS) com a proposta que era preconizada pela APS, e que mais tarde se transformaria em ABS. Isso faz com que essa concepção ganhe força com a reforma incremental que se segue à criação do SUS.

Ainda segundo os autores, a reforma incremental, ou reforma da reforma, se baseia em pequenos ajustes sucessivos como um conjunto de modificações no desenho e operação da política vigente. São mudanças que podem ocorrer

⁷ O termo *movimento reformista* é utilizado na concepção de Baptista (1996/1997) para designar o movimento pró-reforma da saúde, visando a incluir todos os grupos reformistas que participavam do debate da saúde nos anos 80.

separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde ou, ainda, no modelo de prestação de serviços, como as que vêm ocorrendo nos anos que se seguiram à sua regulamentação.

Neste sentido, a década de 90 foi marcada pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais, que transcorreu com a edição de várias normas operacionais básicas⁸ (NOB/91, NOB/92, NOB/93 e NOB/96) e diversas portarias que visavam a regular o processo de descentralização político-administrativo, como também os outros aspectos da organização do sistema de saúde.

Do ponto de vista do posicionamento da ABS na agenda política, a NOB/93 iniciou o processo de deslocamento, criando os procedimentos vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na tabela SIA/SUS⁹. Porém, é com a edição da NOB/96 que o MS alavanca o ritmo e o processo descentralizador, enfatizando e garantindo a prioridade à ABS, com a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB),¹⁰ incentivando os municípios a assumirem a gestão da rede básica de serviços (BODSTEIN, 2002, p.405). Portanto, esta NOB já aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;

⁸ As NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam da divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência dos recursos federais para os estados e municípios (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

⁹ Tabela para a remuneração dos procedimentos realizados, informados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

¹⁰ O PAB corresponde a um valor *per capita*, repassado pelo governo federal, que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, financia a atenção básica à saúde (BRASIL, 1999).

- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações, com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (BRASIL, 1997c, p. 7).

No período de 1997, até 2000, o MS publicou várias portarias com novas regras, e uma das alterações introduzidas transformou o conceito original do PAB, que passou, então, a se denominar Piso de Atenção Básica, e estabeleceu uma subdivisão dos recursos financeiros, em uma parte fixa, *per capita*, e outra variável, condicionada ao cumprimento de requisitos específicos, dentre estes a implantação do PACS e do PSF (BRASIL, 1997d). Essa medida visava a ampliar a cobertura dos programas considerados estratégicos para a mudança do modelo assistencial, através de indução financeira para a priorização, pelos governos municipais, da atenção básica, com a adoção do PSF e do PACS (BODSTEIN, 2002).

Ainda segundo Viana e Dal Poz (2005, p. 229), o PSF pode ser considerado, assim, uma estratégia de reforma incremental do SUS, uma vez que:

[...] aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização.

Os autores apontam para o potencial do PSF em propiciar, com a mudança do modelo assistencial, que haja modificação na forma de alocação dos recursos financeiros, bem como na forma de organização dos serviços de saúde, o que caracteriza uma reforma incremental na qual o conjunto de modificações se dá simultaneamente.

1.3 A atenção básica como proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família

No período que antecede ao SUS, as várias experiências que serviram de base para as reflexões em torno da reforma do sistema de saúde aconteciam de forma isolada. Os estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e, em especial, o Ceará, desde o final da década de 80, introduziram a figura do ACS como um elemento que permitia integrar a comunidade ao serviço de saúde. Além disso, este desenvolvia ações não-centradas na intervenção médica, atuando principalmente com o objetivo de redução da mortalidade materna e infantil, de forma focalizada, mas expandindo

a cobertura dos serviços de saúde para áreas mais pobres. A apresentação dos bons resultados dessa experiência fez o Ceará adotá-lo como uma política estadual (VIANA; DAL POZ, 2005).

O PACS surgiu num cenário em que ocorria a disputa entre as duas concepções da APS, a universalista ou integral e a focalista ou seletiva, tendo imediatamente incorporado a noção de atenção primária seletiva, uma vez que suas ações se dirigiam a um grupo específico, economicamente menos favorecido, em regiões onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente.

Apesar dessa sua característica focalizada, apresentou bons resultados, o que influenciou na decisão do MS de assumir sua implementação como prioridade na agenda setorial em 1991. Nesse momento, o MS visava à extensão da cobertura do sistema público de saúde às populações desprovidas de acesso aos serviços.

Segundo Paim (2003), é através do PACS que a APS retoma a agenda política. Ressalta que esse programa foi criticado na época, por traduzir uma política de focalização prescrita por organismos internacionais, além de caminhar na contramão da construção de um sistema universal, igualitário e integral, como propunha o SUS.

As inovações trazidas por esse programa consistiam em colocar a família como foco da atenção das ações de saúde; trabalhar com o conceito de cobertura e de área adstrita (território); atuar de forma ativa, buscando ir ao encontro dos problemas de saúde de um grupo populacional, o que permitiria prevenir doenças e promover saúde, contribuindo positivamente para a reorganização do sistema.

Cada equipe de PACS tem a composição máxima de 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), selecionados dentro da própria comunidade de atuação do programa. Cada ACS é responsável por uma população de 450 a 700 habitantes e desenvolve suas atividades individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade sob a supervisão de um enfermeiro instrutor/supervisor, que deverá ser lotado em uma Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2001a).

Segundo o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), as principais atribuições dos ACS são:

- i) visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade;
- ii) identificar situação de risco e encaminhar aos setores responsáveis;
- iii) pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no Cartão da Criança;
- iv) incentivar o aleitamento materno;
- v) acompanhar a vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e de gestantes;
- vi) orientar a família sobre o uso do soro de reidratação oral para prevenir diarreias e desidratação em crianças;
- vii) identificar as gestantes e encaminhá-las ao pré-natal;
- viii) orientar sobre os métodos de planejamento familiar;

- ix) orientar sobre a prevenção da Aids;
- x) orientar a família sobre prevenção e cuidados em situação de endemias;
- xi) monitorar dermatoses e parasitoses em crianças;
- xii) realizar ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama;
- xiii) realizar ações educativas referentes ao climatério;
- xiv) realizar atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- xv) realizar atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;
- xvi) supervisionar eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- xvii) realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;
- xviii) identificar portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio.

Essas atribuições devem ser desenvolvidas através da realização das tarefas de:

- i) cadastramento/diagnóstico, que consiste no registro, em formulário próprio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), das informações sobre cada membro da família a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde;
- ii) mapeamento, registrando em um mapa a localização das residências e as áreas de risco para a comunidade;
- iii) identificação de microárea de risco, em que reconhece os setores do território da comunidade que representam algum perigo para a saúde das pessoas que ali residem;
- iv) realização de visitas domiciliares, no mínimo uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do ACS;
- v) ações coletivas, com vistas a mobilizar a comunidade;
- vi) ações intersetoriais, atuando em outras áreas (educação, cidadania/direitos humanos, combate à violência, combate à fome, situações de risco de enchentes e secas), através de reforço a iniciativas já existentes.

Para realizar essas ações, é preciso que o ACS esteja capacitado, o que deverá ficar a cargo do enfermeiro instrutor/supervisor, conforme preconiza o mesmo

documento. Ainda segundo o MS, em 1994 o número de ACS no Brasil já era de 29.098 em 879 municípios, atendendo a 16,7% da população brasileira, sendo seu maior contingente na Região Nordeste, com 23.532 ACS, cobrindo 719 municípios da região, atendendo a 13,6% dessa população.

A partir da expansão do PACS, o próprio MS identifica o seu potencial de (re)organizar a assistência à saúde. Isso, aliado à mobilização dos secretários municipais de Saúde em torno de apoio financeiro para a efetivação das mudanças e fortalecimento da ABS, acaba por pressionar o MS. Este, como resposta, realizou uma reunião com vários técnicos, consultores e secretários, tanto estaduais como municipais, e surgiu a proposta do PSF (VIANA; DAL POZ, 2005).

O programa foi oficializado em 1994, com a publicação do seu primeiro documento *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa* (BRASIL, 2004a). Nesse documento, preconizava-se que as equipes de PSF “*serão compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes de saúde*” e que “*cada equipe básica do PSF será responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 800 a 1000 famílias*”, ressaltando que “*a estrutura da equipe poderá ser modificada de acordo com a realidade local*” (BRASIL, 1994b).

Esse programa tinha como base, ainda, um modelo voltado para a proteção e promoção da saúde, afastando-se do modelo daquele momento, que era centrado na doença e no hospital, bem como incentivar a participação ativa da comunidade no trabalho da equipe. Nessa fase, o PSF tinha como um de seus objetivos “*estimular a extensão da cobertura do sistema de saúde*”, assim como “*melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção [...], em conformidade com o SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à*

comunidade". Dentro dos itens relacionados à sua operacionalização, o documento afirma que *"a escolha dos locais para implantação do PSF deverá priorizar as áreas populacionais citadas pelo Mapa da Fome do IPEA"* (BRASIL, 1994b).

Devemos ressaltar que tanto o PACS como o PSF têm em comum o fato de atuarem em uma base territorial definida, terem o foco na família e inserirem o ator social Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas ações de saúde.

Mais tarde, com a publicação do segundo documento oficial em 1997, *PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, e da publicação da Portaria MS/GM nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, o MS ressalta que a identificação do PSF nesse sentido (pobre para os pobres) não procede, e afirma que o mesmo *"deve ser entendido como modelo substitutivo da rede tradicional, de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade"*. Dessa forma, deixa clara a prioridade do PACS e do PSF na agenda setorial:

[...] o MS assume o desafio de colocar em seu plano de Ações e de Metas Prioritárias as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde como caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção básica em saúde, com a certeza de que as mesmas já constituem uma realidade concreta no contexto da mudança do modelo assistencial no qual está empenhado o país. (BRASIL, 1997b, p. 5).

Há, portanto, o indicativo de que o PSF e o PACS são Estratégias de Saúde da Família que têm o potencial de reorganizar a atenção básica, o que vem a ser reforçado, quando:

[...] reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. (BRASIL, 1997a).

Porém, ainda no ano de 1997, dentro das estratégias de Saúde da Família, o MS já elege o PSF como um modelo substitutivo das demais modalidades organizacionais e das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, por considerá-lo a melhor estratégia de atenção básica e por entendê-lo como um propulsor da mudança do modelo de atenção básica, o que se dará através do processo de reorganização da mesma (MATTOS, 2002, p. 83-84).

O MS entende o PSF como *“uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa, inovadoras”* (BRASIL, 1997b) e, já no ano seguinte, em 1998, o elege como a estratégia principal, colocando o PACS como uma alternativa *“onde não é possível implantar o PSF **pode-se começar** a reorientação da assistência básica à saúde através da atuação dos agentes comunitários de saúde”*. (BRASIL, 1998 - grifo nosso).

Com isso, dentro desse contexto, o PSF passa a ser um mecanismo indutor da ABS, dentro de um conjunto de medidas, programas e normas que tinham a função de incentivar os municípios a assumirem a gestão da rede básica de serviços de saúde. Nesse sentido, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) teve papel

fundamental, em virtude da criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que se constituiu numa medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira (BODSTEIN, 2002). Para Senna (2004), estas medidas de indução são particularmente relevantes, uma vez que a maioria dos municípios é dotada de baixa capacidade técnica e, portanto, dependente das transferências financeiras do governo federal para aumentar sua capacidade de instalar os recursos técnicos necessários para assumir a gestão da rede básica, o que demanda custos financeiros, sem dúvida, altos.

Essa posição prioritária do PSF vai sendo gradativamente reforçada e, em 2001, com a publicação do documento Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001a), o MS define que “o PACS, importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como **estratégia transitória** para o Programa Saúde da Família (PSF)” (grifo nosso).

Segundo Mattos (2002), o MS explicita a intenção de ampliar concretamente a implantação do PSF como uma estratégia de substituição dos modelos ainda em operação, inclusive do PACS. Entretanto, os dois modelos continuam a conviver simultaneamente. O autor chama atenção para o fato de que “para o Governo federal e os estados da federação, o PACS é hoje articulado ao PSF. Mas persistem os dois programas, com dispositivos de financiamento distintos, sendo, ainda hoje, a cobertura do PACS muito maior do que a do PSF” (MATTOS, 2002, p. 82).

No sentido da cobertura populacional alcançada por esses programas, Favoreto *et al.* (2002, p. 1) apontam que:

Apesar do elevado percentual de municípios que já implantaram equipes de PSF, a cobertura populacional pelo Programa se situa em torno a um terço dos habitantes do país, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, a maior dificuldade de sua implantação nos grandes centros urbanos, que concentram um maior contingente populacional.

No entanto, a ampliação dessa cobertura pelo PSF nas capitais brasileiras, segundo Campos *et al.* (2002, p. 56), revela-se essencial para a consolidação do modelo assistencial proposto. O autor chama atenção para o fato de que, para o sucesso da inserção do PSF nessas regiões, há que se considerar as especificidades dessas áreas, o que, segundo Bodstein (2002, p. 408), se traduz na necessidade de considerar e enfatizar a adequação dessa política aos contextos e realidades locais, permitindo que modelos assistenciais diversos e mais adequados sejam adotados.

Também para Gil, (2006, p. 1.179), o maior desafio para viabilizar a ESF como estruturante dos sistemas municipais é a sua consolidação nos grandes centros urbanos. Ainda segundo o MS (2002, p. 15),

A adoção de processos sustentáveis de mudança e a implantação de instrumentos de transformação, que viabilizem a operacionalização de um sistema de atenção hegemônico apoiado nos princípios de saúde da família, implicam em considerar, entre outros, as particularidades relacionadas à questão da saúde e dos modelos assistenciais em grandes centros urbanos.

Segundo os dados do MS/DAB (2008) apontam, no município do Rio de Janeiro, no ano de 2008, 8,55% da população da cidade estava coberta pelo PSF,

enquanto que 6,98% estava coberta pelo PACS, o que demonstra que esse modo de produzir as ações de saúde tem peso importante dentro da estratégia saúde da família nesse município, o que nos remete a mais uma de suas especificidades.

Dessa forma, há evidências de que a gestão de saúde do município parece não ter encampado, exatamente, a proposta de adoção do PSF no sentido substitutivo e universal colocado pelo projeto político do MS.

De certo modo, contrariando esse sentido, desenvolveu-se em algumas localidades da cidade do Rio de Janeiro um projeto que retomava a expansão do PACS, mas adaptando-o, surgindo a experiência do PACS adaptado, que pode ter tido algumas virtudes, mas se distanciava da visão do MS. Essa experiência é o tema deste trabalho.

2 ALGUMAS QUESTÕES METODOLÓGICAS

Ao tomarmos por objeto deste estudo o PACS adaptado à cidade do Rio de Janeiro, estamos buscando ir além de descrever a conformação dessa modalidade assistencial forjada para algumas localidades dessa cidade. Nosso objetivo principal é entender o sentido posto no modo de conceber esse modelo. Nessa tentativa, buscamos caracterizar a atenção básica em saúde da cidade do Rio de Janeiro, descrever os aspectos históricos, políticos e organizacionais desse nível de atenção, no qual se insere esse PACS, além de analisar os princípios que norteiam esse modelo de assistência à saúde.

Isto posto, percebemos que havia a necessidade de escolhermos uma abordagem que melhor os atendesse. Optamos, assim, pela abordagem qualitativa, uma vez que a mesma tem como um de seus pressupostos “*o reconhecimento de que o mundo real [...] só existe de fato, na medida em que tomamos parte dele e ele faz sentido para nós*” (VÍCTORA *et al.*, 2000, p. 34).

Partimos desse pressuposto com o entendimento de que nossa implicação no objeto nos coloca como parte integrante do processo de conhecimento e como intérprete desse fenômeno, o que Chizzotti (2001, p. 79) chama de sujeito-observador, e que nos faculta também atribuir significados ao objeto. Para esse autor, o pesquisador, ao experienciar o espaço e o tempo vivido pelos investigados e partilhar suas experiências, poderá reconstruir adequadamente o sentido que os atores sociais atribuem a estas (CHIZZOTTI, 2001, p. 82).

Nesse sentido, achamos útil iniciarmos um primeiro movimento da pesquisa a partir da elaboração de um relato da nossa própria experiência, que se constituiu em uma narrativa do período de 2002 a 2005 em que participamos do grupo que tinha a função de planejar e operacionalizar a expansão da ESF na cidade, uma vez que foi daí que surgiu a adaptação do PACS. Esse relato objetivou ser um recurso a mais, que permitisse chegar o mais próximo possível do fenômeno em questão, através da subjetividade do pesquisador. A partir dele, que foi utilizado inicialmente como um diário de campo, foi possível direcionar o resgate de documentos referenciais, bem como auxiliar nas demais fases da pesquisa, como veremos adiante.

Como o nosso foco neste trabalho é a preocupação de compreender melhor a colocação de um projeto, que parece ser anacrônico ao projeto político do MS, na tentativa de responder a algumas dificuldades apresentadas durante a implantação da ESF na cidade, mas que não estão pensadas e sistematizadas e, portanto, não estão disponíveis na literatura, conseqüentemente nosso estudo tomou a configuração de uma pesquisa exploratória.

Assim sendo, os ingredientes tiveram que ser extraídos através de diversas técnicas. Uma das técnicas utilizadas, a pesquisa documental, que se traduz na coleta de dados de documentos produzidos à época de ocorrência do fenômeno, se mostrou estéril aos objetivos da pesquisa, uma vez que foi quase nula essa produção. Em função disso, a outra técnica utilizada, a coleta de dados através da realização de entrevistas semi-estruturadas, acabou se tornando a técnica principal neste estudo, o que confirma a afirmativa de Lakatos & Marconi (2001, p. 196), de que a técnica de entrevista pode ser considerada “como o instrumento por excelência da investigação social”.

Nesse sentido, para atender aos objetivos da pesquisa, essas entrevistas foram consideradas como práticas discursivas, ou seja, “*como ação (interação) situada e contextualizada*”, por meio da qual os entrevistados produzem sentidos e constroem versões da realidade (PINHEIRO, 1999, p. 186). Portanto, para essa construção da realidade, houve a necessidade de identificar os atores que protagonizaram essa adaptação do PACS, o que foi facilitado por nossa narrativa inicial e, a partir daí, foram selecionados os atores-chave desse processo.

Esse segundo movimento teve a preocupação de buscar os atores que participaram de alguma forma da gestão da SMS/RJ e que estavam implicados diretamente com a implantação da ESF, de forma que traduzissem uma amostra ideal, ou seja, que fosse capaz de refletir as múltiplas dimensões do objeto do estudo. Com essa definição, consideramos que as entrevistas deveriam ser realizadas com a coordenadora de Saúde da Comunidade e a superintendente de Saúde Coletiva, ambas no âmbito da SMS/RJ, além da assessora do Departamento de Atenção Básica, do MS, que atuou junto à SMS/RJ na etapa de elaboração do projeto e na implantação das equipes da ESF. Dessa forma, buscávamos cotejar os relatos das representantes das duas esferas governamentais diretamente envolvidas com a expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro, uma vez que a esfera estadual muito pouco participou ou contribuiu com esse processo, como veremos mais adiante.

Nesse momento, contudo, já tendo feito uma revisão bibliográfica sobre o tema e constatado que eram raras as referências sobre a atenção básica na cidade, especialmente em relação à ESF, além da pouca produção de documentos oficiais, fomos levados a utilizar a entrevista semi-estruturada, dando liberdade para que os

atores entrevistados pudessem fazer a inclusão de questões que colocaram o objeto do PACS adaptado em um contexto mais amplo dentro da atenção básica na cidade.

A interpretação da pesquisa foi entendida como um elemento intrínseco ao próprio processo de pesquisa. Segundo Spink & Lima,

[...] não haveria momentos distintos entre o levantamento das informações e a interpretação. Durante todo o percurso da pesquisa estamos imersos no processo de interpretação. (SPINK; LIMA, 1999, p.105)

Para essas autoras, contudo, a análise como processo-fim,

[...] inicia-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas *a priori*... Há um confronto possível entre sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação e aqueles decorrentes da familiarização prévia com o nosso campo de estudo e de nossas teorias de base. É desse confronto inicial que emergem as nossas categorias de análise. (SPINK; LIMA, 1999, p. 106).

Como este estudo teve por objetivo analisar as concepções do modelo PACS adaptado à cidade do Rio de Janeiro, o mergulho que se fez, necessariamente, foi sobre o material produzido pelas entrevistas, ou seja, *a posteriori*. Dessa forma, categorias de análise foram formuladas após uma leitura flutuante do material gravado e transcrito das entrevistas. Dessa leitura emergiram categorias temáticas, que foram redefinidas após outra leitura mais aprofundada e, a partir delas, os textos foram processados. Utilizamos para esse processamento dos textos um gerenciador

de dados textuais, o programa LOGOS, na versão 2.5. Esse programa permitiu agrupar os trechos das entrevistas, identificados de acordo com as categorias temáticas, o que facilitou e agilizou a organização dos dados da transcrição das entrevistas.

A opção por essa técnica de análise temática objetivou destacar a denotação dos valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso dos entrevistados (MINAYO, 1996, p. 209). A utilização do tema como unidade de registro, segundo Bardin, (1977, p. 105), permitiria estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, contidos em um texto, que se traduziriam como unidades de significação, as quais se libertariam deste, naturalmente, à luz da teoria que embasou a leitura. Ainda segundo Bardin, (1977, p. 105-106),

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido.

O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise [...]

No percurso da pesquisa, pudemos perceber que necessitaríamos contextualizar o processo de construção da atenção básica na cidade para que houvesse a explicitação do modo e do contexto em que surgiu a experimentação do modelo PACS adaptado. Entretanto, haviam lacunas colocadas na literatura sobre a política de saúde, neste período, na cidade do Rio de Janeiro. Todavia, as mesmas

puderam ser preenchidas, em parte, por uma série de informações oferecidas pelas entrevistas. Para Chizzotti (2001, p. 17), *“o testemunho oral das pessoas presentes em eventos, suas percepções e análises podem esclarecer muitos aspectos ignorados e indicar fatos inexplorados do problema”*.

Com isso, optamos por utilizar o material das diversas fontes sobre a trajetória da cidade do Rio de Janeiro, cotejadas com as informações que foram obtidas através das entrevistas e com nosso relato de experiência, o que produziu uma narrativa sobre as questões mais gerais da política da cidade, nas quais buscamos identificar as concepções presentes na formulação do PACS adaptado, analisando-as sob a luz dos referenciais teóricos.

3 OS CAMINHOS DA ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

A cidade do Rio de Janeiro traz, na sua trajetória histórica, dois fatos que assumem importância quando buscamos compreender os cenários atuais das diversas políticas públicas.

O primeiro fato diz respeito à transferência da Capital Federal da cidade para Brasília, em 1960. Com isso, a cidade perdeu o seu *status* de capital da República e se transformou em uma cidade-estado, o então Estado da Guanabara.

Quatorze anos após, em 1º de julho de 1974, através da Lei Complementar nº 20, que dispõe sobre a criação dos Estados e Territórios, foi decidida a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. Essa decisão tem como resultado a criação do município do Rio de Janeiro, mas que só foi efetivamente implantado em março de 1977, com a instalação da primeira Câmara de Vereadores. Até então, esse novo município foi legislado pelo estado (BRASILEIRO, 1979).

Segundo essa autora, *“um dos problemas mais sérios enfrentados pela fusão diz respeito aos conflitos de poder que decorrem da criação do Município do Rio de Janeiro”*. Antes apenas submetido a uma jurisdição, o território que abrigava o Estado da Guanabara agora passou a ser subordinado a duas autoridades distintas, o que complica as relações intergovernamentais, pois esse é um processo que pressupõe uma redistribuição de competências, além dos recursos e dos poderes.

Nesse sentido, este capítulo vai procurar trazer à luz os reflexos que esse contexto político conflituoso trouxe para a área da saúde do município do Rio de Janeiro e como se configurou a atenção básica a partir desse cenário.

3.1 De capital federal à cidade do Rio de Janeiro - Reflexos na Rede de Serviços de Saúde

Quando, em 1960, a capital federal do Rio de Janeiro foi transferida para a recém-criada Brasília, o território que a abrigava transformou-se em Estado da Guanabara (atual município do Rio de Janeiro). A estrutura de saúde herdada, constituída por unidades próprias do ex-Distrito Federal, unidades do Ministério da Saúde, dos IAPS, das universidades, hospitais militares e aqueles destinados a servidores públicos federais e estaduais, conferiam a esse estado uma capacidade instalada ímpar. Acrescentam-se a essa capacidade a rede ambulatorial denominada de centro médico sanitário e a rede de hospitais gerais e especializados. Toda essa estrutura permitia o atendimento de saúde pública, como também a assistência médica individual/curativa ambulatorial e hospitalar, que asseguravam ao estado um modelo assistencial bastante diferenciado. Permaneceu como estado da federação até 1975, ano em que as forças favoráveis à tese de fusão deste com o Estado do Rio de Janeiro ganharam expressão e conseguiram concretizar esse ideal, junto ao Governo Federal e ao Congresso Nacional (PARADA, 2001, p. 20). O ano de 1975 expressou-se como um marco dessa fusão, por ter sido a data em que toma posse o primeiro prefeito da Cidade, em 1º de março.

Ainda segundo Parada (2001, p. 31-32), as unidades de saúde foram distribuídas entre as duas secretarias de Saúde que resultaram da fusão, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro e a nova Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, dentro da racionalidade instituída por um grupo de trabalho na pré-fusão, ou seja, as unidades hospitalares que foram consideradas prestadoras de atendimento à demanda populacional da região metropolitana ficaram como de referência estadual. Dessa forma, as unidades classificadas dentro dessa racionalidade – alguns hospitais gerais e especializados e institutos – foram repassadas para a gestão do novo Estado do Rio de Janeiro. Para a gestão municipal, ficaram quatro grandes hospitais gerais – Miguel Couto, Souza Aguiar, Salgado Filho e Paulino Werneck –, além dos outros de menor porte, como Rocha Maia, Instituto de Internação Artur Villaboim e Lourenço Jorge. Somaram-se a estes os hospitais especializados como o Nossa Senhora do Loreto, Salles Neto e Jesus.

Já os centros médicos ficaram todos sob a gestão do município do Rio de Janeiro, não tendo sido alvo de nenhuma disputa e não sofrendo os mesmos critérios de distribuição dos hospitais. A rede de serviços que se configurou sob a gestão municipal – ampla rede de hospitais e defasagem da oferta de serviços básicos de saúde – preservou o modelo assistencial adotado, até então, pelo antigo Estado da Guanabara, mantendo-se dicotomizado, sem regionalização e sem hierarquização. Essa rede, somada às unidades de saúde das outras instâncias – federal (Ministério da Saúde e INPS) e estadual –, além dos hospitais universitários, *“conferiu ao Município do Rio de Janeiro, a maior estrutura própria pública de assistência médica do país”* (PARADA, 2001, p. 35). Porém, isso não contribuiu para que houvesse a formulação de um sistema articulado de saúde.

Após a criação do SUS na Constituição de 1988, desencadeou-se no país ao longo dos anos noventa um processo com vistas à descentralização. Neste processo, o tema das transferências de unidades geridas pelo Governo Federal para a gestão pelos municípios se colocou na agenda, e teve particular relevância na cidade do Rio de Janeiro, exatamente pela amplitude da rede pública no âmbito da Previdência Social. Este processo, entretanto, foi bastante difícil. Em 1995, ocorreu a municipalização de 15 Postos de Assistência Médica (PAM) e quatro maternidades, após quatro anos, em 1999, mais sete hospitais federais foram transferidos para a gestão do município. A complexidade do processo dessas transferências de unidades ficou evidente, recentemente, com a crise entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde, cuja consequência final foi o retorno de alguns hospitais para a gestão do Ministério da Saúde. É interessante notar que, ao longo de todo esse processo, a transferência de unidades da gestão estadual para a municipal esteve fora da agenda, embora tenham sido realizadas transferências de algumas unidades estaduais instaladas nos municípios do interior. O fato é que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro continuou a manter o modelo de assistência praticado, desde que era a capital federal, com uma linha de atuação isolada em relação à política de saúde no estado.

3.2 O início da atenção primária de saúde na cidade

No Brasil, em 1975, através da Lei 6.229, de 17 de junho, foi criado o primeiro Sistema Nacional de Saúde, que já atribuía aos municípios brasileiros a responsabilidade pela prestação de serviços básicos de saúde à sua população, bem como apresentava uma inclinação para a integração dos serviços de saúde, o

que ajudou a abrir espaços para programas mais gerais e universais de extensão de cobertura (FAUSTO, 2005, p. 127). Logo em seguida, a instituição do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que propunha iniciativas de extensão de cobertura das ações coletivas, através de implantação de estrutura básica de saúde pública para o Nordeste, veio conferir ao Brasil um campo profícuo ao desenvolvimento da proposta defendida na Conferência Internacional de Alma-Ata, que difundia o desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde (APS). Nesse sentido, o governo brasileiro adota a indicação de Alma-Ata e propõe a expansão do PIASS para todo o território nacional, a partir de 1979.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, baseando-se nessa orientação e tomando as recomendações da Portaria Interministerial, de 26 de julho de 1978, que estabelece as diretrizes para a implantação dos serviços básicos de saúde, inicia a orientação para que as ações sejam conduzidas no sentido da APS. Estabelece, portanto, a expansão da *“cobertura dos grupos menos favorecidos da população, com recursos próprios, ou mediante integração com outros órgãos do Setor e com instituições que atuam no desenvolvimento econômico e social”* (SMS/RJ, 1981, p. 17).

Dentro dessa concepção, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde Pública, em 1981, com a implantação de Unidades de Cuidados Primários de Saúde (UCPS). Esse plano definiu como prioridade de intervenção a Zona Oeste do município, por ser considerada uma região com grande concentração de população de baixa renda, que residia em conjuntos habitacionais, por ser possuidora de um menor número de consultórios e por ser a segunda região da cidade com o menor número de leitos hospitalares. Na análise dos indicadores socioeconômicos, de saúde, de habitação e de oferta de serviços de saúde, devido às condições apresentadas pela regional de

Anchieta, esta também foi incluída no plano. Essa implantação foi operacionalizada, com vistas a:

Aumentar a oferta de serviços básicos e consolidar a assistência em nível primário de saúde, procurando alcançar o máximo de cobertura nas atividades de educação em saúde, assistência materno-infantil, suplementação alimentar, imunização, tratamento das doenças e traumatismos comuns (SMS/RJ, 1981, p. 17).

Fica claro, portanto, que nesse momento, a ampliação da cobertura se dá com fortes características de seletividade da APS, conforme descreve o projeto de implantação: “Para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) interessa, basicamente, o primeiro nível de atenção, o que não significa afastamento das diretrizes de hierarquização e integração intra-sistêmica”. (SMS/RJ, 1981, p. 17).

Segundo Parada (2001, p. 95), essas unidades atuavam dentro do campo da assistência curativa e preventiva e receberam nome diferente das demais unidades tradicionais já existentes, que só trabalhavam com a prevenção, como forma de diferenciá-las. As ações desenvolvidas por essas novas unidades seriam educação em saúde, assistência médica (clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia), vigilância epidemiológica¹¹, imunização, coleta de material para exame de análise laboratorial e treinamento de recursos humanos (SMS/RJ, 1981, p. 19-20), introduzindo a assistência curativa na rede ambulatorial da prefeitura. Iniciou-se, assim, a integração dessas ações com as preventivas, alterando o perfil das unidades ambulatoriais, antecipando-se, desse modo, à proposta formulada pelas

¹¹ Apesar de constar nesse documento como ações a serem desenvolvidas pelas UCPS, a vigilância epidemiológica sempre foi atividade desenvolvida exclusivamente pelos CMS. Apenas os registros das doenças de notificação compulsória eram realizados por essas unidades.

Ações Integradas de Saúde (AIS) (PARADA, 2001, p. 38). Pela proposta das AIS, um sistema unificado das ações dos entes federados já se desenhava, uma vez que a mesma se baseava na assinatura de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e os estados e municípios para que recursos fossem repassados, destinados à construção de unidades da rede, com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita a toda população e não só para os beneficiários da Previdência (BAPTISTA, 2007).

Começa a se desenhar, então, a perspectiva da universalização da atenção básica à saúde. Nesse período, então, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou um processo de expansão da sua rede ambulatorial, através de recursos advindos desse convênio das AIS, com a construção de postos de saúde. A estrutura organizacional na atenção básica passou a apresentar quatro tipos de unidades, os Centros Municipais de Saúde (CMS), os Postos de Saúde (PS), as Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário (UMAMP) e as Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde (UACPS).

A partir dessa expansão de cobertura, muito pouco foi construído para aumentar a oferta de atenção básica. O desenho da rede de assistência à saúde na cidade demonstrava uma concentração da rede hospitalar, principalmente dos hospitais especializados e institutos nas regiões do Centro, Zona Sul e Zona Norte e uma pulverização de unidades básicas pela cidade, especialmente pela Zona Oeste, área que foi beneficiada com o maior número de unidades advindas do convênio das

AIS. Essas unidades básicas adotaram o modelo previdenciário.¹² Os CMS se distinguiram das demais por realizarem as ações de vigilância epidemiológica.

Dessa forma, o município do Rio de Janeiro não divergia do contexto nacional do final da década de 80, quando a APS foi perdendo a centralidade da agenda política, deixando de ter um cunho de expansão de cobertura e passa a ser discutida como um dos aspectos do tema da integralidade das ações dentro do sistema de saúde (MATTA; FAUSTO, 2007).

3.3 Os rumos da atenção primária na cidade, após o SUS

A década de 90, no Brasil, é marcada pelo aprofundamento do processo de descentralização da saúde para os municípios, conforme preconiza uma das diretrizes do SUS, atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde, quando passam a ter as atribuições, a gestão e o poder de decisão para esse nível do sistema de saúde. Em decorrência, esse processo de transformação também estimula a experimentação de modelos assistenciais alternativos por governos estaduais e municipais, que buscam reformular as práticas de saúde.

Na SMS/RJ, essa década se inicia com uma nova gestão, em 1991, que praticamente coincide com as primeiras das muitas transformações que se apresentam a partir da regulamentação do SUS, através das Leis nºs 8.080/90 e 8.140/90. Essa gestão, a partir de 1992, dá início a um processo de mudança de estrutura da Secretaria de Saúde, criando uma Superintendência de Saúde Coletiva,

¹² Modelo baseado em consulta médica especializada, no uso de tecnologia e pouca ênfase nas ações de prevenção. Privilegiava a lógica curativa das doenças na organização assistencial a partir da produção de consultas médicas (FAUSTO, 2005, p. 38).

introduzindo o atendimento de doenças crônico-degenerativas nas unidades básicas e avançando dentro do processo de regionalização, com a criação das Coordenações de Área de Planejamento de Saúde¹³, conforme lembra um dos entrevistados:

Em 92 eu já me lembro envolvida na reestruturação da estrutura, que a gente criou a Saúde Coletiva, que não tinha, de tá pensando, também, o padrão de adoecimento mudando, as doenças crônicas, né, se instalando e você não ter uma porta aberta pra isso, ainda ser a questão das emergências [...] (Entrevistado 3).

Mas sem estrutura, né, então foi montada essa estrutura do nível central e criadas, então, junto foram criadas as coordenadorias, as 10 coordenadorias [...] (Entrevistado 3).

Essa mudança de estrutura foi aprovada com a publicação da Lei nº 1.888, de 17 de agosto de 1992, proposta pelo executivo municipal, na qual cria diversos órgãos, dentre eles a Superintendência de Serviços de Saúde, a Superintendência de Saúde Coletiva e a Superintendência de Controle de Zoonoses. As Coordenações de Área de Planejamento também foram criadas por essa lei, estando subordinadas à Superintendência de Serviços de Saúde. O papel atribuído a essas coordenações locais, a princípio, foi o controle dos serviços e a execução das ações no nível regional, conforme explicitado nas competências genéricas para essa superintendência, no Anexo V da referida lei:

DA SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

- **Controlar** os serviços e **executar** as ações, através das Coordenações locais de saúde;

¹³ Estruturas regionais criadas para viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro (SMS/RJ, 1993).

- Assessorar os demais órgãos e unidades na definição de programas, nos levantamentos epidemiológicos, nas ações administrativas, na gestão de recursos humanos e no planejamento de obras de engenharia e sua execução;
- Coordenar a absorção das unidades federais e estaduais a serem municipalizadas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Grifo nosso).

Podemos observar que nesse momento, há uma decisão de efetuar mudanças político-organizativas no que concerne ao desenho da estrutura da SMS/RJ, optando por operar uma desconcentração,¹⁴ com o deslocamento de ações, atividades, responsabilidades e serviços, do centro para a periferia do sistema, ou seja, para as CAPs, mantendo, no entanto, o poder, a gestão, as decisões e os recursos concentrados no nível central do sistema.

Esse movimento por uma organização interna é explicitado pela fala do entrevistado 3:

Mas, num processo ainda de descentralização e não de expansão de, da atenção mesmo, né, acho que era mais ainda um processo de **organização interna** da secretaria e de, tentando descentralização¹⁵, né. (Entrevistado 3 - grifo nosso).

Como também pode ser percebido, pelo desinteresse demonstrado pela SMS/RJ em não se mobilizar para a sua qualificação na gestão semiplena

¹⁴ Segundo Teixeira (1991, p. 28), baseando-se na vertente francesa dos estudos sobre descentralização, o termo desconcentração é o equivalente à descentralização administrativa, que opera “a transferência de atribuições ou responsabilidades de execução a níveis inferiores dentro do governo central e de suas agências”, mas não desloca o poder político, administrativo e tecnológico, não transferindo a tomada de decisões, ou seja, não há transferência do poder decisório.

¹⁵ Conforme já discutido, o termo “descentralização” pode ser melhor entendido como “desconcentração”.

estabelecida pela NOB/93, como ressalta Parada (2001, p. 67), com a qual assumiria:

a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; [...] o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; [...] a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território (BRASIL, 1993).

Esse fato veio demonstrar, nesse momento, a indisposição política para assumir o comando único no município sobre as unidades estaduais e federais, localizadas no seu território, apesar de já sinalizar para a possibilidade de absorção das unidades federais e estaduais que mais tarde seriam municipalizadas, como uma atribuição da Superintendência de Serviços de Saúde. Podemos inferir que nesse período, a SMS/RJ tinha outras questões postas em sua agenda, que dificultaram a decisão de assumir a gestão semiplena. Conforme ressalta a fala do Entrevistado 3:

Porque a secretaria é grande né, tinha saído de crises né, tinha tido com o Saturnino¹⁶ negócio de falta de pagamento [...] (Entrevistado 3).

Em 3 de fevereiro de 1994, o município é habilitado na condição de Gestor Incipiente do Sistema Único de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro, assumindo, com

¹⁶ Saturnino Braga foi prefeito da cidade do Rio de Janeiro de 1986 a 1988. No último ano de seu mandato, decretou a falência do município do Rio de Janeiro, o que levou à suspensão do pagamento dos salários dos funcionários por aproximadamente três meses.

isso, suas responsabilidades e prerrogativas frente ao sistema municipal, de forma progressiva, podendo-se dizer até de certo modo, cautelosa.

Como destaca Fausto (2005, p. 136-137), no Brasil, o período que transcorreu desde as AIS, até meados da década de 90, apresentou uma tendência à discussão do financiamento, da descentralização e da universalização, não tendo, nesse momento, ainda, o foco principal na discussão do modelo assistencial.

A atenção primária nesse período era concebida como o primeiro nível de atenção, com as unidades básicas desenvolvendo ações de caráter preventivo e assistência médica baseados nos programas do MS.

Como podemos denotar pela fala do Entrevistado 3, esse contexto é reproduzido na SMS/RJ. A criação da estrutura da Superintendência de Saúde Coletiva foi baseada no modelo dos programas de saúde preconizados pelo MS.

Foi junto com a mudança de estrutura, que a gente fortaleceu o núcleo de saúde coletiva, que antes não tinha, né... tinha o programa de hipertensão..., programa de epidemiologia... aí a Aids ficava numa mesinha lá na epidemio, né, e tava começando a organizar a questão da AIDS. Tinha a tuberculose e hanseníase, porque estão ligadas à saúde do adulto, na época [...] (Entrevistado 3).

Com isso, a SMS/RJ direcionou o nível primário de atenção, no sentido de realizar as ações de caráter preventivo e de assistência médica, de acordo com as normatizações desses programas. Houve um movimento político da SMS/RJ, que foi gradativamente sendo definido, no sentido de implantar essas ações programáticas, adotando esse modelo de atenção como forma de direcionar as ações nesse nível do sistema. Assim, as unidades que já haviam deixado de ser unidades de saúde

pública para se tornarem unidades de atenção básica, passaram a incorporar os programas de saúde preconizados pelo MS, de forma a orientar a oferta de assistência à população. Foram criados na sua estrutura organizacional os cargos de Coordenadores de Programas para as unidades básicas do tipo CMS, UIS¹⁷ e PS, porém não para as UACPS, mesmo estas desenvolvendo, também, as ações programáticas.

Essa conformação da atenção básica não apresentou potencial para contribuir na mudança do modelo historicamente dicotomizado entre assistência hospitalar e ambulatorial adotado pela SMS/RJ. Nesse cenário, o que Matta e Fausto (2007) chamam de empalidecimento¹⁸ da discussão da APS em nível nacional, vem contribuir para o distanciamento da então, atenção básica, como eixo condutor da atenção à saúde na cidade.

3.3.1 A experimentação de modelos alternativo

Com a mudança de estrutura da SMS/RJ e a criação da Superintendência de Saúde Coletiva (SSC), iniciou-se um processo de adequação do nível primário de atenção, com a institucionalização dos programas de saúde – ou de doenças – dentro de um padrão estabelecido pelo MS. Nesse momento, introduziu-se na rede ambulatorial a racionalidade dos serviços direcionados aos usuários que fossem

¹⁷ São as antigas UMAMPs, que na mudança de estrutura passaram a ser designadas de Unidades Integradas de Saúde. Além destas, também houve a integração de alguns centros de saúde com unidades hospitalares ou maternidades, que deram origem a uma unidade única, que também adotaram essa designação.

¹⁸ Para Matta e Fausto (2007), a amplitude da agenda de Reforma Sanitária empalideceu a discussão sobre atenção primária, como vinha ocorrendo na década de 70, pois temas como financiamento, descentralização, universalização e integração das ações no sistema de saúde adquiriram maior visibilidade no debate e foram matérias de grande negociação no momento da Constituinte.

portadores das patologias que estivessem enquadradas dentro desses programas.

Criou-se, dessa forma, uma facilidade de acesso aos serviços ambulatoriais a uma parcela da população, tentando reordenar o fluxo desses usuários, que procuravam as emergências como forma de entrar no sistema de saúde, conforme nos remete esta fala: “[...] e você não ter uma porta aberta pra isso, ainda ser a questão das emergências [...]” (Entrevistado 3). Com isso, buscava-se uma forma de organização do sistema, numa tentativa de conformar uma hierarquização dos serviços, conforme preconizado pelo princípio do SUS.

Esse movimento, que Teixeira (2003, p. 261) classifica como mudança na dimensão organizativa, pode operar de duas formas na configuração de um modelo assistencial. O primeiro, que se caracteriza pela modificação nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, como por exemplo, a proposta de ampliação da rede básica. O segundo modo, que seria com o estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica (referência e contra-referência), o que parece ter sido a opção da Secretaria nesse momento.

Na realidade essa palavra, ampliar a atenção básica ela não começa nessa época não, não sei, eu não me lembro dela logo no início [...] (Entrevistado 3).

No entanto, o que inicialmente foi pensado como facilitador do acesso e potencial organizador do sistema na lógica da hierarquização, logo se mostrou como um selecionador do acesso, uma vez que os usuários que não se enquadrassem nos protocolos dos programas não tinham garantia de atendimento ambulatorial nas unidades básicas, além de perpetuar a desorganização entre os diversos níveis, pois

a população continuava a procurar as emergências dos hospitais como forma de atendimento às suas necessidades de saúde. Dessa forma, o que se assiste é a manutenção de um modelo dicotomizado, sem integração entre seus diferentes níveis, conformando uma rede desarticulada, com pouca capilarização para atender às necessidades dos usuários desse sistema. Observamos que esses programas, apesar de esforços para que incorporassem os princípios de integralidade, descentralização e regionalização, carregavam um caráter normativo muito forte. Com isso, resultavam em atuar com uma lógica seletiva de atenção, pois focalizavam o acesso através de uma visão reducionista, centrada na doença, dentro de uma abordagem individual, acarretando a diminuição da abertura das unidades à variedade de problemas de saúde trazidos pela população.

Nesse período, o financiamento do sistema de saúde para as ações ambulatoriais contribuía com esse quadro, uma vez que se baseava na remuneração por produção de serviços e, com isso, direcionava as ações assistenciais para a lógica da produção de atos médicos. Essa forma de repasse financeiro diretamente para os municípios, na modalidade de pós-pagamento, veio a fortalecer a relação direta dos municípios com o Governo Federal, apagando ainda mais a instância estadual (PARADA, 2001; BODSTEIN, 2002).

O cenário brasileiro, nesse período, apresentava muitas experiências regionais e locais que estavam sendo desenvolvidas, como modelos alternativos em contraponto ao modelo assistencial hegemônico. Essas experiências surgiram como fruto da insatisfação de muitos técnicos e gestores com a conformação dos serviços locais de saúde e foram, em grande parte, facilitadas pela descentralização da gestão e do poder decisório para os municípios. Com isso, há um favorecimento da ampliação da discussão dessa crise do modelo assistencial, fazendo com que o

tema ganhe espaço na agenda de reforma do setor, durante os anos 90 (MATTA; FAUSTO, 2007).

No município do Rio de Janeiro iniciou-se, somente a partir dos meados da década de noventa, o movimento de experimentação de modelos alternativos, fruto da proposição, em grande parte, dos representantes das Coordenações de Área de Planejamento, que uma vez mais próximos das populações locais, puderam perceber que o modelo em vigência – programas verticais – não atendia às singularidades regionais dos perfis epidemiológicos e das necessidades sociais de saúde de cada área da cidade. Nota-se que essas proposições surgiam das APs com escassez de serviços e/ou grande demanda populacional, APs 3.1, 5.1, 5.2 e 5.3, como veremos mais adiante. Porém, como sinaliza Cornelio (1999), a motivação maior vem do nível central – locus de tomada de decisão, dentro da perspectiva de desconcentração, como discutido anteriormente, que realiza um movimento de rearranjo interno, buscando a readequação da rede de serviços básicos às prerrogativas do SUS, quanto ao repasse de recursos previstos inicialmente pela NOB/93 – pagamento por produção – e mais tarde pela NOB/96 – PAB variável.

Esse posicionamento pode ser explicado pelo fato de que os municípios, no período de 1995 a 1998, tiveram um aumento progressivo de participação no financiamento dos SUS, principalmente no tocante à atenção básica, com uma gradativa diminuição de recursos federais, tendo essa tendência se corrigido, pelo menos momentaneamente¹⁹, quando a NOB/96 introduz essa nova forma de

¹⁹ Segundo Solla *et al.* (2007), a defasagem do valor nos anos posteriores a adoção do PAB, o baixo nível de participação da esfera estadual no financiamento e o fato de não terem sido implantadas medidas que diferenciassem as necessidades do financiamento levando em conta as desigualdades intermunicipais, fizeram com que progressivamente o caminho da busca da equidade no financiamento deste nível de atenção fosse se distanciando.

financiamento (SOLLA *et al.*, 2007, p. 496). Nesse sentido, os modelos experimentais foram sendo criados na perspectiva de aumentar a oferta de serviços, mas também, e conseqüentemente, adequá-los para os recursos de financiamento advindo do Governo Federal (CORNELIO, 1999, p. 90).

Bodstein (2002, p. 406) ressalta que o efeito esperado com a formulação do PAB era alavancar a mudança do modelo assistencial nos municípios. No Rio de Janeiro, contudo, esse efeito não se dá. Segundo Cornelio (1999, p. 89), não há uma preocupação com a mudança do *“modo de produção das ações de saúde e/ou da maneira que o Município se organiza para produzi-las e distribuí-las”*. A constatação da autora veio demonstrar a ausência da discussão desse tema na agenda setorial. Essa concepção do financiamento sobrepondo a discussão de modelo assistencial perpassa todos os projetos experimentais, em maior ou menor grau.

Dentre essas experimentações, citaremos alguns exemplos:

- Projeto Paquetá, em 1996, que apesar de ter recebido o nome de PSF, em muito diferia das orientações do Ministério da Saúde para essa estratégia. Apesar de muitos o considerarem baseado no modelo cubano, não tinha os mesmos critérios de adscrição de população por equipe, além de **agregar** um Agente Comunitário de Saúde por médico, o que também não é praticado pelo modelo cubano (CASELLI, 2003, p. 64). [grifo nosso]. Essa equipe foi instalada nas dependências da UIS Artur Vilaboim.

- Consultórios Simplificados da Maré, em 1996, que funcionavam dentro dos CIEPs,²⁰ com atendimento médico em clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia, **onde foram incorporados** Agentes Comunitários de Saúde [grifo nosso]. Essa experiência não foi inserida de maneira formal no organograma e fluxograma da SMS, ficando sob responsabilidade gerencial da Coordenação de Saúde da Área de Planejamento 3.1 (CAZELLI, 2003, p. 66). [grifo nosso].
- PACS Vigário Geral, em 1997. Esse PACS, assim como o PACS da Maré, não seguia a orientação do Ministério da Saúde em relação ao número da população sob a responsabilidade de cada Agente Comunitário de Saúde. Funcionava dentro da sede da Associação de Moradores.
- Cooperativização de unidades básicas, iniciada também em 1997, tinha como proposta o pagamento diferenciado aos profissionais de nível superior cooperativados, para que cumprissem carga horária semanal de 24 horas, nas unidades básicas da Zona Oeste, uma vez que havia grande defasagem de profissionais estatutários nessas unidades, pela dificuldade de fixá-los. Operava como estratégia para lotar recursos humanos e otimizar a capacidade instalada.
- Projeto 40 horas no Posto de Saúde Dr. Alvimar de Carvalho, que foi elaborado, tendo como matriz o Projeto Alternativo do Hospital Salgado Filho, em 1998, com o objetivo de incentivar os profissionais

²⁰ Centros Integrados de Educação Pública – são escolas da rede pública, que foram construídas com uma programação física que permitiu a adequação para que neles fossem instaladas unidades de saúde. Essas escolas estão situadas dentro das comunidades que formam o Complexo da Maré.

estatutários a se fixarem nas unidades básicas da Zona Oeste. Foi implantado nessa unidade básica como um projeto experimental, fazendo um contraponto com a proposta da cooperativização. Acreditava-se que, com o pagamento de uma gratificação por extensão de carga horária, haveria fixação dos profissionais nessa referida unidade, cumprindo carga horária de 40 horas semanais, o que otimizaria a capacidade instalada e facilitaria o vínculo com a clientela. Mantém-se até hoje apenas nessa unidade.

Esses projetos se davam na área da atenção básica, o que pode sinalizar para alguma intenção subjacente de pensar esse nível de atenção para a cidade. Pelo que nos coloca um dos entrevistados, havia uma sensibilização do Secretário de Saúde, à época, com a questão da priorização da atenção básica na agenda política:

Eu me lembro direitinho disso, o Gazolla falava assim: Este ano vai ser o ano da atenção básica, nós vamos investir na atenção básica. Dois meses depois, chegou, pá! Os hospitais. Não se fala mais em atenção básica porque, gente pros hospitais, dinheiro pros hospitais, na na na... pros hospitais. Então, não rolou, né, rs rs rs, não rolou [...] Oito né, porque era o Juliano Moreira, mais Bonsucesso, Lagoa, Andaraí, veio tudo, né, Cardoso Fontes, e aí mobiliza toda a secretaria de novo pra atenção hospitalar. (Entrevistado 3).

Nesta fala, o entrevistado se refere ao impacto sobre a agenda da gestão municipal pela transferência dos hospitais: os hospitais da Colônia Juliano Moreira e mais sete hospitais federais (SMS/RJ, 2003).

Desse modo, na ausência da formulação clara de uma política municipal para a atenção básica, abrem-se lacunas e surge a oportunidade para esses projetos experimentais. E é dentro desse cenário que se dá a primeira expansão da ESF na Cidade, em 1999, da mesma forma como foi implantada a primeira equipe, no ano de 1995.

Essas novas equipes já se aproximavam mais das recomendações do MS, quanto à composição e processo de trabalho, mas a SMS/RJ introduziu outras categorias profissionais nas equipes de PSF, o que, segundo Cazelli (2003, p. 74), foi uma ousadia, no sentido de ampliar a equipe mínima preconizada pelo MS. No entanto, diante desse cenário local de total empalidecimento da atenção básica, podemos fazer outra leitura dessa iniciativa, ou seja, como um sinal de resistência ao modelo proposto pelo MS. Ressalta-se que nesse momento o financiamento já se efetivara dentro do estabelecido pela NOB/96, ou seja, com repasse de recursos financeiros, através dos cálculos do PAB fixo, além do estímulo à implantação de equipes de PSF e PACS, através dos recursos do PAB variável.

A partir desse ponto, dá-se a primeira expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Mas, em que conjuntura isso se dá? Como irá se conformar a mesma? Quais caminhos serão trilhados?

3.3.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família nesse cenário

Após as primeiras experiências em 1996 e 1997 (PSF Paquetá e PACS Maré e Vigário Geral), novas equipes são implantadas, com algum retardo cronológico em

relação ao cenário brasileiro. O PACS foi institucionalizado pelo MS em 1991; o PSF, em 1994. A preocupação em adequar os serviços às condições de financiamento, impostas pelo MS, serve como possível justificativa para que a SMS/RJ só inicie a expansão dessas equipes no ano de 1999. Como citado anteriormente, as mudanças trazidas pela NOB/96 só entram em vigor a partir de 1998, o que pode ter tido forte influência para que essa decisão, de expandir a ESF, só ocorra nesse ano, como apontado anteriormente, e que se traduz na fala do Entrevistado 3.

A gente teve muito reforço do Ministério. O Ministério quer que faça. O Ministério tem financiamento pra isso. O posto de saúde tradicional não tem mais financiamento. Só tem financiamento pro PSF. Embora a gente soubesse que só cobria um terço, que era o proposto, né. O Ministério cobriria um terço, o estado um terço, e o município entraria com um terço. (Entrevistado 3).

Esta fala testemunha o modo como as estratégias de indução da adoção do modelo do PSF como um modelo substitutivo para a atenção básica, através do incentivo financeiro, foram vistas pela gestão municipal. Esse incentivo do Governo Federal sabidamente não cobria os custos das equipes do PSF. Se o financiamento do SUS envolve a participação das três esferas governamentais, nada estabelece, entretanto, no que diz respeito aos incentivos destinados a ESF, que o mesmo deva ser repartido. De fato, os governos estaduais estavam em condições precárias para elevar os gastos em saúde, como assinalam Solla et al. (2007, p. 496):

Já os estados, nesta mesma década, além de reduzirem seu papel na oferta direta de ações e serviços de saúde, especialmente na atenção básica, tiveram parcela importante de suas receitas

comprometidas com pagamento de dívidas, reduzindo sua participação dos gastos com saúde.

Talvez essa menção ao financiamento tripartite reflita a postura de cobrança e crítica a ausência de participação do governo estadual no financiamento nesse momento. Podemos considerar que a SMS/RJ resiste ao projeto político defendido pelo MS, uma vez que havia o indicativo de que, sem a contrapartida do estado, teria que arcar com uma parcela maior de recursos para a expansão dessa estratégia, o que poderia ser um dos motivos para essa resistência. Isso, aliado ao fato do distanciamento da SES no apoio necessário à discussão dessa temática, pode ter contribuído com tal posição.

Eu lembro que naquela ocasião o próprio estado não tinha um envolvimento tão grande, e é importante o estado como coordenador do sistema, ele faz toda a diferença, eu acho que..., e eu via como uma fragilidade... (Entrevistado 2).

Porém, outros fatos podem também ter contribuído para essa lateralidade histórica da atenção básica na agenda municipal. Como ressaltam os Entrevistados 2 e 3, não há uma mobilização em torno da atenção básica pelos diversos atores que poderiam influenciar nesse deslocamento de prioridade de agenda.

Agora, o Cesar Maia, ele sempre jogou muita ficha na questão hospitalar. Lembra que ele queria que o Coordenador da CAP fosse o diretor do hospital mais importante da CAP? (Entrevistado 3).

E essa coisa que, o que não dá prestígio político é o hospital que não funciona. A rede básica não funcionar não mata ninguém, o hospital mata. (Entrevistado 3).

Atenção básica não dá bônus político logo. Não dá mesmo, né? (Entrevistado 3).

Entre, politicamente o que é que dá mais visibilidade, é você construir unidades básicas ou é você construir UPA, que é o que está se falando hoje, no Rio [...] (Entrevistado 2).

Eu nunca ouvi falar em nenhum movimento no Rio ou em outro lugar, que pressione pra ter agente comunitário, pra ter médico de família. Não tem. Tem aquela pressão violenta de ter o tomógrafo, de ter ressonância, de ter médico lá no pronto-socorro, não é. Eu preciso de 5% no hospital, e tem uma pressão violenta. 95% que precisa de unidade básica, não tem. (Entrevistado 2).

Ou seja, a visibilidade política maior dos hospitais, associada ao peso dos mesmos na agenda da gestão (pela própria transferência de hospitais que passaram na década a se somar aos tradicionais e complexos hospitais municipais), contribuiu para esvaziar o esforço de expansão na atenção básica. Dessa forma, a expansão proposta para 1999 tem um desenho tímido. Formas alternativas de gestão de recursos humanos para a composição das equipes foram adotadas. Convênios com ONGs e Associações de Moradores foram celebrados para algumas equipes. Cooperativização de profissionais para outras. Nesse momento, já havia sido criado o Núcleo de Saúde da Comunidade.

E aí em 1998, foi criado o Núcleo de Saúde da Comunidade, tá, que foi eu acho que foi, saiu em diário em 99, se não me engano. Foi criado o Núcleo de Saúde da Comunidade que era uma coisinha assim ainda muito pequenininha, cujo objetivo era ver, capacitar os agentes comunitários e pensar propostas da estrate..., do então Programa de Saúde da Família e do PACS. (Entrevistado 1).

Segundo documento interno da SMS/RJ (2002), o objetivo principal desse núcleo era *“expandir, no município do Rio de Janeiro, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família [...]”*. Esse núcleo começou a desenhar o projeto de expansão da ESF e implantou as primeiras equipes de PSF.

A gente chegou a montar as 6 primeiras equipes, seis primeiras se não me engano, e aí a Superintendente, a [...], optou por uma criação de uma Coordenação [...] que era chamada de Coordenação de Saúde da Comunidade, que era aí, então, responsável pela organização, pelo planejamento e implantação da, de todas as estratégias de atenção básica não tradicionais, que era o PACS e o PSF. (Entrevistado 1).

A Coordenação de Saúde da Comunidade foi criada em maio de 2000, e tinha, como ressaltado pela fala acima, o papel de planejar e organizar a implantação dessas estratégias. Porém, o que a princípio poderia parecer um movimento de fortalecimento das mesmas, que levasse a uma discussão de reorganização de toda a atenção básica, não se traduziu, na prática, em um debruçar-se sobre esse tema, não conseguindo alavancar o redesenho do modelo.

Assim, os modelos experimentais continuaram a ser executados. Continuaram as unidades básicas tradicionais com os programas do MS. A eles se somaram os PACS e os PSF. A atenção básica da cidade se transformou em um mosaico. Esse mosaico não poderia deixar de ser conflituoso nas suas relações, uma vez que se constituía de partes, diferentes nas suas concepções e paradigmas, trazendo antagonismo entre elas. Essa tensão crescente, principalmente entre as unidades de PSF e as unidades básicas chamadas de tradicionais, que inclusive

serviriam de referência para as primeiras, como colocado por Costa (2008, p. 24), realçou ainda mais a fragmentação da atenção básica na cidade. Esse cenário é agravado pelas substituições sucessivas dos titulares dessa pasta.

Conforme afirma o Entrevistado 1,

[...] fazer com que os nossos secretários de saúde entendessem que isso era uma proposta interessante e de melhoria de qualidade da assistência foi muito difícil, muito. Dr. Gazolla, no final do mandato [...] chegou pra mim e disse: - “Agora que eu tô entendendo e eu não posso mais te ajudar”. (Entrevistado 1).

No ano de 2001, tem início nova gestão na SMS/RJ, após dez anos sucessivos do Dr. Ronaldo Gazolla à frente da mesma. O projeto político do MS para a atenção básica – ESF – não havia sido adotado pela gestão que se encerrava. O novo secretário chega planejando implantar 600 equipes de PSF. Formulou, dessa forma, um projeto político para a atenção básica no município. Tinha, segundo o Entrevistado 1, *“todo o ideal político, mas ele trouxe um corpo técnico que não tava habilitado a tá lidando com essas coisas e isso fez com que atrasasse muito o nosso processo”*. Essa gestão é substituída em menos de seis meses, e não consegue implantar nenhuma equipe.

Com um novo secretário, que assumiu a gestão em meados de 2001, tem-se, como aponta o Entrevistado 1, outro problema, pois ele *“teve dificuldades no início, até por conta da formação dele, do trabalho dele, né, e começa a entender...”*. Porém, esse entendimento inicial não foi suficiente para que houvesse uma definição política que apontasse para a adoção da ESF como modelo de atenção básica para a cidade. Faltava a ele, talvez, o ideal político que transbordava no

outro, seu antecessor. Esse fato é denunciado pelo ritmo de implantação da estratégia.

Ao final de 2001, havia na cidade 23 equipes de PSF em nove comunidades e 426 ACS em 15 comunidades, o que permitia uma cobertura populacional de 8,2% (SMS, 2002). E nenhuma formulação política quanto aos rumos que seriam dados à estratégia.

No MS, havia o entendimento de que a fragilidade da atenção básica no município se dava por conta da conformação da sua rede, com um peso importante dos hospitais, em detrimento das unidades básicas, que eram em número insuficiente para atender à população, conforme nos aponta a fala do Entrevistado 2:

O Rio não tem tradição de atenção básica, porque como foi a capital do país, né, e onde toda essa parte de expansão hospitalar tava lá, no Rio, que era a capital, os hospitais estavam todos concentrados no Rio. Então, naquela época o Ministério tinha esse entendimento de que a atenção básica no estado, no município e no estado, era muito frágil por essa história, né, do município do Rio. (Entrevistado 2).

Por conta desse contexto, que teve a sua origem já discutida anteriormente, implantar o seu projeto de atenção básica nessa cidade não seria tarefa fácil. Até porque o município se mostrava resistente a converter²¹ suas unidades básicas tradicionais. Nesse período, somente dois PS haviam sido convertidos. PS Dr. Adão Pereira Nunes, na comunidade de Vilar Carioca, na AP. 5.2 e PS Dr. Sávio Antunes, na comunidade de Antares, na AP 5.3. Mesmo assim, o foram pelo fato de se

²¹ Refere-se ao movimento de substituição do modelo de atenção à saúde, praticado pelas unidades básicas tradicionais, pelo modelo Saúde da Família.

localizarem em área de difícil fixação de profissionais, tendo sido a conversão uma forma de resolver a questão de recursos humanos, e não uma decisão de mudança de modelo assistencial. Mais uma vez, a falta de definição política sobre os rumos da atenção básica, e em especial a não-formulação do desenho da ESF nesse contexto, abre a oportunidade para esse pragmatismo.

Eram unidades afastadas que tinham dificuldade de captação de profissionais, que foi Antares... Foi o caso de Vilar Carioca, tá. Foram essas básicas... (Entrevistado 1).

Aliado a isso, muitos obstáculos eram colocados pelos diversos atores quando o assunto era conversão de unidades básicas tradicionais. Principalmente pela população e pelos Conselhos Distritais, mas não menos pelos profissionais de saúde.

A comunidade não queria que virasse PSF [...] Então esse modelo de conversão pra gente foi muito..., tinha muita resistência do Conselho Municipal, dos Conselhos Distritais [...] (Entrevistado 3).

A população se mostrava temerária diante de um modelo desconhecido e não desejava a substituição, mesmo sendo usuária de um serviço que ela percebia não ser adequado às suas necessidades de saúde. Os conselheiros, que representavam essa população pensavam da mesma forma. Acreditavam que iriam perder os serviços já conquistados. Os profissionais de saúde e gestores também eram opositores a esse modelo, pois se sentiam ameaçados pelas mudanças que ocorreriam.

Teixeira (2003, p. 274) chama atenção para a pertinência de implantação da ESF em grandes centros, da mesma forma que vem sendo implantada em pequenos e médios municípios. Ressalta que ela passa a competir com o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrentando a resistência de vários atores, dentre eles os profissionais de saúde, implicados na reprodução desse modelo, e a própria população usuária, habituada a consumir serviços especializados, mesmo na atenção básica, o que vem corroborar as falas destacadas acima.

Há, contudo, que se considerar a complexidade do sistema de saúde do Rio de Janeiro, o que torna essa conversão uma tarefa muito mais difícil, conforme nos apontam Caetano & Dain (2002, p. 14). Essas autoras chamam atenção para o fato de que nas cidades em que há um sistema de saúde complexo, a implantação da ESF não tem se dado através da conversão, e sim, através da expansão dos cuidados básicos de saúde, a grupos populacionais sob maior risco.

Esse contexto de resistência à conversão e a falta de projeto político para a expansão da ESF acabaram conduzindo essa estratégia para o que era possível, aliado ao que era necessário.

O número de unidades, o número absoluto de unidades era muito pequeno. É, eu até me lembro que eu fazia uma comparação com o meu estado que é o menor do país, né, e nós tínhamos só em Aracaju, que é a capital, em número absoluto, uma quantidade maior de unidades básicas do que todo o município do Rio, com 6 milhões de habitantes, e Aracaju com 500 mil, eu lembro que eu fiz isso, até por curiosidade [...] (Entrevistado 2).

Nesse sentido, as propostas de implantação de equipes, PACS ou PSF, se voltam para a expansão da rede, buscando legitimar a ESF através da ampliação de cobertura dos serviços de atenção básica, o que vem ratificar o que apontam as autoras acima.

3.3.2.1 Algumas considerações acerca da conjuntura da expansão - 2002 a 2005

Com a resistência à conversão, o projeto que se delineia a partir de 2001 tem basicamente o foco da implantação das equipes de PSF e PACS direcionado para os vazios assistenciais, áreas mais periféricas, conforme apontam as falas a seguir:

Na lógica de trabalhar naquilo que a gente chamava de vazios assistenciais e tudo mais. Identificar regiões, no Rio de Janeiro, muito, com muitos desfalques na área da saúde pra gente tá implantando, primeiro, sem dúvida nenhuma. (Entrevistado 1).

Expansão de cobertura [...] (Entrevistado 3).

Agora, como um dos princípios do SUS é a equidade, então, antes da gente pensar em Botafogo, vamos pensar nas favelas, nas áreas mais periféricas. (Entrevistado 2).

Minha intenção era trabalhar na lógica da equidade mesmo. (Entrevistado 1).

A Coordenação de Saúde da Comunidade formulou um projeto para a segunda expansão dessa estratégia dentro do que foi chamado de expansão de cobertura e equidade, nas falas acima. Mesmo assim, este não encontra eco dentro da SMS/RJ. Iniciou-se um período, conforme apontado pela fala do Entrevistado 1, de inércia institucional em relação a ESF, que avançou até os primeiros meses de

2002. Percebendo a indefinição, dentro da SMS, quanto à execução do projeto, esse ator vai, então, buscar apoio político fora do âmbito desta pasta, conforme aponta:

Eu não aguentava mais essa história, eu queria chutar o balde e falava até com vocês isso, até que um dia eu disse: - “Sabe de uma coisa, eu vou escrever pro prefeito”. Eu acho que o nosso deslanche se deu por causa desse e-mail pro prefeito, uma coisa meio doida. Dizendo a ele - Pô, que porcaria de cidade é essa que não está implantando, que não corre atrás, não sei o que... E o prefeito me chamou para um almoço, e nesse almoço ele doou pra gente 100 milhões de reais. (Entrevistado 1).

Analisando essa fala à luz do que coloca Lindblom (1981, p. 8-9) no processo de decisão política, esse ator operou como aquele que leva a indicação do problema à atenção da autoridade, uma vez que o mesmo tinha acesso às pessoas que poderiam tomar as decisões. Como, ao levar o problema às suas instâncias imediatamente superiores, não conseguiu provocar uma decisão favorável às suas expectativas, mas imbuído de um pragmatismo, buscou apoio no chefe do Executivo, conforme as falas nos apontam, conseguindo dele a decisão política, que é apresentada aos demais participantes sob a forma de liberação dos recursos financeiros.

Eu não aguentava mais a inércia que a gente tava e aí eu fui até o Cesar Maia, e comecei a mandar pra ele um monte de coisas sobre o Saúde da Família. Ele foi à Inglaterra, ele conheceu e aí ele deu o dinheiro pra gente, os 100 milhões. (Entrevistado 1).

Em conseqüência, há uma oportunidade, que foi capturada pela SMS/RJ, de desenvolvimento de um projeto que viesse ao encontro dos objetivos políticos do

chefe dessa pasta, o que se transformou no *Saúde Onde Você Mora*. A partir daí, a ESF se desloca na agenda política da SMS/RJ, ganhando, pelo menos nesse período, a centralidade.

Com os recursos financeiros necessários garantidos no orçamento da SMS, concluiu-se a elaboração do projeto. O mesmo previa a implantação de 166 equipes de PSF, mas também 31 equipes de PACS (SMS/RJ, 2002). As equipes de PSF seguiam a linha de expansão de cobertura, com implantação em imóveis alugados e adequados para essa finalidade, dentro das comunidades eleitas. As equipes de PACS, que estavam previstas para serem implantadas dentro das unidades básicas tradicionais, foram, na verdade, também alocadas em imóveis alugados e adequados, dentro das comunidades.

O MS já apontava, desde 1998, que o PACS só deveria ser implantado onde não fosse possível implantar o PSF e, em 2001, com a publicação do documento *As Vantagens da Municipalização da Saúde*, ele reforça essa posição de transitoriedade da estratégia PACS, dando total prioridade ao PSF. Nesse sentido, o projeto de expansão elaborado em 2002 apresentava certo anacronismo em relação ao projeto político do MS. Este se exacerba, na medida em que o PACS que a CSC se propõe a implantar difere do proposto pelo MS, tanto no formato, quanto na sua perspectiva de não ser transitório. Mas o que levou a essa modificação? É isso que procuramos analisar no próximo capítulo.

4 A ADAPTAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O MS apresenta o modelo PACS em todos os seus documentos, a partir de 1998, como uma estratégia transitória para o modelo PSF (BRASIL, 1998; 1999; 2001(a)). Dessa forma, não havia um obstáculo, por parte desse ator institucional, à implantação de equipes de PACS, mas não havia incentivo técnico e o incentivo financeiro não seduzia a sua adoção, ao contrário do que ocorria em relação ao PSF, o que levava os municípios a optarem pela implantação deste, em detrimento ao primeiro.

Lembrando o que nos coloca Mattos (2002, p. 86-87), a forma de financiamento adotada pelo MS para a estratégia PSF o coloca, frente ao PACS, como uma proposta de caráter substitutivo deste, e à medida que fosse se expandindo, substituiria todas as demais modalidades de atenção básica. Porém, como vimos anteriormente, não foi isso que ocorreu no município do Rio àquela época.

Apesar do apoio político do prefeito ao projeto de expansão da ESF e da utilização do mesmo pelo secretário, transformando-o em um de seus carros-chefes, a elaboração deste ficou a cargo da CSC, como uma instância técnica dentro da estrutura da SMS/RJ. Essa Coordenação elaborou o projeto, onde constavam 31 equipes de PACS, que a princípio seguiriam as recomendações do MS e seriam implantadas dentro das unidades básicas tradicionais.

O nosso PACS, que a gente até então tinha pensado era o PACS tradicional, aquele PACS com 20, 30 ACS, sendo coordenados por um enfermeiro. Vão fazer as visitas domiciliares, identificam situações, trazem pro enfermeiro, o enfermeiro tenta resolver da melhor forma, encaminha pra onde for necessário e tudo mais, e, no caso, ligados às unidades tradicionais [...] Sediados, sediados nas unidades tradicionais, que eu considero isso excelente e concordo e ainda acredito nisso. (Entrevistado 1).

Já havia experiência prévia com o PACS, que fazia com que a CSC apostasse nesse modelo.

[...] ainda acredito piamente na lógica do PACS quando acoplado ao modelo tradicional [...] como otimização da unidade tradicional existente [...]. (Entrevistado 1).

Essa aposta no PACS, além de se apresentar como uma otimização das unidades tradicionais, como colocado, também traz, subjacente, um modelo que seria adaptável às especificidades da cidade, tanto em relação a já existência de um número significativo de unidades básicas, apesar de insuficientes, quanto em relação a outros fatores, como nos apontam as falas a seguir:

[...] é... o PSF era uma proposta, mas sabedora das situações de violência, das situações de dificuldades de contratação de médicos, que não é uma coisa do Rio de Janeiro, mas era uma coisa nacional como ainda é até hoje, eu queria trabalhar com o PACS, eu acredito no PACS. (Entrevistado 1).

Não adianta eu ter uma política de governo, uma política de estado fantástica, maravilhosa, mas que não se adapta à realidade de um município violento como o Rio de Janeiro, um município que tem

baixo salário como o Rio de Janeiro, que eu não consigo botar médico dentro de comunidade [...]. (Entrevistado 1).

Eu acho que o PACS é uma boa ideia, sim. Eu continuo achando que mesmo em centros menores, com a dificuldade que a gente tem de médico, hoje, entre não ter um médico, 40 horas, cinco vezes na semana, ele vai um dia ou dois, e se eu tenho uma equipe de PACS, que tá ali presente, com enfermeiro acompanhando, eu acho que faz muita diferença. (Entrevistado 2).

Portanto, a proposta de PACS vai ganhando força, como uma possibilidade de vir a ser uma forma de viabilizar uma estratégia de atenção básica em um grande centro urbano, que possui uma rede complexa, em que a conversão das unidades básicas tradicionais não foi formalizada como uma política de transformação da atenção básica e onde havia outras questões, como a violência urbana e os baixos salários, que levavam a uma dificuldade de contratação de profissionais médicos, profissional imprescindível para a composição da equipe no PSF. O PACS se apresenta, nesse sentido, como uma solução pragmática para esses problemas, inclusive com a perspectiva de vir a ser implantado nos ambulatórios dos hospitais.

Porque a gente tem uma dificuldade concreta, que é a contratação de médico, que se propõe a atender como generalista e a gente não tem a dificuldade de contratar enfermeiro, então a gente tem que trabalhar com o que a gente tem. (Entrevistado 1).

Hospital que tem que fazer acompanhamento daqueles pacientes, ter um PACS ligado àquele hospital, ao ambulatório do hospital. Já que a gente tem tanto hospital [...]. (Entrevistado 3).

Porém, como nos aponta Lindblom (1981, p. 10), durante o processo de decisão política, “a solução proposta por um grupo pode representar um problema para outro grupo”. Com isso, para a implantação das equipes de PACS, foi preciso enfrentar outro problema, que surgiu durante a execução do projeto: os gerentes e gestores locais alegavam falta de espaço físico nas unidades básicas tradicionais para a acomodação da equipe de PACS, o que era uma realidade. Essa questão já era vivida por muitas equipes de PACS implantadas anteriormente, levando-as a realizar as atividades educativas e reuniões de equipe ao ar livre ou ocupando espaços alternativos dentro da comunidade, nem sempre neutros diante das disputas internas próprias de organização da mesma, o que provocava a insatisfação da equipe, além de dificultar a participação de toda a população cadastrada. Conforme já identificado por Solla *et al.* (1996, p. 4), a falta de infraestrutura de apoio ao trabalho das equipes de PACS já se coloca desde o começo da implantação do programa como uma dificuldade à sua implementação. Portanto, para o enfrentamento do problema, a alternativa pensada foi implantar as equipes de PACS dentro de imóveis alugados, próximos das unidades básicas tradicionais, da mesma forma como ocorreria a expansão da estratégia PSF.

A gente tinha, exatamente por a gente ter recursos, a gente tinha, a gente podia adequar espaço físico, a gente podia alugar, espaço, [...] a gente podia comprar equipamentos de boa qualidade, [...] adequava o espaço [...] era um momento muito propício pra isso, foi um momento muito especial, sem dúvida nenhuma, né. (Entrevistado 1).

Diante dessa implantação em espaço independente da unidade básica tradicional, o enfermeiro instrutor/supervisor não seria mais o mesmo lotado nas

unidades básicas tradicionais, surgindo com isso a necessidade de que esse profissional se dedicasse 40 horas semanais à supervisão dos ACS. Solla *et al.* (1996, p.13) já apontavam que a carga horária dos instrutores/supervisores, lotados nas unidades básicas tradicionais, que era igual ou inferior a 20 horas, contribuía para uma baixa frequência de supervisão em campo e falta de sistematização adequada do processo de supervisão. Dessa forma, o que se delineava no PACS do Rio de Janeiro direcionava-o para uma otimização das atividades dessas equipes.

O que se observou a partir daí foi o surgimento de uma oportunidade, que se pode dizer ímpar, e que foi apropriada pela CSC para a adequação desse modelo. Iniciou-se, então, um processo de adaptação dos imóveis, criando espaços que possibilitassem otimizar as competências do enfermeiro.

Só que em 2002, a gente pensou um novo PACS, que é um PACS meio lá e meio cá, que é um PACS Saúde da Família, PACS familiar, não sei... Porque na verdade quando você trabalha numa unidade tradicional você não pode fazer adscrição de clientela, nem territorialização, mas os agentes podem ser territorializados, né, podem ter as suas 150 famílias sob responsabilidade, só que eu fiquei pensando, gente esse enfermeiro tá tão ocioso, porque ele dá suporte pros agentes, mas ele tem tanto potencial, né e, e nessa época eu queria muito, eu tava, acho que eu estava numa fase de muito envolvimento interdisciplinar, de tentar tirar o máximo que o profissional tem, né, de cada um de nós, e aí eu conversei com vocês [...] né, que foi a questão do PACS ampliado, que eu sugeri de nome, PACS ampliado na época, né, aonde você teria, assim, agentes comunitários, que fizessem as visitas domiciliares, que fizessem todo o trabalho deles, mas que **você teria uma sede pro PACS aonde o enfermeiro poderia otimizar e garantir mais assistência à população, independente da unidade tradicional.** (Entrevistado 1 - grifo nosso).

Observamos, contudo, que essa adaptação se deu como forma de possibilitar a expansão da estratégia, e dela surge a oportunidade de ampliação do acesso da população às ações nas áreas estratégicas da atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), a saber: ações de saúde da criança e da mulher; controle de hipertensão, diabetes e tuberculose; eliminação da hanseníase; e ações de saúde bucal (BRASIL, 2001c), conforme observamos nesta fala do Entrevistado 1.

Ele poderia fazer coisas que são da competência do enfermeiro, pelo menos o COREN diz que são, não é, que são a questão do pré-natal de baixo risco, a coleta do preventivo, o cuidado com o pé diabético, o cuidado, o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, leves, hipertensos leves e diabéticos não insulino-dependentes, né, o acompanhamento de uma série de..., de crescimento e desenvolvimento normal, a questão da imunização [...] garantiria a referência pra essa unidade de coisas que ultrapassassem a complexidade dele. (Entrevistado 1).

Assim, o enfermeiro instrutor/supervisor do PACS, além de realizar todo o acompanhamento, supervisão e coordenação das atividades dos ACS, conforme disposto na Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF, também poderia executar as competências profissionais que lhe são outorgadas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

Com isso, o surgimento dessa experiência trouxe para o enfermeiro a oportunidade de deixar de fazer uma supervisão burocrática – fiscalizadora, conforme nos apontam Solla *et al.* (1996, p. 13), transformando-o em uma referência para a atuação dos ACS.

Trata-se enfim de um profissional que, possuindo uma formação muito mais abrangente é capaz de dar ao ACS segurança para o desenvolvimento das intervenções necessárias. Deve também ser o sujeito facilitador da integração do ACS com os serviços de saúde, o elemento orientador [...] (SOLLA *et al.*, 1996, p. 13).

O Entrevistado 1 nos diz que o PACS surgido dessa adaptação não deixa de ser um PACS, onde ele tem a sua essência, e vem reforçar que essa adaptação do PACS foi a alternativa possível, naquele momento, para expandir a ESF em algumas comunidades.

Na verdade ele é um PACS, ele atua como PACS, só que o enfermeiro tem funções ampliadas, tem funções diferenciadas, você valoriza o potencial profissional do enfermeiro, o potencial de trabalho daquele enfermeiro, que eu acho que é ocioso no PACS tradicional. [...] A equipe era a mesma, o enfermeiro e os agentes [...] Só usavam espaço físico diferente e tinham uma proposta de trabalho diferente, do enfermeiro, basicamente. [...] seria na verdade uma, uma frente de trabalho da unidade tradicional, mas dentro da comunidade. (Entrevistado 1).

Contudo, ao analisarmos a fala acima, percebemos que há uma diferenciação no que a CSC propõe, e que vai um pouco além do que nos colocam Solla *et al.* (1996). Na verdade, essa equipe de PACS se transformou em uma frente de trabalho da unidade básica tradicional – ou seja, ampliou-se, de alguma forma, a capacidade instalada dessa unidade. Essas equipes de PACS buscariam assegurar o acesso aos cuidados de saúde mais frequentes, redimensionando também a demanda para os demais níveis do sistema, o que poderia ser considerada, segundo

Mattos (2002, p. 80), uma prática de cuidados primários associada ao acesso à rede hierarquizada de serviços de saúde, pois não atuaria isolada do restante do sistema.

Nesse sentido, podemos perceber que houve adequação da ESF ao município do Rio de Janeiro e a proposta do PACS ampliado poderia ganhar a designação de PACS adaptado.

Para muitos, o fato de essa adaptação continuar recebendo o nome de PACS não permitiu que percebessem a mudança que de fato estava sendo objetivada. Houve um entendimento velado de que essas equipes de PACS, à medida que fossem sendo contratados médicos, seriam convertidas em equipes de PSF, conforme recomendava a política do MS.

[...] Não era contra, mas pensava assim, que vamos apoiar a implantação do PACS, mas sempre pensando num dia ser transformado em Saúde da Família, no PSF, mas não era contra não. [...] Era, era uma proposta transitória, pra chegar no PSF. Nunca vi ninguém ser contra, mas assim, tá bom, vamos fazer o PACS, mas pensando que depois nós vamos transformar no PSF. (Entrevistado 2).

Não, acho que não, não via como uma coisa em definitivo. Eu achava que era o início pra depois chegar o médico. [...] Seria definitivo? Ha, ha, ha! [...] A gente falava essa coisa, mas não pensava de ser definitivo, provisório, entendeu? Porque no fundo eu achava que todo modelo tinha que virar, entendeu? [...] Mas eu via mais assim, como uma dificuldade de ser PSF... (Entrevistado 3).

Contudo, não era isso que estava sendo pensado pelos formuladores dessa adaptação do PACS, conforme nos aponta a fala do Entrevistado 1:

Eles não seriam transitórios, eles seriam permanentes... Seria uma forma diferenciada de atender num município, numa grande metrópole. Pode ser que fossem transitórios numa lógica de 30 anos, de 20 anos, mas pra mim 20 anos não seriam transitórios, seriam permanentes... Entrevistado (1)

Segundo esse entrevistado, o estado era refratário ao PACS, assim como o MS e, dessa forma, essa adaptação do PACS também não foi considerada por essas instâncias.

O pessoal do Ministério, o pessoal do estado, brincava comigo que eu era a contramão da história, que todo mundo queria expandir o PSF e eu além de querer expandir o PSF, eu queria expandir o PACS, então eu era contramão. (Entrevistado 1).

Na SMS/RJ, o setor responsável pelo financiamento manifestou restrição ao PACS.

Aqui, o pessoal da parte do financiamento também não gostava, porque a gente não recebe pelo PSF, embora... [...] Não, mas recebe pelo PACS, porque era taxado como PACS... [...] Então, eles não gostavam por causa disso, porque isso daí não incluía naquela coisa do PROESF²², porque era aquela coisa de expansão do Programa de Saúde da Família, que a gente tinha que ter 30% de cobertura. [...] E o PACS não contava pra essa cobertura, eram só as equipes de Saúde da Família. (Entrevistado 1).

²² Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, iniciativa do MS, com o apoio do Banco Mundial, que visa a contribuir com a implantação e consolidação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2003). O município do Rio de Janeiro adere ao PROESF, pleiteando os recursos financeiros disponibilizados por esse projeto, com o compromisso de atingir 30% de cobertura populacional pela estratégia PSF, até dezembro/2003, o que significaria implantar um total de 450 equipes (SMU/RJ, 2003).

É nesse sentido, por não contribuir com o cálculo de cobertura que revertesse em recursos para a SMS/RJ, que o Entrevistado 3 justifica a sua falta de percepção de que o modelo PACS adaptado teria sido criado como uma proposta definitiva.

Pensa enquanto gestão. Se o modelo que financia é esse então vamos investir no modelo que está sendo financiado. Não vou fazer mais o que não tem nenhum financiamento, né. (Entrevistado 3).

A falta de discussão sobre a ESF, especialmente desse movimento de conformação de um PACS que se adaptasse à conjuntura daquele momento fica exposta quando o Entrevistado 3 coloca que *“não foi uma discussão do modelo”*. Ainda segundo a fala desse entrevistado – *“olha nessa região, tem um postinho ali perto que atende, não precisa, basta um PACS”* – o PACS era considerado como algo menos relevante, complementar à atividade do *“postinho”*, portanto, não era concebido como algo que pudesse ampliar acesso ou redimensionar a demanda às unidades básicas tradicionais, permitindo a otimização das suas atividades. Parece-nos que essa concepção se contrapõe ao que concebe o Entrevistado 1, que cria um PACS com o objetivo de ampliar pelo menos a oferta das ações estratégicas da atenção básica.

Nesse sentido, essa divergência de concepções conferiu à proposta de PACS uma invisibilidade, que permitiu à mesma se colocar como mais uma experiência de modelo, dentre tantas outras já em funcionamento na cidade. Essa invisibilidade denuncia a falta de discussão política em torno da expansão da ESF, e em torno da organização da atenção básica no município.

Mas eu também sentia falta desse apoio intermediário, eu não via a coisa muito..., era a sensação que eu tinha, na minha percepção era de que vocês²³ tavam meio que só. (Entrevistado 2).

Façam. Mas não tinha aquela coisa assim, não, isso é um projeto da secretaria, eu não via como um projeto da secretaria [...] Institucional..., era o projeto de um grupo, que alguns da secretaria apoiavam e outros eram indiferentes. Era assim que eu enxergava. (Entrevistado 2).

O corpo técnico da CSC se insere, assim, num cenário que dá a ele a oportunidade para implantar a *sua política*, reinventando um modelo de PACS, em um contexto diferente do que já existia, como um ato criativo, executado por esse grupo, que é expresso na fala do entrevistado 2.

Então, eu acho que aquele grupo que estava lá, tudo o que tem deve-se ao grupo. Foi um trabalho daquele grupo, eu diria que não foi um trabalho..., tá todo o trabalho é da Secretaria, o grupo está dentro da Secretaria, mas falando assim *grosso modo*, foi um trabalho do grupo, quer dizer, quando o grupo sai, o trabalho também para e foi o que aconteceu, pelas informações que eu tenho não cresceu tanto assim depois que o grupo foi dissolvido. (Entrevistado 2).

Isso, segundo o Entrevistado 1, foi possível pela autonomia que o grupo adquiriu.

Porque na verdade naquela época a gente tinha uma autonomia de trabalho tão grande, não é verdade?[...] A gente tinha uma autonomia, a gente fazia o que queria... (Entrevistado 1).

²³ Esta expressão deve ser compreendida levando em conta que a entrevistadora participou do grupo que implantou a expansão da ESF nesse período, o que era de conhecimento do entrevistado.

Esse “*fazer o que queria*”, contudo, tinha um limite hierárquico, de forma que mesmo com essa autonomia, o Entrevistado 1 reporta que o corpo técnico da CSC submeteu a proposta às instâncias de aprovação, tendo sido acatada e aprovada.

Mas aqui no nível central, foi tudo acatado, fantástico, faz isso mesmo, o que a gente quer é aumentar acesso, aumentar acesso, aumentar acesso. E você acha que tá bom, então pronto. Não houve, nem o Conselho Municipal de Saúde. Eu tive que ir ao Conselho Municipal de Saúde na época das aprovações das equipes [...] Foi aprovado em ata o PACS ampliado do município do Rio de Janeiro... (Entrevistado 1).

Porém, se havia uma ausência de formulação no nível decisório da SMS/RJ para essa expansão, a explicação para essa aprovação do PACS adaptado pode se traduzir na fala do Entrevistado 1, quando aponta que “*sinceramente, acho que eles nem perceberam, eu acho que eles nem perceberam*”.

A fala do Entrevistado 3 – “*Porque é isso, né, oportunidade você pega ou ela pode passar*” – sugere que havia uma euforia no sentido de aproveitar a oportunidade de realizar a expansão, a partir da liberação dos recursos financeiros pelo prefeito, que não suscitou discussão quanto à forma de realizar a implantação da política nacional no cenário municipal. Quando esse entrevistado coloca “*Você está mudando o modelo de atenção, com os agentes [...]*”, nos sugere que acreditava que o simples fato de ter ACS atuando na cidade já seria um indicativo da mudança do modelo, não necessitando um aprofundamento do modo como essa mudança deveria ocorrer. Podemos entender que o mesmo acreditava que a implantação da ESF na cidade se faria simplesmente pela implementação da política do MS.

Contudo, de acordo com a fala do Entrevistado 1, mais uma vez aparece a divergência entre esses atores.

Não dá pra gente pensar na lógica do tradicional, nem do PSF quando se pensa no Rio de Janeiro. Tem que se ter estratégias diferenciadas. Enquanto não se colocar isso na cabeça das grandes metrópoles e dos gestores, e quando eu falo em gestor, não é gestor municipal e estadual, é gestor federal também, que não cria, que não dá incentivos pra formas diferenciadas, porque não se adequam àquela caixinha que eles produziram, tá certo. Enquanto a gente não se propuser a criar estratégias diferenciadas de acordo com a realidade local, não vai acontecer nada, de concreto, como não está acontecendo até hoje, não é? (Entrevistado 1).

Dessa forma, o Entrevistado 1 denuncia a inflexibilidade do MS às suas rígidas normatizações, o que vem dificultando a adequação da ESF, principalmente em municípios de grande porte, como é o caso do Rio de Janeiro. Autores como Bodstein (2002, p. 408) e Campos (2007, p. 30) se referem à necessidade de adequação da política ministerial aos contextos e realidades locais, focalizando a dificuldade de se operacionalizar um “modelo único” frente a diferenças tão acentuadas entre as regiões do país, indicando que essa postura verticalizada do MS aborta novas formas de operar a ESF. Nesse sentido, as falas do Entrevistado 2 reafirmam a dificuldade de implantar o PSF no Rio de Janeiro.

Já o Saúde da Família, eu acho que não quero ser pessimista não, mas acho difícil implantar uma cobertura significativa no município lá do Rio, devido à complexidade... daquela cidade, né, que é muito... Eu acho que é a contradição, né. (Entrevistado 2).

Olha, a gente sempre pensa assim, o PACS é uma transição pra você chegar no PSF, que é a equipe completa, né, mas assim, a experiência tem que ajudar em alguma coisa e você acaba mudando um pouco de pensamento. Num grande centro, hoje, eu vejo que, não dá pra ter PSF em todo município do Rio. (Entrevistado 2).

Mas ainda hoje, eu acho que é mais fácil e tem bons resultados se você tiver o PACS, embora, é claro, o ideal é ter o Saúde da Família, com equipe completa. (Entrevistado 2).

O Entrevistado 1 reitera que a adaptação do PACS se processou como uma tentativa de transpor as dificuldades encontradas para a expansão da ESF nessa cidade.

Então a gente tinha que arranjar uma solução não totalmente resolutive, mas que desse referência pra aquela comunidade e sentido para uma equipe de agentes e de enfermeiros estarem atuando no local e se sentirem pertencentes àquela comunidade e co-responsáveis por aquela comunidade, e aí foi quando surgiu a proposta do PACS ampliado. (Entrevistado 1).

De acordo com essas falas, podemos interpretar que as diferenças existentes entre as regiões da cidade precisam ser consideradas, quando se propõe uma mudança de modelo, abrindo a perspectiva de propostas diferenciadas que sejam adequadas a essas realidades diversas, para que se possa operar alguma modificação na organização dos serviços que possibilitem as mudanças das práticas. Porém, mesmo considerando todas as especificidades do município que dificultam a implantação da ESF conforme a política nacional preconiza, e que apontam para a necessidade de buscar modelos assistenciais mais adequados,

ainda existe a concepção de que o PACS seja ele adaptado ou não, é mais fácil, mas não é a melhor estratégia, ou não é a mais resolutiva, corroborando o discurso do MS.

Na fala do Entrevistado 1, essa facilidade na adoção do PACS aparece em contraponto com a dificuldade de contratar médico para as equipes de PSF.

Então, o que eu me comprometi na época era o seguinte: à medida que nós conseguíssemos médicos, a gente iria colocando nas equipes de PACS ampliados os médicos, fato que não aconteceu porque a gente não conseguia botar médico nem nas equipes de PSF, muitas vezes... (Entrevistado 1).

Eu botei o PACS ampliado sabendo que ele ia ser o PACS ampliado, sabendo que ele não ia ser o PSF. (Entrevistado 1).

É obvio que se você tivesse sobrando médicos, Rita, na verdade você ia acabar botando médicos lá no PACS ampliado, até porque a nossa estrutura permitia isso. (Entrevistado 1).

Dessa forma, podemos perceber que a proposta de adequação do PACS tem como principal motivação a dificuldade de contratação do profissional médico, tendo sido criado em consequência disso. Sua ampliação, no sentido de maior oferta de acesso aos cuidados primários mais frequentes realizado por enfermeiros, foi um desdobramento pelas circunstâncias favoráveis a que isso ocorresse.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou identificar e analisar a concepção que norteou a adaptação do modelo PACS à cidade do Rio de Janeiro. Logo de início, percebemos que haveria necessidade de realizarmos um resgate da construção da atenção básica no Brasil para ilustrarmos como surgiu a proposta do PACS no país, e as conseqüências trazidas por ele, ou seja, o deslocamento da atenção básica na agenda setorial e o surgimento do PSF.

Nesse movimento, nosso objeto PACS adaptado se evidenciou como uma aparente discrepância ao projeto político do MS, uma vez que o mesmo é implantado a partir de 2003, quando o PSF já é apontado como o modelo eleito para ser substitutivo de todas as modalidades de atenção básica, inclusive do PACS.

É importante ressaltar que o MS coloca que o PACS deve ser implantado apenas como modelo transitório para o PSF. Entretanto, a cobertura pelo PSF em grandes centros urbanos, lócus do nosso interesse particular, não consegue se mostrar satisfatória, apontando para uma série de obstáculos que concretamente têm dificultado a implantação da ESF como um “modelo único” para todo o país.

Dentre esses obstáculos, entendemos que as especificidades e as particularidades próprias dos grandes centros, oriundas da conformação do próprio espaço urbano, geram cenários diferenciados e nem sempre puros para a

implantação de um projeto político que pretende ser hegemônico, o que obriga os municípios a buscar articular a política nacional com a política municipal.

Nesse sentido, a constatação de divergência entre a política do MS e a política regional executada pelo Rio de Janeiro nos levou a buscar a compreensão de como se conformou o sistema de saúde municipal, tentando identificar as singularidades e especificidades desse município, no campo da saúde, que pudessem justificar essa divergência de implantação dentro da conformação da política municipal para a atenção básica.

Com isso, pudemos perceber que a atenção básica nunca ocupou lugar de destaque na agenda política nesse município. Deslocou-se na direção da centralidade na agenda setorial nos anos 80, quando a SMS/RJ ampliou a rede básica através da criação das UACPS e posteriormente, com a criação dos PS, dentro de uma concepção de ampliação de cobertura e de universalização do acesso.

Na década de 90, tem início uma gestão na SMS/RJ, que coincide com o início da implementação do SUS. Essa gestão permanece por dez anos, e durante esse tempo, a política de saúde na cidade se volta para a tentativa de operacionalizar o SUS, ocupando a agenda municipal. Assim, percebemos que não houve espaço na mesma para a formulação de uma política de mudança da atenção básica. Havia um vazio de formulação política nesse sentido, e a oportunidade para formulações técnicas de modelos experimentais se coloca, o que caracterizou a metade final dessa década. Portanto, dentro desse contexto de experimentações é que surgiram as primeiras equipes de PACS e PSF, que já divergiam da composição preconizada pelo MS.

Observamos que nem mesmo com a criação do PAB variável, instituído a partir de 1998, com a edição da NOB/96, o município do Rio de Janeiro se estimula para a formulação de uma política de atenção básica que contemplasse a ESF como eixo condutor das mudanças. O que ocorre, na verdade, vem a ser uma expansão tímida de equipes de PSF e de PACS, onde a cobertura alcançada por este segundo modelo ultrapassa o primeiro, o que já se mostra uma distorção à proposta do MS. Podemos depreender desses fatos que a SMS/RJ assumiu uma leitura distinta da leitura que o MS colocava para o PACS/PSF, e dessa forma, dá pistas de que resistiu ao projeto político do governo federal.

Um impulso importante para a expansão dessas estratégias foi conseguido a partir da decisão política do prefeito, com a liberação de recursos financeiros para serem alocados na ESF. Contudo, o que parecia um movimento de revigorar a discussão em torno da atenção básica se mostra infértil. Esse cenário parece oportuno para o grupo de técnicos que ficou incumbido de executar o projeto e operacionalizar a expansão da ESF. Houve uma permissividade para a formulação de novos modos de responder às questões que se colocavam como impedimentos à execução da expansão da ESF. É nesse contexto que surge o PACS adaptado, ou seja, como uma tentativa de preencher as lacunas existentes pela não formulação política no campo da atenção básica para a implantação do PSF/PACS no Rio de Janeiro. Podemos enxergar essa adaptação do PACS como um atalho, ou seja, um fazer pragmático, movimento importante em condições onde não há um projeto coeso de gestão, como foi observado pela pesquisa, pois dele podem surgir novas formas de se pensar a política regional.

Ao buscarmos os elementos para compreender como este modelo foi concebido, pudemos constatar que existiam experiências anteriores com o PACS,

em que a CSC se mostrava satisfeita com os resultados e, assim, havia uma aposta nesse modelo como otimizador das ações da UBS tradicional para a comunidade em que o PACS atuava.

Outro elemento importante é que havia recurso financeiro disponível para implantar equipes de PSF apenas. Não podemos pensar que as equipes de PACS foram implantadas com o objetivo de otimizar recursos escassos, derrubando a teoria de que seriam equipes mínimas, concebidas para ofertar ações seletivas para comunidades pobres. No entanto, fato concreto apontado pelas entrevistas era a escassez de profissionais médicos, imprescindíveis para a implantação do PSF, o que também foi apontado como fator determinante para a implantação das equipes de PACS, tendo em vista que não existia dificuldade para contratação do profissional enfermeiro, o que tornava esse modelo uma alternativa possível.

Dentro desse cenário propício ao modelo PACS, havia uma dificuldade apontada pelos gerentes para implantar equipes de PACS dentro das UBS tradicionais, o que nos parece ter sido o impulso final para que surgisse como solução a opção do aluguel de espaços dentro das comunidades e a implantação das equipes de PACS nesses imóveis, ampliando as atribuições dos enfermeiros e surgindo a adaptação do PACS.

Pela análise do material das entrevistas, evidencia-se que o PACS adaptado surge da necessidade de dar resposta aos obstáculos apresentados para a expansão da ESF na cidade. Contudo, também há evidências de que essa adaptação foi aproveitada para aumentar a oferta das ações da atenção básica, nas áreas consideradas estratégicas pela NOAS 01/01.

Entretanto, como essa adaptação não surgiu de discussões acerca do tema, evidencia-se uma permissividade que, se por um lado facilitou sua implantação, por outro, gerou uma invisibilidade institucional ao PACS. Essa invisibilidade se acentuou ainda mais pelo fato de o interesse na implantação das equipes da ESF se dar como forma de investir naquilo que garantisse aporte de recursos financeiros para o setor saúde e o PACS, evidentemente, não contribuía para esse financiamento, conforme destacado nas entrevistas.

Esses fatos fazem com que o PACS, adaptado ou não, seja colocado à margem da política regional, sendo considerado como o mais fácil de ser implantado, mas não a melhor estratégia, ou pelo menos não a mais resolutiva, corroborando o discurso do MS.

Em 2005, o grupo que formulou e implantou o PACS adaptado se afasta da CSC. Uma nova gestão tem início e com ela nova expansão é proposta; contudo, objetivam implantar apenas equipes de PSF, investindo na conversão das UBS tradicionais. Com todas as dificuldades existentes nesse contexto, o que se assiste é uma implantação de PACS onde estava planejado ser PSF. A dificuldade de contratação de médicos para constituir as equipes de PSF continua a existir. Os dados da evolução do credenciamento e implantação da Saúde da Família no Rio de Janeiro apresentados pelo MS/DAB (2009), mostram, na verdade, uma involução das equipes de PSF a partir de maio de 2008, enquanto o número de ACS se mantém, o que confirma o observado acima.

Recentemente, através da Portaria nº 302, de 17 de fevereiro de 2009, o MS estabelece que profissionais de saúde bucal da ESF poderão ser incorporados às equipes de PACS e, conseqüentemente, serão cadastrados junto às mesmas. Como

uma das justificativas, coloca a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Esse pode ser um sinal de inflexão da política nacional, em virtude do percentual significativo de cobertura populacional pelas equipes de PACS em todo o território nacional, que atualmente é de 10,65% – ou seja, em torno de 19 milhões de habitantes (BRASIL/MS/DAB, 2009).

Por sua vez, cabe reconhecer que nos grandes centros urbanos não existe um cenário puro para a implantação de um único modelo de organização da atenção básica. Há que se considerar todas as circunstâncias específicas dessas realidades, que geram tensionamentos e resistências às mudanças. Se é verdade que o modelo de saúde da família proposto na política do Governo Federal, que parece ter se tornado hegemônico no que diz respeito às propostas de organização da atenção básica, também o é que outras formas de modelo que preservem a lógica da atuação territorial talvez tenham um potencial de contribuir de modo significativo para a construção da atenção básica. Mais do que criticar a já conhecida tradição de atuação verticalizante do Ministério da Saúde, o que aqui se quer destacar é que a possibilidade de convívio simultâneo de diferentes arranjos na atenção básica em um mesmo grande centro urbano talvez possa responder mais adequadamente às suas necessidades, como no caso do Rio de Janeiro.

No entanto, para que tal diversidade seja profícua, ela deve se fazer no bojo de um amplo debate sobre essas alternativas, seus limites e possibilidades, ou seja, é preciso que haja um denso processo de formulação da política municipal de atenção básica, o que não aconteceu no caso examinado neste estudo. Fica, pois, a expectativa de que o PACS adaptado à cidade do Rio de Janeiro possa ser alvo de

outros estudos que venham a contribuir com a formulação de uma política regional adequada às suas singularidades.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil**: vinte anos da reforma. Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 1996/1997. 51 p.

_____. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977. 226p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez anos de saúde da família no Brasil. **Informe da Atenção Básica**, ano V, mar./abr. 2004(a).

_____. _____. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php>. Acesso em: 14 jun. 2008.

_____. _____. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php>. Acesso em: 22 mar. 2009.

_____. _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93**. Brasília, 1993. 14 p.

_____. _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, 1997(c). 34 p.

_____. _____. Portaria n. 692, de 25 de março de 1994. Dispõe sobre a criação de códigos diferenciados na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, Brasília, DF, 1994 (a). Disponível em: <<http://www.solucoesconsultoria.com.br/docs/Portaria%20Federal%20GM-MS%20692%20de%2025%20de%20Mar%C3%A7o%20de%201994.doc>> Acesso em: 21 jan. 2008.

_____. _____. Portaria n. 1882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso de Atenção Básica – PAB e sua composição. 1997(d). Disponível em: <[http://200.189.113.52:2080/Bipartit.nsf/5a65e5cc6d3a54eb032568f7003fe03d/d5765393e39b6f1f03256f340075d460/\\$FILE/la1nn4t31e9km28279kg6s81h70s34npp6s2q83mclp77hj41gn8tb1dhkob4c4.pdf](http://200.189.113.52:2080/Bipartit.nsf/5a65e5cc6d3a54eb032568f7003fe03d/d5765393e39b6f1f03256f340075d460/$FILE/la1nn4t31e9km28279kg6s81h70s34npp6s2q83mclp77hj41gn8tb1dhkob4c4.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde. 1997(a). Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc>>. Acesso em: 21 jan. 2008.

_____. _____. Portaria nº 302, de 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de saúde bucal da ESF poderão ser incorporados às equipes de PACS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=30748>. Acesso em: 22 mar. 2009.

_____. _____. **Projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família.** Brasília, 2003. 18p.

_____. _____. **As vantagens da municipalização.** Brasília, 1998. 31p.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília, 1999. 42p.

_____. _____. _____. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Brasília, 2001(c). 121p. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 116).

_____. _____. _____. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997 (b). 36p.

_____. _____. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 2001(a). 40p.

_____. _____. _____. **Programa Saúde da Família.** Brasília, 2001(b). 36p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Análise da reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades:** padrões de custos e forma de financiamento. Elaborado por Sulamis Dain (Coord.); Cesar Favoreto (Coord. Adjunto); Laura Tavares Soares; Rosângela Caetano. Brasília, 2002. 98 p.

BRASILEIRO, A. M. **A fusão:** análise de uma política pública. Brasília: IPEA. 1979.

CAETANO, R.; DAIN, S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-20, 2002.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Apresentando logos: um gerenciador de dados textuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 286-287, 2000.

CAMPOS, Estela Márcia Saraiva. **A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização.** 2007. 297p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, F. E. et al. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 47- 58, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAZELLI, Carla Moura. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** 2003. 151 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 164 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>> Acesso em: 22 mar. 2009.

CORNELIO, Renata Reis. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização de saúde pública:** um estudo sobre o processo decisório na Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro. 1999. 131p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CORREIA, Emília Maria de Andrade. **Agente comunitário de saúde:** a construção de um poder capturado. 2008. 140p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COSTA, Ismael Silva. **Da mudança de modelo ao modelo de mudanças:** um estudo sobre o curso introdutório do PSF. 2008. 98p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1999.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira.** 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAVORETO, C. A. O. et al. **Elementos tecnoassistenciais na análise da atenção básica à saúde em grandes cidades no Brasil.** Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/tecnoassistenciais2.doc>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília, 1994 (b).

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171- 81, jun. 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2001. 288p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 269-291, 2001.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política.** Tradução de Sérgio Bath. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1981. 124 p. (Coleção Pensamento Político, n. 33)

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho?** 2001. 17p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5415.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2008.

MATTA, G. C.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 377-389, 2001.

_____. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-297.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996. 269 p.

_____. _____. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 406 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: < http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf > Acesso em: 21 jan. 2008.

PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E. R.; BÓGUS, C. M. (Org.). **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 183-212. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3)

PARADA, R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 183-214.

RIO DE JANEIRO (RJ). Lei Ordinária nº 1.888, de 17 de agosto de 1992. Dispõe sobre a estrutura básica da secretaria municipal de saúde, cria órgãos e unidades e define suas competências, cria e extingue cargos e funções gratificadas, e dá outras providências. Disponível em: < [http://cmrj1.cmrj.gov.br/Apl/Legislativos/leis.nsf/496c7fcd738952cc8325725e0061560b/851429dd1711aab683256a5b00684aca/\\$FILE/Lei%20Ordinaria%20numero%201888%20de%201992.doc](http://cmrj1.cmrj.gov.br/Apl/Legislativos/leis.nsf/496c7fcd738952cc8325725e0061560b/851429dd1711aab683256a5b00684aca/$FILE/Lei%20Ordinaria%20numero%201888%20de%201992.doc) > Acesso em: 15 de fev. 2009.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura. Resolução SMS nº 431, de 14 de abril de 1993. Dispõe sobre a instituição de Áreas de Planejamento Sanitária (APS) na Cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms431.doc> > Acesso em: 15 de fev. 2009.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria de Saúde. **Unidades de cuidados primários de saúde no município do Rio de Janeiro: projeto de implantação**. Rio de Janeiro: Fundação RioPlan, 1981.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Relatório Interno**. 2002.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. **Expansão e consolidação da saúde da família**. Rio de Janeiro, 2003. (Rio Estudos, n. 107. Coleção Estudos da Cidade).

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Racionalidade técnica e lógica política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo – RJ, 2004, 228p.** Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, n. 7, v. 4, p. 495-502, out./dez. 2007.

_____. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 4-15, jun. 1996.

SPINK, M. J.; Lima, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 1999. p. 93-122.

STARFIELD, B. Atenção primária e saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-42.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 65, v. 27, p. 257-277, set./dez. 2003.

_____. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 27-32, 1991.

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

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 225-64. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0103-7733120050003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2008.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A.L.D, PEM, Elias, IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec, 2005. p. 150-67.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo, 2000. 136p.

ANEXO A - Roteiros de entrevistas**ENTREVISTA 1 - COORDENADORA DE SAÚDE DA COMUNIDADE**

Como você chegou até à Coordenação de Saúde da Comunidade?

Como você idealizava a implantação da ESF na Cidade do Rio de Janeiro?

Que obstáculos e que facilidades você encontrou?

Como se deu o processo de expansão das equipes? Que atores institucionais partilhavam desse processo?

Especialmente a expansão proposta para 2002, como foi realizada?

Nessa expansão de 2002, como surgiu a proposta das equipes de PACS em um momento em que o Ministério da Saúde não mais o recomendava?

Por que houve a adaptação/ampliação do PACS?

Explique que adaptação foi essa.

Qual era a sua expectativa com relação a esses PACS adaptados/ampliados?

Como as instâncias superiores à sua Coordenação entenderam esse processo de adaptação do PACS?

ENTREVISTA 2 - ASSESSORA DO MS

Qual era o seu papel frente à Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro?

Como era visto pelo Ministério da Saúde o cenário da atenção básica na Cidade do Rio de Janeiro?

Qual era a proposta que você representava?

Que facilidades e que dificuldades você encontrou para realizar a sua assessoria à Secretaria Municipal de Saúde /RJ?

Qual foi a sua participação no processo da expansão da estratégia de PSF/PACS desenhado em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde /RJ?

Nessa expansão havia a proposta de implantação de PACS, mesmo com a recomendação do Ministério da Saúde de que esse não mais deveria ser o modelo adotado. Como você viu essa proposta?

ENTREVISTA 3 - SUPERINTENDENTE DE SAÚDE COLETIVA

Você atuou como Superintendente por muitos anos. Como você viu o processo de construção da Atenção Básica na Cidade do Rio de Janeiro?

Como surgiu a proposta de implantar a Estratégia Saúde da Família na Cidade?

Como se desenvolveu essa implantação? Você poderia apontar facilidades e dificuldades dessa implantação?

Especificamente no período de 2002 a 2005, como você viu o processo de expansão das equipes de PSF e PACS?

Havia um paradoxo entre a recomendação do Ministério da Saúde e a expansão proposta pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para as equipes de PACS, inclusive sendo criada uma adaptação das mesmas para a Cidade. Como você analisa esse processo? Por que foram implantadas essas equipes de PACS adaptadas?

ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____,
RG _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ADAPTADO À CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DAS SUAS CONCEPÇÕES, desenvolvido por RITA DE CÁSSIA DOS SANTOS MOURA, mestranda do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), telefone de contato nº (x-21) XXXX-XXXX/XXXX-XXXX. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Ruben Mattos a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (x-21) XXXX-XXXX.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar a concepção de atenção básica que norteou a adaptação do PACS à Cidade do Rio de Janeiro.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seu orientador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____