



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Velez Lapão, Luís; Arcêncio, Ricardo Alexandre; Paschoal Popolin, Marcela; Barbosa
Bandeira Rodrigues, Ludmila

Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de
Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 3, marzo, 2017, pp. 713-723

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050018007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal

The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal

Luís Velez Lapão ¹

Ricardo Alexandre Arcêncio ²

Marcela Paschoal Popolin ²

Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues ³

Abstract Considering the trajectory of Rio de Janeiro e Lisboa region regarding strengths of the their health local systems to achieve health for all and equity, the study aimed to compare the organization of the Primary Healthcare from both regions, searching to identify the advancement which in terms of the Delivery Health Networks' coordination. It is a case study with qualitative approach and assessment dimensions. It was used material available online such as scientific manuscripts and gray literature. The results showed the different grades regarding Delivery Health Networks. Lisboa region present more advancement, because of its historic issues, it has implemented Primary Healthcare expanded and nowadays it achieved enough maturity related to coordination of its health local system and Rio de Janeiro suffers still influence from historic past regarding Primary Healthcare selective. The both regions has done strong bids in terms of electronic health records and telemedicine. After of the study, it is clearer the historic, cultural and politics and legal issue that determined the differences of the Primary Healthcare coordinator of the Delivery Health Network in Rio de Janeiro and Lisboa region.

Key words Primary Healthcare, Healthcare Networks, Case study, Care coordination

Resumo Considerando a trajetória do Rio de Janeiro e da Região de Lisboa no que tange ao fortalecimento dos seus sistemas de saúde para alcance da saúde para todos e da equidade, propôs-se uma análise comparativa da organização da Atenção Primária à Saúde, buscando identificar os avanços desta em termos de coordenação das Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo de caso, de orientação qualitativa e com dimensões avaliativas. Utilizou-se material disponível online, considerando artigos científicos e literatura cinza. Os resultados acenam para compassos diferentes no tocante às RAS, na região de Lisboa, com maior velocidade, até por questões históricas, foi implementado o modelo de APS abrangente e que hoje alcançou grau de maturidade suficiente no que tange à coordenação do seu sistema, enquanto o Rio de Janeiro sofre influências dos resquícios históricos de uma Atenção Primária à Saúde seletiva. O plano de carreira aparece como estratégia para fixação das equipes de saúde. As regiões têm feito apostas fortes nos prontuários eletrônicos e na telemedicina. Depois do estudo, ficam claras as questões históricas, culturais e políticas e jurídicas que acabam por determinar diferenças na APS coordenadora de RAS no Rio de Janeiro e na região de Lisboa.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde; Estudo de caso, Coordenação do cuidado

¹ Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa R. da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa Portugal. luis.lapao@ihmt.unl.pt

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto SP Brasil.

³ Universidade Federal do Mato Grosso. Sinop MT Brasil.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Primária à Saúde (APS) consagrada a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978¹, é “agora mais do que nunca”² a estratégia adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, para mitigar os custos elevados e potenciar as expectativas de qualidade.

Pouco se discutiu sobre a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde, face o panorama etário da população, prevendo-se que em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos mais velhos (com 80 anos ou mais) praticamente serão o dobro de hoje existente. Sabe-se que diante desse quadro, haverá elevação dos custos e mais utilização dos serviços de saúde².

Desse modo, tem sido vislumbrado novas formas de organização dos serviços, que possam investir essencialmente na gestão e ou manejo das condições crônicas, que estão intrinsecamente relacionadas ao envelhecimento, apostando-se na promoção da saúde, hábitos ou estilo de vidas saudáveis por meio da APS.

A ideia é de uma APS não restrita a um nível de serviço ou focalizada em grupos em situação de pobreza, mas capaz de assumir a coordenação de todos os seus usuários e a integração do seu sistema³.

A tipologia dos serviços de APS denotam variações significativas no mundo e apresentam características definidoras como a porta de *entrada principal* para os serviços de saúde; a *continuidade dos cuidados, especialmente para as condições crônicas*; a *integralidade, a coordenação, a centralidade do processo na família e a orientação para a comunidade*, devendo ela ser responsável por resolver os problemas de saúde dos usuários³.

Disso partem os projetos de Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando essencialmente à superação da fragmentação da atenção e da gestão dos serviços de saúde e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional dos sistemas de cobertura universal em todo mundo. Por meio desse modelo tecnológico de produção de ações e serviços de saúde, vislumbra-se uma participação mais ativa dos gestores, aproximando-os dos profissionais de saúde, dos usuários e das realidades da comunidade, instituindo uma cultura do compartilhamento, ajuda mútua e reciprocidade³.

Para atingir seus objetivos, gestores e profissionais de saúde devem apresentar competências em sintonia com a missão, com amplo acesso à

informação, apoio técnicos financeiros e disponibilidade de recursos humanos, para além de mecanismos organizacionais e prestação dos cuidados em saúde^{4,5}. Outra exigência é que o ambiente institucional permita a definição de núcleo e campo de competência, com definição clara das responsabilidades que regem a divisão de trabalho entre as diversas categorias profissionais envolvidas na APS⁶.

A complexidade das RAS deve ser estudada tendo em conta um referencial teórico ou pressupostos que sustentam sua organização. Para o estudo, assume-se RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS⁷.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de quatro componentes, a saber: *modelo de governança*, que alinhe as atividades da APS com os outros pontos atenção; os *sistemas de apoio*, como sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde; os *sistemas logísticos*, que consistem de cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado aos cuidados e sistemas de transportes em saúde e um *centro de comunicação* que coordene os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção, idealmente localizado ao nível da equipe de APS⁷. Desse modo, depreende-se que uma vez que os sistemas apresentam características, há grande potencial para convergir em RAS sob a égide da APS.

Considerando a quantidade de estudos produzidos sobre o assunto e a importância de evidenciar uma nova lógica de organização dos serviços de saúde sensível às condições crônicas e ao envelhecimento populacional, é que se propõe realizar uma análise comparativa da organização da APS, no Rio de Janeiro e na Região de Lisboa, buscando identificar os avanços desta organização em termos de coordenação das RAS e do manejo das condições crônicas.

Ao pensar na estrutura ou musculatura de uma RAS coordenada pela APS, pressupõe-se que é um processo complexo, tendo-se forças que se estabelecem no intra e interserviços de saúde, cujo vetor resultante poderá se aproximar ou se distanciar da proposta de RAS. Para compreensão desses aspectos, foi necessário definir um marco teórico do estudo, que está apresentado na sequência.

Marco teórico

A gestão das organizações de saúde tem como propósito contribuir para um processo de produção em saúde mais eficiente e eficaz em áreas prioritárias e com qualidade, abrindo possibilidade para rearranjos “inteligentes” que se estabelecem para enfrentamento ou superação das diversidades e complexidades sociais que se colocam aos serviços de saúde.

A organização de saúde deve ser compreendida como um sistema vivo, que por sua complexidade é capaz de gerar estratégias para lidar com o paradoxo, as diversidades e as incertezas entre os profissionais de saúde e gestores. As organizações são sistemas abertos, que permitem a entrada de “energia” (esforço, ideias, motivações, interesses, políticas da macro e microestrutura) que alimenta os “agentes” (profissionais de saúde), para que estes possam contrariar a entropia e promover a diversidade, para gerar ideias que possam ajudar a melhorar os processos em saúde⁸.

A aplicação da teoria da complexidade interpreta as unidades de saúde como um “sistema complexo adaptativo” (SCA). São complexos, pois estão relacionados com a rede de interação de vários agentes e são adaptativos visto que são capazes de rapidamente se adaptar às novas condições que lhe são impostas pelo seu ambiente⁹.

Na Saúde, a cultura existente em cada unidade de APS surge do “making sense” (a procura de sentido) resultante das múltiplas interações entre atores heterogêneos (em conversas, comunicações, visitas clínicas). As reuniões de equipe são componentes importantes na aprendizagem coletiva, porque esta surge da análise das tentativas e do próprio erro nas ações.

A capacidade de comunicação entre os integrantes de uma equipe é fundamental ao seu bom funcionamento, o que se reverte em melhoria da qualidade dos serviços de saúde, i.e. na capacidade de adaptação. O processo formativo de um clínico passa por aprender e contextualizar conhecimentos com os que sabem através da ação, o que leva paulatinamente a um maior aperfeiçoamento.

Para que emerja uma “auto-organização” em saúde são necessárias algumas condições, como o foco na qualidade, a diversidade de competências e a existência de profissionais qualificados, que saibam trabalhar com as mais variadas incertezas, adversidades e desafios. Uma APS “auto-organizada”, que resulte da boa interação entre profissionais de saúde, pode facilmente encontrar padrões de comportamento dos seus usuários.

Dada a complexidade das suas necessidades, estas unidades terão mais condições para oferecer respostas em consonância com as necessidades identificadas.

O funcionamento em “auto-organização” permite aumentar o portfólio de soluções disponíveis depois da situação diagnosticada e a qualidade do serviço de saúde, favorecendo a produção de ações mais custo-efetivas e mais próximas das necessidades dos usuários. A Figura 1 elucida, de forma didática, as variáveis estratégicas na “Auto-Organização” de uma APS para coordenar as RAS e que são essenciais para um satisfatório desempenho de um sistema de saúde sob a égide da APS.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso¹⁰ de orientação qualitativa e com dimensões avaliativas. É um tipo de desenho que tem crescente aceitação na área da saúde coletiva, porque permite definir hipóteses, aprofundar-se em relação ao objeto sob análise, construir referencial teórico, levar-se às incursões teóricas, tracejar paralelos e esquadrihar novos horizontes investigados.

Para o estudo, utilizou-se material publicado sobre APS nas duas localidades em estudo, sendo considerados artigos científicos e documentos cinzas, como relatórios, documentos oficiais, jornalísticos, entre outras fontes de informação disponíveis *online*, selecionadas por conveniência dos autores. Para análise do material empírico, recorreu-se ao referencial de RAS¹¹.

Resultados

Na Tabela 1 estão apresentadas as principais características observadas dos cenários selecionados para o estudo de caso. Uma vez que apresentam características muito singulares em termos da organização dos seus serviços, optou-se por criar categorias centrais que permitissem sua comparabilidade, como o histórico a partir de Alma Ata, macro e micropolítica para a implementação/sustentabilidade da APS; elementos constitutivos de uma RAS e mecanismos inovadores para o fortalecimento da APS/RAS.

O primeiro aspecto observado foi a tipologia de APS, adotada posteriormente à Conferência de Cuidados Primários em Alma Ata, considerada a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da APS como

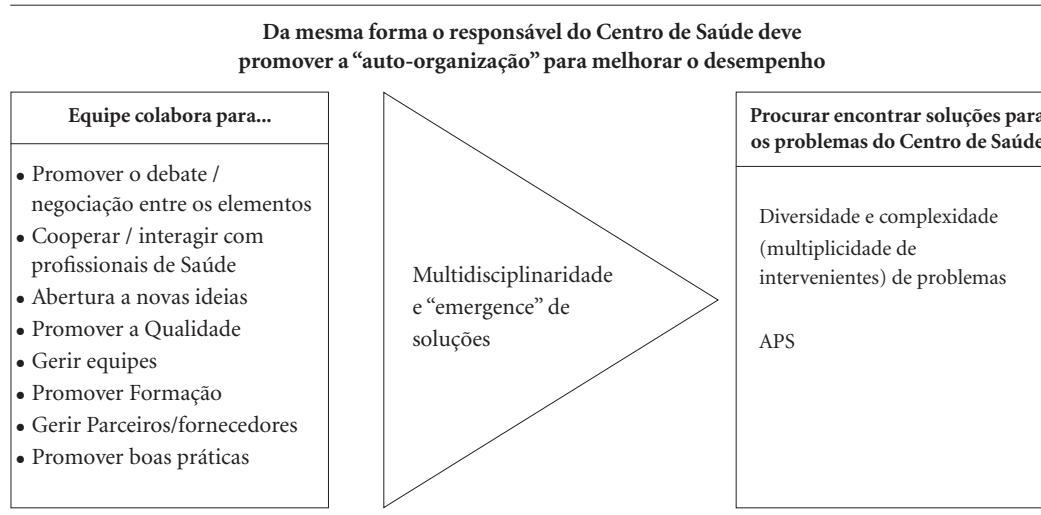


Figura 1. Formas de desenvolver a Autoorganização e o impulso às Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Adaptado de Lapão⁸.

a chave para o acesso universal, em que no Brasil adotou-se como APS seletiva e na Região de Lisboa a APS abrangente. No que diz respeito ao contexto demográfico, observa-se que ambos os cenários vêm apresentando no decorrer dos anos um aumento no número de idosos e considerável evolução da expectativa de vida.

Observou-se ainda, diferenças em termos da macropolítica, como a promulgação da Constituição, que concebe a Saúde como um Direito Constitucional, tendo ocorrido em Portugal em 1974 e no Brasil, 14 anos mais tarde. No tocante à introdução da APS, em Portugal se deu em meados de 1985 e no Brasil em 1988 com a própria Constituição, depois com a Lei Orgânica 8080 e 8142, com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e, mais tarde, em 2006, com o Pacto pela Saúde. Em termos de micropolítica ou estratégia local para o fortalecimento da APS, no cenário do Rio de Janeiro observou-se o Programa “Saúde Presente” que visa à prevenção e ao acompanhamento dos pacientes, enquanto que na Região de Lisboa não foi identificada experiência similar.

Ainda nesse contexto, verifica-se que na Região de Lisboa e no Rio de Janeiro, até o ano de 2010, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) era inferior a 10%, diante disso, em 2005, em Lisboa, num contexto político e econômico favorável promovido por um governo de maioria

(os anteriores tinham sido principalmente governos de coligação) propôs-se a reforma da APS por meio da reestruturação e autonomia progressiva dos centros de saúde com ênfase na criação de pequenas Unidades de Saúde da Família (USF), no qual os cuidados primários foram reconfigurados numa nova matriz organizacional e funcional, repercutindo a posteriori no aumento da cobertura.

Já no Rio de Janeiro, em um contexto sanitário caótico, especificamente relacionado à epidemia de dengue e sob pressão social e ações da promotoria, iniciou-se em 2009 um projeto de expansão da APS, com a implementação de um novo modelo de governança e de suporte de gestão dos municípios, no intuito de favorecer a reorientação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, o que refletiu no aumento da cobertura de ESF para aproximadamente 50% em 2015¹².

Cabe destacar ainda que na Região de Lisboa, para a implementação da APS, utilizou-se da parceria com os serviços privados por meio dos regimes de complementariedade ou substituição dos cuidados de saúde, a fim de contribuir para que os prestadores privados desenvolvam modelos incentivadores de maior eficiência e de maior

Tabela 1. Análise comparativa acerca da capacidade Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes na Região de Lisboa e Rio de Janeiro, 2016.

Dimensão relacionada com a conformação das Redes de Atenção à Saúde		Região de Lisboa	Rio de Janeiro
Histórico a partir de Alma Ata	Tipologia de APS adotada inicialmente*	Abrangente	Seletiva
Contexto demográfico	Proporção de idosos na população	19,2% (2012)	10,8% (2012)
	Expectativa de vida	80,6 anos (2002)	75,2 anos (2010)
Macro e micropolítica para implementação da APS	Acesso Universal	Sim	Sim
	Ano da Promulgação da Constituição que define a saúde como um direito Constitucional	1976	1988
	Ano de introdução da Política da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do Sistema	1985 (Criação da carreira de médico de família)	1988 (Reforçado pelo Pacto pela Saúde)
	Política da APS como coordenadora de uma Rede de Atenção	Sim	Sim
	Cobertura da Estratégia Saúde da Família/APS entre 2010 e 2015 (tendência)	10 a 60%	9,52 a 46,16%
	Micropolítica da APS	--	Saúde Presente
	Ambiência para instalação da APS	Sim	Sim
		APS com equipes de saúde organizadas voluntariamente (com médicos, enfermeiros e técnicos)	Dificuldade de fixação de profissionais de saúde como enfermeiros, técnicos e, notadamente, médicos
	Parceria com o Sistema Privado	Sim (Só ao nível da realização de exames de diagnóstico)	Sim (Por meio das Organizações Sociais)
Elementos constitutivos de uma RAS	População definida	Sim	Sim
	Sistemas de Apoio	Sim (Sistema de referência e rede de Agrupamentos de Centros de Saúde)	Rede de Estações Observatórios de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS)
	Sistemas Logísticos	Sim (Sistemas de informação desde 2006)	Sim
	Sistemas de Governança bem definidos com participação dos usuários, trabalhadores e gestores	Sim (Desde 2005)	Sim

continua

equidade quando encarados como substitutos da função de prestação do Serviço Nacional de Saúde.

No Rio de Janeiro, o modelo de gestão utilizado para a expansão da APS foi o de parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), na qual

Tabela 1. continuação

Dimensão relacionada com a conformação das Redes de Atenção à Saúde		Região de Lisboa	Rio de Janeiro
Mecanismos inovadores para fortalecimento da APS/RAS	Carteira de Serviços Regulação	Sim Sim Rede de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)	Sim Sim Criação do 'Protocolo para o Regulador' e Prontuários Eletrônicos
	Projetos de Telemedicina/Telenfermagem e Educação Permanente Avaliação	Sim (Desde 2007) Sim Indicadores contratualizados com o Serviço Nacional de Saúde	Sim Sim PMAQ e processos de trabalho acompanhados e monitorados mensal ou trimestralmente
	Incentivo Financeiro	Sim Introdução do pagamento adicional, como um incentivo para executar serviços específicos (por exemplo, a imunização ou um programa de controle da diabetes) e de captação parcial para complementar taxa de serviços	Sim PAB variável / PAB fixo Não há autonomia das equipes na gestão do recurso financeiro.
	Plano de Carreira dos trabalhadores vinculados à APS Centros de Saúde com gestores de proximidade gerindo o Centro de Saúde	Sim (Desde 1988) Sim	-- --

* Giovanella²⁵.

uma nova política foi assumida pelos gestores e formuladores de políticas de saúde, alocando a APS como principal ordenadora da organização da RAS^{11,13}. Houve ainda um importante investimento no âmbito da APS, como a implantação das ESF em unidades básicas de saúde pré-existentes, inauguração de novas unidades de saúde (mais pontos de atenção na RAS), denominadas 'clínicas da família' e organizadas em dez áreas programáticas (AP)¹⁴.

Além disso, outro aspecto relevante nesses cenários foi a consolidação dos sistemas de informação, em que a APS é uma das responsáveis pela geração de dados e informações que possibilitam identificar, conhecer e analisar a realidade local, produzindo um ambiente capaz de propor

ações capazes de nelas interferir¹⁵. Ademais, na Região de Lisboa, foram implantadas as Redes de Referenciação, que regulam, dentro de uma nova arquitetura institucional, as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as entidades intervenientes por meio de um prontuário eletrônico, de forma a promover o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, bem como sustentar o sistema integrado de informação interinstitucional.

No Rio de Janeiro houve a criação da Rede de Estações Observatórios de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS), eixo complementar à expansão da APS, que proporciona suporte físico e tecnológico para a qualificação de profissionais e para

a avaliação de indicadores da APS. Segundo os estudos selecionados, que focaram justamente o prontuário eletrônico, acenam que a introdução dos mesmos contribuiu para a eliminação dos cadastros “duplicados”, bem como o tempo de espera para a realização de consultas, exames e procedimentos, contribuindo para a qualificação dos registros e melhor acesso à população¹⁶.

A reforma da APS na Região de Lisboa suscitou também o fortalecimento de capacidades de gestão para liderar equipes multiprofissionais e de apoiar o ajustamento a um novo modelo de governança concebido para oferecer serviços mais adaptados às necessidades específicas da população. Com este processo, novas posições de liderança foram criadas, todavia a maioria dos profissionais nomeados tinha pouca ou nenhuma experiência de gestão.

Assim, uma estratégia de formação foi desenvolvida para prover liderança e competências de gestão em RAS, adaptada às necessidades das suas tarefas, através de questionários de avaliação e observações, mas também analisando as percepções dos novos gestores e responsáveis clínicos sobre os benefícios decorrentes da sua participação em atividades de fortalecimento de capacidades. Todavia, uma área em que a reforma portuguesa tinha avançado pouco foi a expansão dos papéis dos enfermeiros e outros profissionais a quem os médicos poderiam delegar algumas das suas funções tradicionais¹⁷.

Nessa perspectiva, o programa de capacitação PACES criou oportunidades para que os gestores passassem a analisar os problemas de gestão e que compartilhassem soluções potenciais com os colegas, podendo ser atribuído alguns efeitos positivos, além dos ganhos de aprendizagem que dele resultaram, como a criação de um espírito de grupo e hábitos de trabalho em Rede entre os gestores, o que ajudou em suas relações com as autoridades regionais e nas estratégias de partilha sobre como estimular a criação de USF¹¹.

Por sua vez, no Rio de Janeiro instituiu-se uma nova governança pública entre o Estado, financiador e regulador, e o terceiro setor, provedor de serviços de saúde por meio da OSS, tendo como principais características a ampliação da autonomia decisória em termos financeiros e organizacionais¹⁴. A análise realizada por Costa Silva et al.¹⁴ evidenciou que o processo de negociação no município encontra-se pouco presente entre a gestão municipal e as OSS, estabelecendo uma relação mais próxima da subordinação do que de parceria e cooperação, o que limita o desenvolvimento de inovações gerenciais a serem

introduzidas pela adoção da lógica contratual e da institucionalização da avaliação de resultados.

Em consonância, os mecanismos inovadores para o fortalecimento da APS na Região de Lisboa permitiram a acessibilidade dos usuários e garantiram aos mesmos uma carteira de serviços capazes de oferecer uma gama de cuidados clínicos individuais à população cadastrada na lista dos médicos de família, em diferentes fases da vida, direcionados a cobrir as afecções e as condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de indivíduos e/ou suas famílias em diferentes situações de adoecimento.

Semelhantemente no Rio de Janeiro, a Carteira de Serviços, visa à padronização da oferta de atendimentos nas unidades de APS e determina quais tipos de consultas e de procedimentos devem ser realizados com uma lista de serviços relacionadas à atenção ao adulto, idoso, adolescente e criança, à saúde mental e bucal, à vigilância e promoção em saúde e ao manejo de situações de urgências e emergências¹⁸.

Nesses cenários houve também a padronização da regulação; na Região de Lisboa culminou com a criação de uma rede de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)¹⁹ encarregada de melhorar a coordenação e a eficiência dos serviços de saúde a nível local através de um melhor planeamento e partilha de recursos. Cada ACES é gerido por uma equipe de proximidade composta por um Diretor Executivo, um Conselho Clínico (de quatro membros que representam os diferentes grupos profissionais) e uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG).

No Rio de Janeiro, esse processo se deu pela criação do ‘Protocolo para o Regulador’ que aborda protocolos de encaminhamento para especialidades médicas e procedimentos diagnósticos²⁰, a partir do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG), no intuito de instituir a Regulação Assistencial como função de gestão, que possibilita a introdução dos mecanismos de ordenação das práticas de assistência à saúde no SUS.

Os médicos de família são os responsáveis técnicos de cada unidade, na função de regulação para outros pontos de atenção, no agendamento direto (*online*) no SISREG, nas consultas para outros especialistas e exames para apoio diagnóstico em toda a RAS, condizendo com a proposta da APS de funcionar como um centro de comunicação que coordene os fluxos e os contra fluxos do sistema de atenção⁷.

Ainda assim, na Região de Lisboa, utiliza-se para a coordenação da RAS equipamentos de

telecomunicações e tecnologia digital, como os Projetos de Telemedicina e Telenfermagem, que possibilitam cuidados de saúde à distância, fornecendo informações aos doentes, favorecendo ações preventivas e criando alertas a enfermeiros e médicos que podem por contato direto com o paciente, mudar terapêuticas e hábitos sem recorrer a novas consultas.

No Rio de Janeiro, a aplicação efetiva de soluções tecnológicas como a Telemedicina e a Telesaúde tem como intuito a otimização da educação, o planejamento da logística, a regulação da assistência e a implementação de métodos para proporcionar pesquisas multicêntricas baseadas em estratégias de gestão de sustentabilidade e no desenvolvimento de novos modelos.

No tocante à avaliação da APS na Região de Lisboa, utiliza-se de indicadores de desempenho contratualizados, introduzidos na perspectiva de estimular os profissionais das USF e seu respectivo ACES em um conjunto de ações, a saber: acessibilidade, satisfação dos usuários, desempenho econômico, programas de vigilância em saúde infantil e materna, planejamento familiar, limitadas a dados de processo e resultados intermediários.

No Rio de Janeiro, os processos de trabalho são acompanhados e monitorados mensal ou trimestralmente, dependendo do nível de gestão, se local ou central. As equipes que oferecem melhorias na qualidade do atendimento recebem mais recursos do Governo Federal. Ou seja, quanto melhor for o desempenho, mais incentivos financeiros serão repassados. Tais incentivos e as avaliações ocorrem também por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011.

Destaca-se ainda que as ideias base da reforma na Região de Lisboa têm como incentivo financeiro a introdução do pagamento adicional, como um estímulo para executar serviços específicos promotores de qualidade (por exemplo, a imunização ou um programa de controle da diabetes) e de captação parcial para complementar taxa de serviço; o desenvolvimento de serviços ao domicílio e o reforço do papel de ponto de entrada para a APS²¹⁻²⁴.

No Rio de Janeiro, o incentivo financeiro ocorre a partir de dois recursos divididos em duas modalidades, o PAB fixo e PAB variável. O PAB fixo é um valor que se mantém praticamente fixo e oscila de acordo com a população do município e o PAB variável de acordo com o desempenho do Gestor e da sua equipe, bem como no cumprimento das metas estabelecidas.

Um mecanismo inovador da RAS na Região de Lisboa foi a instituição do plano de carreira aos trabalhadores vinculados à APS direcionada para o planejamento e gestão das práticas da organização; contexto que difere no Rio de Janeiro, acarretando prejuízos como a dificuldade de fixação de profissionais de saúde como enfermeiros, técnicos e, notadamente, médicos, somado à desmotivação, cumprimento parcial de carga-horária, falta de conhecimento sobre os atributos da APS e visão retrógrada baseada em atividades programáticas sobre a organização dos serviços.

Discussão

Propõe-se com o estudo de caso, uma análise comparativa entre duas regiões de saúde (Lisboa e Rio de Janeiro), buscando identificar os avanços da APS em termos de coordenação das RAS e manejo das condições crônicas. De forma geral, observa-se que essas localidades têm progredido em termos desse objetivo, podendo observar políticas indutoras da macroestrutura que acabam por refletir na micropolítica da APS.

A própria constituição que legitima a saúde nos países, como um direito social e de acesso universal, impõe aos gestores novas formas de organização de seu sistema de saúde, que conseguisse responder às principais demandas de saúde da população e na atual conjuntura, dado o panorama demográfico, com um contingente de idosos que só faz aumentar, apontando que a APS é a única alternativa viável e custo-efetiva para suportar essa nova realidade.

De acordo com os resultados, percebe-se compassos diferentes no tocante às RAS, na Região de Lisboa com maior velocidade, até por questões históricas, implementou o modelo de APS abrangente e hoje alcançou grau de maturidade suficiente no que tange à coordenação do seu sistema e Rio de Janeiro, ainda sofre com resquícios históricos de uma APS seletiva²⁵. Destaca-se ainda que o Rio de Janeiro é um ente federativo, que tem total autonomia na gestão do seu sistema de saúde, todavia isso não é verdade para a Região de Lisboa, cujos processos decisórios e planos de ação estão sob auspícios do Sistema Nacional Português.

Os resultados evidenciaram em termos da micropolítica, uma expansão substancial da APS nos últimos 6 anos em ambos os cenários, ocorrendo quase que praticamente em igualdade de proporções, todavia na Região de Lisboa isso ocorreu de forma voluntaria dos profissionais,

diferentemente do Brasil, que se deu por meio da judicialização. Um nó-crítico deparado pelo Rio de Janeiro para a sustentabilidade desse modelo tecnológico de APS, coordenadora de RAS, consistiu na dificuldade de fixação de profissionais, notadamente da categoria médica, aliado aos regimes parciais de contrato de trabalho e até à precariedade nos vínculos.

Acerca ainda do Rio de Janeiro, o projeto de expansão da APS contou com apoio de OSS, que são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, conforme previsto em sua lei orgânica – Lei nº 8080/90. Na Região de Lisboa isso se deu em caráter incremental e foi se desenvolvendo de acordo com a disposição e a motivação dos profissionais de se integrarem a um projeto para melhoria e qualidade da APS.

Embora as OSS sejam instituições legítimas no Brasil, o Estado não tem desenvolvido mecanismos suficientemente reguladores ou fiscalizadores da gestão dos seus processos, inclusive financeiros, o que pode abrir possibilidade para desvios ou distorções. Esse cenário tem levado a crises internas na credibilidade da APS e a alguns questionamentos acerca da transparência na aplicação e uso do bem público. A interferência do privado faz com que o SUS seja atravessado por forças às vezes oponentes, que acabam por prejudicar seus princípios fundamentais, como a equidade¹¹.

O estudo evidenciou também que em ambas localidades há avanços importantes da sua APS na coordenação das RAS em termos de Sistema de apoio, Sistemas logísticos, Sistemas de Governança e com adscrição da clientela. Identificou-se como estratégias locais para fortalecimento da APS, no Rio de Janeiro, o Protocolo Regulador e de Prontuários Eletrônicos, que permitem a coordenação do cuidado do usuário para outros pontos de atenção.

A Região de Lisboa dispõe do ACES, com equipes de qualidade, os conselhos clínicos, cujo propósito é dinamizar a cultura da governança clínica e da qualidade, apoiada por gestores mais próximos e responsabilizáveis pelos resultados, que foram previamente negociados e contratualizados.

Ainda se observou outros mecanismos para fortalecimento da APS em Portugal, com a criação da carreira de médico de família em 1985, enquanto no Rio de Janeiro o plano de carreira ainda não é dado, embora tenham sido encontrados projetos de Leis com tal intencionalidade²⁶.

O plano de carreira é um incentivo fundamental para a motivação, a significação e o envolvimento dos profissionais, especialmente da categoria médica com a APS, que tem mais dificuldades de se vincular ao modelo.

Na Região de Lisboa, que seguiu a reforma implementada em todo o país, houve um alinhamento importante entre as políticas e os investimentos realizados, tendo-se apostado muito nos recursos humanos e na sua capacitação. A reforma ora implementada no Rio de Janeiro traz aspectos interessantes em termos da estruturação da RAS, como prontuários eletrônicos, OTICS, matriciamento e sistemática de avaliação local de forma intermitente em função dos resultados, servindo, portanto, de inspiração para os demais grandes centros do país.

A RAS do Rio de Janeiro se beneficia da população pré-definida estar associada à equipe da família, algo que a reforma em Lisboa pretende substituir pelas atuais listagens de usuários atribuídas aos médicos.

O estudo evidenciou ainda que numa mesma localidade observam-se diferenças em termos de organização das unidades de APS, algumas conseguindo maiores avanços das RAS e outras menos, o que é absolutamente compreensível haja vista que tal performance é resultante de fatores intrínsecos (a forma da gestão desse serviço, a perspectiva dos seus trabalhadores, a motivação deles em fazê-lo, o significado daquilo que está fazendo, a valorização e o reconhecimento profissional, a satisfação e a participação e o apoio comunitário) e fatores extrínsecos como as políticas de saúde e econômica, aparato jurídico legal e competência cultural¹¹.

Destaca-se que o desenvolvimento de uma organização de saúde é diretamente proporcional ao processo de liderança, da capacidade de gestão dos profissionais, de incentivos e recursos adequados em escala progressiva de cuidado. A APS é tão cara, do ponto de vista econômico, quanto os hospitais, pois requerem vultoso investimento financeiro para que começem a funcionar e tenham qualidade na produção de ações, mas se considerado a médio e longo prazo, a demanda financeira cada vez será menor por esse modelo tecnológico, uma lógica diferente do hospitalocêntrico, que tende a demandar mais e mais recursos. Entende-se que o envolvimento de investigadores é positivo neste processo, ao evidenciar esses aspectos e para a translação de boas práticas e sua adaptação no contexto local⁷.

Em termos de mecanismos de regulação e avaliação ambos apresentam modelos complexos. Em

Lisboa estabelece-se um modelo de contratualização com base num conjunto de indicadores de desempenho alvos de negociação anual; no Brasil, o PMAQ procura criar um referencial de qualidade no desempenho para todos os municípios.

É importante frisar que a metodologia utilizada impede generalizações, a amostra do material empírico foi selecionada por conveniência dos autores, acrescendo-se a limitação de poucos trabalhos existentes. Do material analisado, este não foi classificado em nível de evidência científica e tampouco verificada sua consistência interna, e a amostra reunia documentos técnicos e de gestão das regiões, o que pode estar embebido por subjetivações. Agrega-se, como limitação, o viés da

publicação, da seleção de material somente disponível online, podendo haver outras fontes físicas, não acessadas pelos autores; um estudo de caso *in loco* seria interessante para estudos futuros.

Entretanto o estudo contribuiu no avanço no conhecimento ao trazer numa perspectiva teórica os avanços de duas regiões no que tange à conformação das RAS para manejo de condições crônicas ou de doenças associadas ao envelhecimento. Há poucos estudos com este propósito, podendo ele servir como um modelo de avaliação de Redes. Esclarecendo as questões históricas, culturais e políticas e jurídicas que acabam por determinar diferenças no desempenho da APS coordenadora de RAS no Rio de Janeiro e na Região de Lisboa.

Colaboradores

LV Lapão, RA Arcêncio, MP Popolin e LBB Rodrigues participaram na concepção, delineamento e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Primary Health Care*. Alma Ata: WHO Library Cataloguing-in-Publication; 1978.
2. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós Gerontologia* 2015; 18(1):325-339.
3. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy Plan* 2004; 19(5):336-345.
5. Mizrahi Y. Capacity enhancement indicators. Washington, 2004. [acessado 2016 set 1] Disponível em: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80314/eg03-72.pdf>
6. Barringer BR, Jones FF. Achieving rapid growth: revisiting the managerial capacity problem. *Journal of Developmental Entrepreneurship* 2004; 9(1):73.
7. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasilia: OPAS; 2011.
8. Lapão LV. The role of complexity dynamics in the innovation process within the new primary-care governance model in Portugal. *Innov J* 2008; 13:1-12.
9. Plesk P, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *BMJ* 2001; 323(7315):746-749.
10. Yin R. *Case study research: Design and methods*. Beverly Hills: Sage; 1994.
11. Lapão LV, Dussault G. PACES: a national leadership program in support of primary-care reform in Portugal. *Leadership Health Serv* 2011; 24(4):295-307.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Histórico de cobertura da ESF no Brasil*. Brasília: MS; 2014.
13. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2010 – 2013. Rio de Janeiro, 2009. [acessado 2016 jul 1]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>
14. Costa e Silva V, Barbosa PR, Hortale VA. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1365-1376.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS; 2001.
16. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
17. Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão LV, Dussault G. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21(spec):38-46.
18. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1399-1408.
19. Lapão LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Manage* 2012; 27(4):295-307.
20. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de clínica da família. Pesquisa avaliativa sobre os aspectos de implantação, estrutura, processo e resultado das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS; 2013.
21. World Health Organization (WHO). *Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication; 2008.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002; 288(15):1909-1914.
23. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):243-256.
24. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004; 291(10):1246-1251.
25. Giovannella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):S7-S27.
26. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2011 – 2014. Rio de Janeiro, 2013. [acessado 2016 nov 1]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf

Artigo apresentado em 03/11/2016

Aprovado em 06/12/2016

Versão final apresentada em 08/12/2016

