



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 jan. 2018.

REFERÊNCIA

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>.

Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil

Themes and Reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Daniel Soranz¹
Luiz Felipe Pinto²
Gerson Oliveira Penna³

Abstract *During the period of 1990-2000, Rio de Janeiro was characterized by a limited supply of public and universal primary care services. In 2008, family health team coverage corresponded to 3.5% of the population, the lowest among capital cities. At the end of 2013, coverage reached more than 40% of Rio residents with teams comprised of doctors, nurses, practical nurses, community health agents, and health surveillance agents, in addition to oral health teams. This article describes and analyzes the main components of the Reform in Primary Health Care (RCAPS) implemented since 2009, focusing on three lines of action: administrative reform, organizational model, and model of care. A new organizational chart of the Municipal Health Secretary and a legal framework for a new results-based model were created. As for the model of care, the standardization of procedures and health activities for all units and the monthly assessment of clinical indicators of results of implanted electronic medical records were created. Experience has shown the feasibility of RCAPS, pointing to new challenges that will allow consolidation of the expansion of access, training of human resources, health communication, and a shift to a managerial results-driven model.*

Key words *Primary health care, Health assessment, Administrative reform*

Resumo *Durante 1990/2000, o Rio de Janeiro se caracterizou por uma limitada oferta de serviços de atenção básica públicos e universais. Em 2008, a cobertura de equipes de saúde da família correspondia a 3,5% de sua população, a mais baixa entre as capitais. No final de 2013, atingiu mais de 40% dos cariocas, com equipes formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários em saúde e agentes de vigilância em saúde, além de profissionais de saúde bucal. O artigo descreve e analisa os principais componentes da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) implementada desde 2009, a partir de três eixos de ação: reforma administrativa e modelos organizacional e de atenção. Destacam-se as mudanças do organograma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e o arcabouço jurídico de um novo modelo de gestão por resultados. Quanto ao modelo de atenção: a padronização dos procedimentos e ações de saúde para todas as unidades e a avaliação mensal de resultados de indicadores clínicos dos prontuários eletrônicos implantados. A experiência demonstra a viabilidade de uma RCAPS apontando para novos desafios que permitam consolidar a expansão do acesso, a formação de recursos humanos, a comunicação em saúde e uma mudança para um modelo gerencial por resultados.*

Palavras-chave *Atenção primária em saúde, Avaliação em saúde, Reforma administrativa*

¹ Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. danielSORANZ@gmail.com

² Faculdade de Medicina, UFRJ. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Núcleo de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

Apesar dos marcados princípios constitucionais de 1988, a cidade do Rio de Janeiro se destacou desde as décadas de 1990/2000 pela baixa capacidade de ampliação dos serviços de atenção básica públicos e universais de saúde, com grande redução de sua oferta, financiamento público no limite mínimo constitucional estabelecido, por um lado, e, por outro, um crescimento histórico dos planos privados de saúde, conforme destacaram Costa e Pinto¹ e Pinto e Soranz².

Em 2008, o município, entre todas as capitais do País, possuía conforme o Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), o menor financiamento público municipal³. Em dezembro desse mesmo ano, a cobertura de Equipes completas de Saúde da Família na cidade era de 3,5% de sua população, a mais baixa entre as capitais brasileiras, como por exemplo, São Paulo (26,6%), Belo Horizonte (71,5%), Porto Alegre (22,3%) e Curitiba (32,6%)⁴.

Dentre as diversas opções existentes de modelo de atenção à saúde, a atenção primária em saúde (APS) enunciada pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde e formada pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família foi aquela escolhida para ser a base da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS). O argumento principal era que para além do cofinanciamento federal, diversas cidades do Brasil e do mundo, já vinham desenvolvendo este modelo com resultados expressivos na melhoria da qualidade de vida de suas populações.

Em maio de 2009, foi lançado no bairro de Santa Cruz, zona oeste mais distante do Centro da cidade, as diretrizes do Programa intitulado “Saúde Presente”, em que a Estratégia de Saúde da Família passou a ter *novos recursos de investimentos e custeio* para expansão programada até 2012 da ordem de 35%. Nas palavras do Plano Estratégico da Prefeitura para o período de 2009-2013, a meta era *ampliar dez vezes a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família*⁵.

Além deste Plano Estratégico, também o Plano Municipal de Saúde⁶ contribuiu para o planejamento da expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde na cidade, tomando por base os princípios descritos por Starfield⁷, e Harzheim et al.⁸, para cada área de planejamento de saúde (AP). Na cidade carioca, os 160 bairros existentes são agrupados pela Secretaria Municipal de Saúde em dez APs: 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região

da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências), 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências).

Na perspectiva metodológica da *policy analysis*⁹⁻¹¹ foi delineado no ano de 2008, um problema: baixa cobertura dos serviços do primeiro nível de atenção e menor financiamento municipal entre as capitais do País. A seguir, identificou-se uma política pública para ser reimplementada, qualificada e ampliada: as Equipes de Saúde da Família como base para a mudança. A principal argumentação foi a questão do cofinanciamento federal e de resultados positivos registrados na literatura nacional e internacional. Por fim, na linha da *policy analysis*, foi selecionada a base para a RCAPS que incluía mudanças organizacionais, administrativas e nos atributos do modelo de atenção à saúde, conforme Quadro 1.

Após cinco anos de gestão municipal (2009-2013) é possível descrever alguns resultados obtidos. O objetivo deste artigo é analisar a experiência carioca na implementação de uma política pública associada à Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) no período de 2008 a 2013, isto é, entre antes e depois da mesma. Para compreender, descrever e analisar a expansão da cobertura das ações da Saúde da Família na cidade, foi realizada análise documental dos materiais produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde e dos dados/informações produzidas no período de 2008 a 2013¹²⁻¹⁵.

Para isso, optou-se pela escolha do período temporal por permitir a comparação antes x depois (e também ao longo do tempo) de dois ciclos de gestão municipal. O ano de “2008” encerra um ciclo de gestão municipal (2005-2008) e os anos (2009-2012) representa um novo ciclo de quatro anos com novas diretrizes para a SMS. Além disso, o ano de 2013, é um ano de continuidade da gestão anterior e permite, portanto, avaliar o início de um novo ciclo.

Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS)

Podemos dividir a RCAPS em linhas estratégicas tal como realizado pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde – SUBPAV para cada uma das suas duas fases. A primeira compreende o período de 2009 a 2012 e foi definida a partir do diagnóstico inicial da situação no governo de transição, em que os

Quadro 1. Linhas estratégicas da Reforma da Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro – 2009-2015.

2009: EIXO 0 – Mudança organizacional e administrativa	Exemplos de ações
<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária no “assento do condutor” • Definição participativa da rede, construção dos TEIAS • Bases da reforma administrativa e contratualização 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspiração nas experiências europeias de APS, em particular Reino Unido¹⁶ e Portugal⁵ para elaboração das diretrizes da Reforma. • Reuniões de trabalho para construção dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), início pela AP 5.3 e 3.2. • Mudança do organograma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, Lei e Decreto-Lei das Organizações Sociais, Contratos de Gestão.
2010: EIXO I – Ampliação do acesso (1ª fase)	Exemplos de ações
<ul style="list-style-type: none"> • Liderança e autonomia de gestão • Melhoria da acessibilidade • Avaliação e monitoramento • Gestão das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção de líderes para gestão local das APs, implementação de turmas no Curso de Especialização em Saúde Pública. • Inauguração e implantação de 17 novas unidades no novo modelo de Clínicas da Família. • Maior periodicidade na atualização dos Sistemas de Informação em Saúde, início da emissão dos primeiros relatórios gerenciais dos prontuários eletrônicos em saúde. • Implantação dos prontuários eletrônicos em saúde nas primeiras unidades da APS.
2011: EIXO II – Governança clínica e gestão do conhecimento	Exemplos de ações
<ul style="list-style-type: none"> • Gestão da clínica • Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais • Inovação e simplificação na prestação dos cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de protocolos clínicos baseados em evidências e de acordo com a realidade do SUS carioca, informatização da lista de medicamentos (REMUME). • Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, do Curso de Especialização em Saúde Pública, do PROFORMAR-RIO, do Curso Técnico de Agentes Comunitários, das Oficinas de Atenção Farmacêutica na APS e consolidação da Rede de Estações OTICS-RIO. • Padronização dos procedimentos e ações de saúde para todas as unidades: carteira de serviços da atenção básica.
2012: EIXO III – Sustentabilidade e desenvolvimento	Exemplos de ações
<ul style="list-style-type: none"> • Acreditação de Serviços • Viabilidade financeira da Atenção Primária • Comunicação com os cidadãos e os profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado do Reconhecimento do Cuidado com Qualidade (CRCQ). • Estimativa de custeio/mensal de cada Equipe de Saúde da Família. • Portal da SUBPAV (internet) e ferramenta “Onde ser atendido?” (que vinculava o endereço de cada pessoa a uma unidade de APS de referência).

continua

Quadro 1. continuação

2013: EIXO IV – Coordenação do cuidado e <i>accountability</i>	Exemplos de ações
<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação do Cuidado • Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas de usuários • Responsabilização e transparência nos resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos de família, responsáveis técnicos de cada unidade, assumem a regulação dos procedimentos e exames ambulatoriais • Oficinas com Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família, publicação dos Cadernos de Estatísticas e Mapas (CEMAPS-RJ) com os mapas das microáreas e Equipes. • Seminários de Prestação de Contas elaborado e apresentado por cada unidade de saúde.
2014: EIXO V – Resposta a tempo e hora e Todos pelo SUS	Exemplos de ações
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidades e entregas individuais • Resposta a tempo e hora • Interação serviço-pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> • Job description de cada membro da Equipe de Saúde da Família. • Estudo dos tempos de espera dos procedimentos e exames ambulatoriais no SISREG, integração SIA-SUS, CNES e escala das vagas ofertadas no SISREG. Integração com a regulação hospitalar e de ambulâncias. • Pesquisa de avaliação “PCATool” com usuários selecionados em amostras estatísticas independentes e comparáveis por Área de Planejamento da Cidade.
2015: EIXO VI – Dirigindo com eficiência	Exemplos de ações
<ul style="list-style-type: none"> • Transparência e disciplina financeira • Rede de relação entre pacientes e comunidades • Formação da rede e linhas de cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões sobre orçamento com cada unidade. • Ampliação da oferta de vagas no SISREG e reconstrução de prestadores. • Painel de gestão das informações hospitalares e gestão dos tempos de espera.

Fonte: Elaboração própria, a partir do planejamento da gestão da SUBPAV/SMS-RJ, 2009-2015.

eixos do planejamento considerados, correspondem à mudança organizacional e administrativa, ampliação do acesso, governação clínica e gestão do conhecimento e sustentabilidade e desenvolvimento. A segunda fase é representada para o período inicial de 2013 a 2015, em que se destacam os componentes de coordenação do cuidado e *accountability*, e resposta “em tempo e a hora”, e “todos pelo SUS” (Quadro 1).

Reforma administrativa e organizacional

A mudança da estrutura organizacional horizontalizando o organograma da SUBPAV ocorrida sob a governança da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possibilitou a estruturação da base para uma *Reforma dos Cuidados de Atenção Primária em Saúde*, tendo ainda por inspiração os modelos de Portugal adotado a partir de 2005,

conforme Pisco¹⁷, com a criação da “Missão para os Cuidados de Saúde Primários em Saúde”¹⁸⁻²⁰ e da Inglaterra através do *National Health Service*⁹, que vem passando por sucessivos ajustes em seu modelo de atenção à saúde desde os anos 1990²¹⁻²⁴. Além disso, uma importante coletânea com experiências de APS europeias também foi considerada e utilizada como referência na RCAPS, editada por Saltman et al.²⁵.

De Portugal, alguns elementos foram adaptados e apoiaram estratégias da RCAPS, tais como: os indicadores de desempenho (*pay for performance*), a construção de um Portal Observatório de Políticas Públicas – traduzidos na SMS-RJ para uma rede de observatórios descentralizados por AP, a experiência no uso de prontuários eletrônicos da APS e gestão da lista de cadastro de “duplicados”, estudos de tempo de espera para realização de consultas, exames e

procedimentos. Da Inglaterra, a governação clínica, a contratualização dos médicos, ferramenta de geolocalização das residências a partir do endereço de cada pessoa cadastrada.

Em 2009, a estrutura organizacional da antiga Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi alterada¹², horizontalizando o organograma e colocando a Atenção Primária como principal ordenadora da organização da rede de saúde na Cidade (Figura 1). Uma das principais alterações foi a divisão da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS) em duas novas subsecretarias. Isto evidenciou a divisão orçamentária dos gastos entre os diferentes níveis de atenção, e permitiu o planejamento das despesas, separando as diferentes características de prestação de serviços de cada nível de atenção.

Também definiu que a estrutura que seria responsável por elaborar as linhas de cuidados e programas especiais estaria associada à Superintendência de Atenção Primária, anteriormente espelhadas em diversos setores, como ao exemplo da Gerência do Programa de Câncer vinculada diretamente ao Gabinete do Secretário, ou a “Gerência da Mulher” vinculada à Superintendência de Serviços Especializados ou ainda a “Gerência de Tuberculose” vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde.

Todos os instrumentos de gestão, quer seja no nível macro (Plano Plurianual 2010-2013, Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009-2012), quer seja no nível micro (Plano Municipal de Saúde 2009-2012), apontavam na direção de recaracterização da antiga rede de atenção à saúde de atenção primária em um novo modelo centrado no Saúde da Família, que ampliava o escopo dos serviços oferecidos à população neste nível de atenção^{5,6}.

A nova Subsecretaria também passou a contar com recursos orçamentários independentes saindo de um grande plano de trabalho geral, o que facilitou também a descentralização orçamentária para as dez Coordenações de Área de Planejamento, que operam a rede de serviços de atenção primária.

Em 2008, conforme o SIOPS, o percentual de recursos próprios da SMS-RJ utilizados para custeio da rede hospitalar do município era da ordem de 83%, consistindo em uma das maiores distorções na relação de gastos em saúde, entre as principais capitais do País e também entre os países da OCDE que gastam em média 37,7% nesta rede²⁶. Nessa época, a execução do orçamento ocorria praticamente em um único Plano de Trabalho, compartilhado entre diversas uni-

dades. Sem limites, a velocidade de execução era determinante para a definição de qual unidade executaria os recursos primeiro.

Deve ser acrescido ainda o novo arcabouço jurídico aprovado pela Câmara de Vereadores da Cidade, em abril de 2009, e posteriormente regulamentado, que se refere à proposta apresentada de um novo modelo organizacional, tendo apoio à gestão de organizações sociais para a saúde^{27,28}. Este modelo permitiu que se reduzisse os tempos de compra de material permanente e de consumo, assim como viabilizou a contratação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família por CLT, eliminando-se os vínculos precários existentes e o tempo de realização dos processos seletivos de pessoal. Desde meados de 1980, as transformações geradas pela globalização econômica mundial impulsionaram a formulação e a implementação de Reformas Administrativas, inspiradas na “Nova Gestão Pública”²⁹. No Brasil, essa agenda gerou, na década de 1990, a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – PDRAE³⁰. No que tange à dimensão gerencial, o PDRAE se valeu de três pontos centrais: construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional – o modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de *accountability*^{31,32}.

Em 2010, com a elaboração do novo PPA e com o novo organograma vigente foi possível descentralizar os recursos entre as diversas unidades orçamentárias diretamente para que as APs pudessem executá-los, aumentar a capacidade de planejamento e de transparência na execução do recurso, dificultando a capacidade da mídia ou do *lobby* da indústria de procedimentos em consumir o recurso destinado a atenção primária.

Reforma do modelo de atenção

A discussão na literatura de modelo de atenção para muitos países já foi superada, entretanto, no Brasil, ainda é uma questão bastante debatida. Na maioria dos países desenvolvidos com sistemas públicos universais, o termo “atenção primária” refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato³³.

Tendo por base o referencial teórico de Starfield⁷ adaptado à realidade brasileira por Harzheim et al.⁸ e Brasil³⁴, a RCAPS foi estruturada a partir de *quatro atributos essenciais*: (i) acesso e prestação de serviços de primeiro contato, (ii) a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente (continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida) independente da

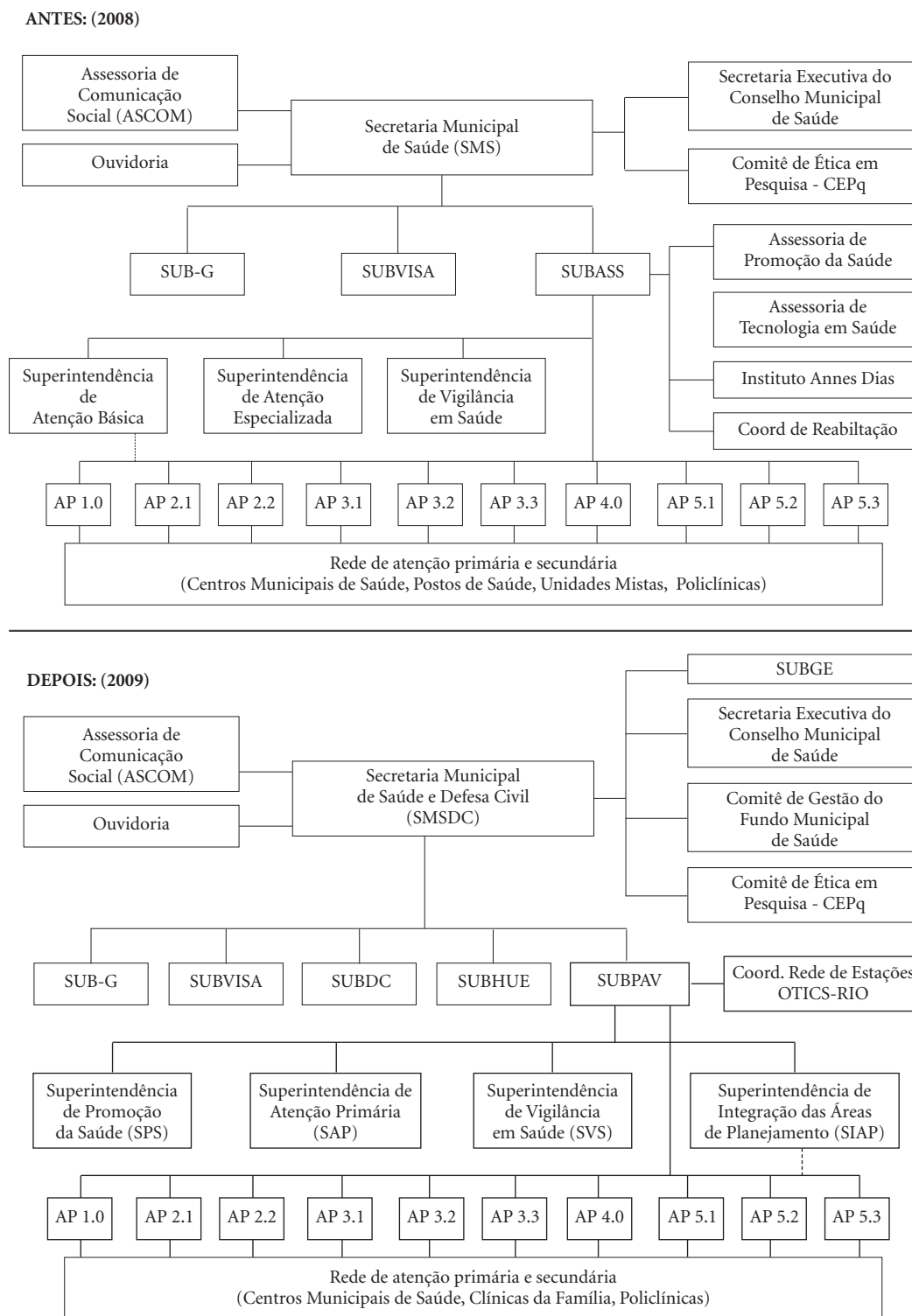


Figura 1. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde - 2008 X 2009.

Fonte: Elaboração própria a partir da estrutura oficial existente da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, julho de 2008 e janeiro de 2009.

Legenda: SUB-G = Subsecretaria de Gestão, SUBVISA = Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses, SUBDC = Subsecretaria de Defesa Civil, SUBHUE = Subsecretaria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, SUBPAV = Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

ausência ou presença de doença, (iii) a garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação das equipes de saúde, e, (iv) a coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Além disso, contemplava também *três atributos "derivados"*: (i) a orientação familiar, (ii) a orientação comunitária, através do conhecimento epidemiológico de determinada localidade, (iii) competência cultural, que se refere à relação entre os profissionais de saúde com características culturais específicas.

Acesso

Em dezembro de 2008, das 163 equipes registradas no CNES, apenas 68 possuíam médicos em visita de campo realizada pela SMS. Se considerarmos que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) era responsável em média por 3.450 pessoas (valor de referência utilizado à época pelo DAB/SAS/Ministério da Saúde), encontraremos um total de 234.600 usuários com médicos de família em equipes completas. Já ao final de dezembro de 2013, havia 813 ESF, ou seja, pelo mesmo critério, mais de 2,5 milhões de cariocas passaram a ter acesso aos serviços e ações realizados por equipes completas de Saúde da Família (Gráfico 1). Já em maio de 2015, este total atingiu 860 ESF e 346 Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Desse total, estão incluídas as 732 novas ESF e 285 ESB, nas 76 Clínicas da Família implantadas entre 2009^{35,36} e meados de 2015 (Tabela 1).

Essa expansão vem sendo acompanhada de aumento sem precedentes do número de procedimentos ambulatoriais, chegando a um crescimento de 535,4% entre 2009 e 2013 (média mensal passou de 21.054 para 133.777 procedimentos/exames)

Vinculação e cuidado longitudinal

O município experimentou na década de 1970 uma forte territorialização dos serviços de atenção primária, tendo uma unidade de saúde para cada Região Administrativa da Cidade. Contudo, com o passar do tempo, até 2008, a vinculação de cada pessoa a uma unidade de saúde foi se tornando quase inexistente e o usuário podia acessar qualquer uma sem diferenciação entre os níveis de complexidade. Unidades de atenção primária não tinham qualquer fluxo de encaminhamento ou coordenação de cuidado para exames um pouco mais complexos. A inexistência de responsável pela coordenação do cuidado vinha então gerando diversas distorções no sistema. A migração desordenada dos usuários em busca dos serviços de saúde agravava ainda mais o tempo de espera para atendimento. Hospitais altamente complexos realizavam desordenadamente desde exames mais simples, como Raio-X

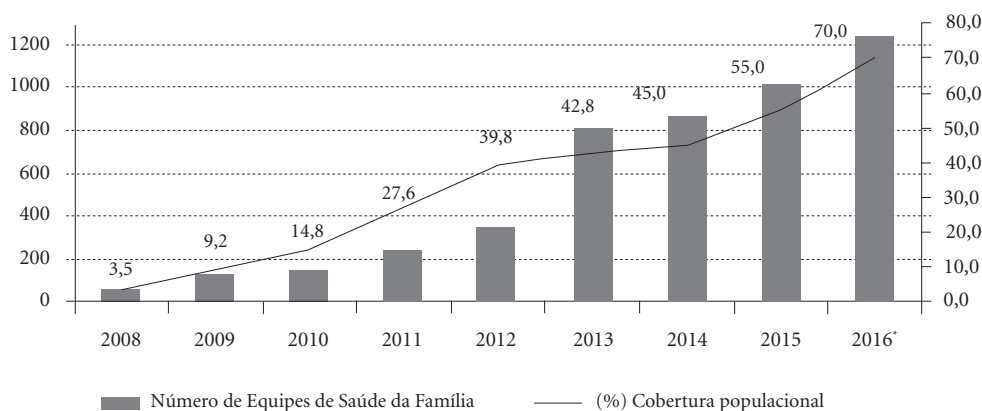


Gráfico 1. Evolução da coberta populacional de equipes completas de Saúde da Família e número de equipes projetadas Rio de Janeiro – 2008 – 2016*.

* Projeção a partir do Planejamento Estratégico da Prefeitura.

Fonte: DAB/SAS/Ministério da Saúde⁴ e IBGE, população-residente estimada por ano.

Obs: Foi considerado o mês de referência de dezembro para representar a cobertura populacional (%) de cada ano.

Tabela 1. Distribuição do número de unidades de atenção primária em saúde por tipo de unidade, equipes de saúde da família e saúde bucal segundo tempo e ano de implantação das ESF - Município do Rio de Janeiro - 1999 a 2015.

Tempo de implantação das ESF nas unidades (em anos completos)	Ano/ período de implantação	Nº de Clínicas de Saúde da Família	Nº de Centros Municipais de Saúde (CMS - tipo A)	Nº de Centros Municipais de Saúde (CMS - tipo B)	Total de unidades	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de Equipes de Saúde Bucal
7 a 16 anos	De 1999 a 2008	0	31	4	35	128	61
6	2009	3	2	0	5	25	12
5	2010	19	8	16	43	219	100
4	2011	32	17	19	68	295	110
3	2012	13	5	10	28	129	46
2	2013	3	0	2	5	20	8
1	2014	3	3	1	7	23	3
0	2015	3	0	0	3	21	6
Total	-	76	66	52	194	860	346

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, maio de 2015 e CNES/MS.

até cirurgias mais complexas sem qualquer coordenação do cuidado.

A partir de 2011, os prontuários eletrônicos foram implantados e progressivamente a gestão da lista de cadastros de duplicados vem permitindo qualificar os registros de forma a torná-los único e com isso dar mais acesso à população. Em agosto de 2013, 13% dos cadastros eram duplicados, ou seja, de pessoas com cadastro em mais de uma unidade de atenção primária. Com um intenso trabalho de qualificação coordenado pela Rede de Observatórios OTICS-Rio da Secretaria Municipal de Saúde³⁷, junto aos agentes comunitários de saúde, ao longo do 2º semestre de 2013, em março de 2014 esse percentual caiu para menos de 5%.

Garantia de cuidado integral

Desde 2010, todas as unidades de atenção primária passaram a ter um modelo padrão de serviços ofertados à população, expresso na “carteira de serviços de atenção básica”. O monitoramento dessa carteira de serviços permite avaliar o desempenho de cada uma das unidades tipo A (que possuem apenas a Estratégia de Saúde da Família implantada) e tipo B (que possuem Saúde da Família e o modelo tradicional com outras especialidades).

Longitudinalidade do cuidado

Indicadores de pagamento por desempenho (*pay for performance*)

Todos os profissionais e equipes de Saúde da Família em cada unidade possuem incentivos financeiros extras que permitem auferir um 14º salário, caso sejam atingidas metas bem definidas (recursos conhecidos como ‘parte variável 2 e 3’ no contrato de gestão). Um dos indicadores mais importantes, que mede a longitudinalidade da atenção, refere-se ao percentual de consultas realizadas pelo próprio médico de família. A meta esperada fica entre 80 e 90% das mesmas ocorrerem, uma vez que há períodos de intersubstituição médica para ida a Congressos, reuniões internas ou externas, ou período de férias/licença. Isto significa que não se espera que 100% das consultas de um usuário ocorram com o mesmo médico de família.

Coordenação do cuidado

Desde agosto de 2012, os médicos de família responsáveis técnicos de cada unidade atuam de forma inovadora e descentralizada, na função de regulação para outros níveis do sistema, agendando diretamente pelo Sistema de Regulação do Ministério da Saúde – chamado “SISREG” (*on line*), consultas para outros especialistas e exames para apoio diagnóstico em toda a rede de cerca de 80 prestadores de serviços municipais, estaduais,

federais e privados conveniados com o SUS. Em 2015, mais de 100 prestadores de serviço já estavam no SISREG. A partir do período em que a APS assumiu essa regulação da parte ambulatorial a oferta de consultas e exames mais que dobrou, passando de cerca de 36.000 no ano de 2008 para 980.761 procedimentos aprovados em 2013, um aumento de 2.624,34%.

“Lei dos cuidados inversos”

Os serviços de saúde devem ficar atentos e monitorar aquilo que tem sido chamado de “lei dos cuidados inversos”, em que os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos por eles beneficiados. Assim, os programas de saúde atingem maiores coberturas nos grupos populacionais que deles menos necessitam. No Rio de Janeiro esse monitoramento é feito na medida em que prioriza as pessoas com maior vulnerabilidade social, cadastradas pela Prefeitura no Programa Cartão Família Carioca que complementa com recursos o Programa Federal “Bolsa Família”.

Um elemento importante na reforma do modelo de atenção é a incorporação de dois Programas de Residências, um em Medicina de Família e outro de Enfermagem de Saúde da Família, cujo desenvolvimento, avaliação e certificação são da própria SMS. A velocidade da expansão da RCAPS não tem sido acompanhada pela expansão de vagas nas universidades que poderiam dar suporte a este tipo de estratégia que vem sendo adotada desde 2012.

Discussão

Pode-se perceber que na experiência ora em análise, seguiu-se aquilo que Giovanella et al.³⁸ abordaram para o Brasil, como desafios para consolidação da Estratégia de Saúde da Família. A escolha da implementação de uma atenção primária mais abrangente, com adaptações locais do modelo, ampliação de recursos assistenciais e profissionais nas unidades de Saúde da Família é uma opção para a expansão do modelo.

Em seus estudos, Mendonça et al.³⁹ apontam que o fato de uma das capitais do Brasil – Florianópolis – exigir o título de especialista em medicina de família e comunidade como requisito ao ingresso dos médicos, via concurso público, pode ser considerado como um fator de motivação para os médicos permanecerem nesta área e facilitador para a adesão desses profissionais

à Estratégia de Saúde da Família. Motivação e incentivos financeiros pagos por desempenho, buscam a harmonização entre os objetivos organizacionais e os profissionais de saúde. Em 2004, o governo do Reino Unido redefiniu seu sistema de pagamento por *performance* para os *general practitioner* com 136 indicadores⁴⁰. Concluem os autores que, entre 1998 e 2007, houve melhorias significativas nos aspectos de desempenho clínico com relação ao grupo de indicadores relacionados a doenças crônicas – que representam a maior prevalência de enfermidades acompanhadas no dia-a-dia nas ESF. Por outro lado, alguns autores, como Gérvas et al.⁴¹, nos alertam de que quando há motivação e incentivos aceitos como um complemento salarial, com cumprimento formal do que foi pactuado, corre-se o risco de se ter comportamentos oportunistas. A experiência carioca na APS demonstra que os indicadores de avaliação de desempenho devem ser baseados em prática clínica de qualidade, registrados mediante a utilização de *prontuário eletrônico*. E que o efeito de comportamentos oportunistas pelos profissionais de saúde pode ser evitado com uma política global para promover o bom trabalho, premiar e apoiar aqueles que já estão fazendo bem, incentivar aqueles que podem melhorar, introduzir as correções necessárias e, principalmente, *reavaliando periodicamente* a lista de indicadores que pontuam para esse incentivo extra.

Conclusão e perspectivas

Este artigo apresenta os principais referenciais e documentos que nortearam e influenciaram a reforma (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, permitindo outras avaliações destes resultados para verificar sua efetiva implementação, considerando ainda os eixos estratégicos definidos para o ano de 2016 – “Consolidação da Reforma e orgulho de ser SUS: consolidação dos valores da reforma da atenção primária, equidade e desenvolvimento”.

Os principais desafios do novo modelo organizacional se referem à necessidade da mudança cultural para um modelo gerencial por resultados. O aumento do trabalho gerado pelos novos instrumentos de monitoramento mensal também indicou o uso de ferramentas tecnológicas em tempo real. Com a descentralização dos recursos orçamentários para as áreas de planejamento, também os gestores de cada AP passaram a ser mais demandados no acompanhamento dos indicadores dos contratos de gestão e precisaram conceber equipes locais e capacitá-las. A expansão das

Equipes de Saúde da Família começou a tensionar o gestor municipal para construir novas Clínicas da Família em áreas não cobertas pelas equipes.

Com relação à RCAPS, a perspectiva apontada pela Prefeitura⁸ é de continuidade do aumento do acesso até 2016, ano em que se planeja atingir mais de 4,5 milhões de cariocas e cerca de 1.300 equipes de Saúde da Família, o que significaria cerca de 70% da população-residente da cidade com Equipes de Saúde da Família e consolidaria o novo modelo de atenção em desenvolvimento.

Confrontando-os com as demais capitais do País e com a situação anterior do próprio Município, conforme aponta o Ministério da Saúde²⁸, entre 2005 e 2012, do total de 1.644 novas Equipes de Saúde da Família criadas no Brasil, 638 (38,8%) ocorreram na cidade do Rio de Janeiro. Portanto, é o resgate de uma dívida social histórica. Para essa grande expansão da APS, a SMS-RJ vem desenvolvendo desde 2012 o maior Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, cujas vagas de R1, somadas àquelas da UERJ e UFRJ, já ultrapassaram no 1º semestre de 2015, 130 e deve-se manter essa expansão a fim de fornecer formação adequada progressivamente a todos os médicos e enfermeiros de família que atuam na APS. Também vem incentivando a inserção dos alunos de Graduação de Medicina no Internato em Saúde da Família, e a formação de preceptores através do financiamento do Mestrado Profissional em Atenção Primária na ENSP/Fiocruz, que já formou sua primeira turma de 24 alunos em 2013 e a segunda em 2015.

A ampliação da cobertura populacional de cariocas com Equipes de Saúde da Família a partir da RCAPS aqui descrita poderia ter em ou-

tro estudo, seus efeitos e impactos mensurados a partir da análise de indicadores de estrutura, processo e resultados, incluindo aqui as bases de dados dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (coletadas no nível municipal ou submunicipal) e indicadores específicos de acesso dos prontuários eletrônicos, implantados em 95% das unidades de atenção primária em saúde.

Outra forma de avaliação poderia ser realizada com o instrumento de pesquisa *PCATool*, validado no Brasil por Harzheim et al.⁸ a partir de Starfield⁷ – base teórica utilizada para a RCAPS. A possibilidade trazida por este instrumento contempla a triangulação de análises, na medida em que o mesmo questionário tem “perguntas-espelho” para médicos, enfermeiros, usuários e gerentes/gestores, para os recortes de avaliação dos cuidados de crianças e de adultos. Em 2014, a UFRGS⁴² e a SMS-RJ desenvolveram a maior pesquisa de campo com amostra estatística de cerca de 7.000 usuários com o instrumento – *PCATool*⁴³ para avaliar a qualidade da APS.

Haveria também a possibilidade de estratificação das áreas de planejamento (“distritos sanitários”); afinal o ritmo da expansão do crescimento da rede de APS tem sido diferente em cada AP. Pode-se ainda definir como variável dependente, o percentual de cobertura das ESF em cada unidade ou bairro em um modelo estatístico, além da variável *dummy* “bairros com 100% de cobertura x bairros com menos de 100%” poder ser testada. Outra abordagem seria o uso de análise estatística multivariada, em um modelo de regressão múltipla, testando variáveis sociodemográficas e estruturais como variáveis independentes.

Colaboradores

D Soranz e LF Pinto contribuíram para a concepção, delineamento e análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. GO Penna participou da redação e da revisão crítica do artigo.

Referências

- Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):907-923.
- Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):85-98.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [página da Internet]. [acessado 2015 abr 20]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/conselheirosfiscal.php>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014. [acessado 2015 maio 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
- Rio de Janeiro. *Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012 - pós-2016. O Rio mais integrado e competitivo*. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2010.
- Rio de Janeiro. *Plano Municipal de Saúde 2009-2013*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2009.
- Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1649-1659.
- Patton C, Sawicki D. *Basic methods of policy analysis and planning*. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 1993.
- Geva-May I. Cultural theory: the neglected variable in the craft of policy analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2002; 4:243-265.
- Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L. Policy analysis in Brazil the state of the art. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L, editors. *Policy analysis in Brazil*. Bristol, Chicago: University of Bristol, Policy Press; 2013. p. 1-9.
- Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Decreto nº 30433 de 28 de janeiro de 2009. Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC. *Diário Oficial do Município* 2009; 29 jan.
- Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SUBPAV/SAP; 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- Harzheim E, organizador. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS; 2013.
- Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Contratos de Gestão. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2015. [acessado 2015 jun 12]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>
- NHS in England. [acessado 2005 abr 10]. Disponível em: <http://www.nhs.uk>
- Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2841-2852.
- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005. *Diário da República* 2005; 12 out.
- Portugal. Contratualização com as unidades de saúde familiar para 2007. Agências de contratualização dos serviços de saúde; 28 de dezembro de 2006. [acessado 2010 jul 10]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf
- Escoval A. *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: Horizonte 2015/20*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.
- Dowling B. *GPs and Fundholding in the NHS*. Aldershot: Ashgate; 2001
- Mays N, Wyke S, Malbon G, Goodwin N, editors. *The purchasing of health care by primary care organisations. an evaluation and guide to future policy*. Buckingham: Open University Press; 2001.
- Wilkin D, Coleman A, Dowling B, Smith K, editors. *The national tracker survey of primary care groups and trusts 2001/2002: taking responsibility?* Manchester: National Primary Care Research and Development Centre; 2002.
- Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saude Soc* 2007; 16(1):7-17.
- Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE). *Health at a glance 2010*. Paris: OCDE; 2010. [documento na Internet]. [acessado 2015 jun 10]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/healthataglance>
- Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Município* 2009; 20 maio.
- Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Decreto Lei nº 30.780, de 2 de junho de 2009. Aprova o Regulamento Geral de Qualificação e Contratação das Organizações Sociais no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Município* 2009; 3 jun.
- Costa e Silva V. *Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família* [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República; 1995.
- Ferlie E. A nova administração pública em ação. Brasília: ENAP, Universidade de Brasília; 1999.
- Abrucio FL. PPP na saúde: experiências e tendências. *Revista Debates GV-Saúde da FGV-EAESP*. Edição especial, junho 2012. [acessado 2015 out 25]. Disponível em: <http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/GVsaude%20FINAL.pdf>

33. Rico A, Saltman R, Boerma W. Organizational restructuring in European Health System: the role of primary care. *Social Policy and Administration* 2003; 37:592-608.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011, 24 out.
35. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV). *50 primeiras Clínicas da Família da Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: SUBPAV; 2014.
36. Dorighetto E, coordenador. Orientações para expansão das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), 2010. [acessado 2015 maio 20]. Disponível em: http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf
37. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Rede de Estações Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde – OTICS-RIO. Secretaria Municipal de Saúde, 2015. [acessado 2015 jun 12]. Disponível em: <http://www.redeoticsrio.org/>
38. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
39. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
40. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med* 2009; 361:368-378.
41. Gérvás J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81(6):589-596.
42. Harzheim E, Hauser L, Pinto LF. *Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária à Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS; 2015. (Relatório Final da Pesquisa PCA-Tool Rio 2014).
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).