

SUS 20 ANOS

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde



SUS 20 ANOS

Brasília, 2009

Copyright 2009 – 1ª Edição
Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e a autoria.

SUS 20 anos

Tiragem: 8 mil

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
– Brasília: CONASS, 2009.
282 p.

ISBN: 978-85-89545-54-9

Sistema de Saúde. I. Conselho Nacional de Secretários de
Saúde. II. SUS 20 anos.

NLM WA 525
CDD – 20. ed. – 362.1068

Equipe de Elaboração

Colaboradores

Alzira Maria D'Avila Nery Guimarães

Armando Raggio

Fernando Cupertino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Márcia Huçulak

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Neuza Maria N. Moysés

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

Revisão Técnica

Jurandi Frutuoso

René Santos

Revisão Ortográfica

Carmem Meneses

Edição

Adriane Cruz

Projeto Gráfico, Diagramação e Arte Final

Clarice Maia Scotti

Diretoria do CONASS 2008/2009

Presidente

Osmar Terra (RS)

Vice-Presidentes

Augustinho Moro (MT) – Região Centro-Oeste

Eugênio Pacelli (TO) – Região Norte

Sérgio Luiz Côrtes (RJ) – Região Sudeste

Gilberto Berguio Martin (PR) – Região Sul

Vice-Presidentes Adjuntos

Beatriz Dobashi (MS) – Região Centro-Oeste

Anselmo Tozi (ES) – Região Sudeste

Luiz Eduardo Cherem (SC) – Região Sul

Comissão Fiscal

Laura Rossetti (PA)

Luiz Eduardo Cherem (SC)

Milton Moreira (RO)

Conselho Nacional de Saúde

Osmar Terra (RS)

Jurandi Frutuoso

Armando Raggio

Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Osmar Terra

Viviane Rocha de Luiz

Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Marcus Pestana (MG)

Regina Nicoletti

Diretorias Extraordinárias

Financiamento: Marcus Pestana (MG)

Saneamento, Meio Ambiente e Saúde Indígena: Augustinho Moro (MT)

Mercosul: Beatriz Dobashi (MS)

Atenção Primária: João Ananias (CE)

Amazônia Legal: Eugênio Pacelli (TO)

Secretários Estaduais de Saúde

Agnaldo Gomes da Costa (AM)
Anselmo Tozi (ES)
Assis Carvalho (PI)
Augustinho Moro (MT)
Augusto Silveira de Carvalho (DF)
Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)
Edmundo da Costa Gomes (MA)
Eugênio Pacelli de Freitas Coelho (TO)
George Antunes de Oliveira (RN)
Gilberto Martin (PR)
Herbert Motta de Almeida (AL)
Irani Ribeiro de Moura (GO)
João Ananias Vasconcelos Neto (CE)
João Soares Lyra Neto (PE)
Jorge José Santos Pereira Solla (BA)
José Maria de França (PB)
Laura Nazareth De Azevedo Rossetti (PA)
Luiz Eduardo Cherem (SC)
Luiz Roberto Barradas Barata (SP)
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva (MG)
Milton Luiz Moreira (RO)
Osmar Terra (RS)
Osvaldo de Souza Leal Junior (AC)
Pedro Paulo Dias de Carvalho (AP)
Rogério Carvalho (SE)
Samir de Castro Hatem (RR)
Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso

Sumário

13 Apresentação

15 Introdução

- 17** I. As bases jurídicas do Sistema Único de Saúde
- 18** II. As origens do Sistema Único de Saúde
- 21** III. SUS: avanços e desafios
- 21** IV. SUS 20 anos
- 23** Referências bibliográficas

25 A gestão e a gerência no Sistema Único de Saúde

- 27** I. Introdução
- 32** II. Os desafios da gestão do SUS no âmbito estadual
- 38** III. Os desafios da gerência dos estabelecimentos públicos de saúde
- 44** IV. Considerações finais
- 44** Referências bibliográficas

47 O financiamento do SUS

- 49** I. O financiamento da saúde no Brasil
- 55** II. Comparações internacionais
- 60** III. As ações do CONASS no enfrentamento do desafio do subfinanciamento
- 62** IV. A regulamentação da EC n. 29/2000
- 67** V. Considerações finais
- 68** Referências bibliográficas

71 O planejamento no SUS

- 73** I. Introdução
- 74** II. A Lei Orgânica e regulamentações

76	III. O Pacto pela Saúde
83	IV. Os instrumentos básicos do planejamento do SUS
87	V. Índice de Valorização da Gestão
88	VI. Considerações finais
89	Referências bibliográficas
91	Gestão do trabalho e da educação na saúde
93	I. Introdução
94	II. O movimento de reforma sanitária e a política de recursos humanos
97	III. As diferentes realidades e etapas pós-Constituição de 1988
100	IV. O CONASS e o desafio dos recursos humanos no SUS
111	V. Considerações finais
113	Referências bibliográficas
115	O desafio da incorporação tecnológica no SUS
117	I. O cenário
118	II. A gestão do conhecimento e a avaliação de tecnologias em saúde
130	III. A avaliação econômica em saúde
132	IV. A integralidade regulada
133	V. O acesso a medicamentos
138	VI. Considerações finais
139	Referências bibliográficas
141	Participação da comunidade
143	I. Conceito de participação comunitária
144	II. A institucionalização da participação comunitária na saúde
144	III. O Conselho de Saúde
146	IV. As Conferências de Saúde
152	V. Considerações finais – A autonomia das Conferências e dos Conselhos: entre a resistência e a adesão
154	Referências bibliográficas

- 155 O Pacto pela Saúde**
 - 157 I. Introdução
 - 158 II. O Pacto pela Saúde
 - 162 III. Implementação do Pacto pela Saúde
 - 170 IV. Ações e propostas do CONASS para a implementação do Pacto pela Saúde
 - 172 V. Considerações finais
 - 174 Referências bibliográficas

- 175 Atenção Primária à Saúde: o desafio de transformar o discurso em prática**
 - 177 I. Reflexão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS)
 - 182 II. O cenário brasileiro
 - 186 III. Fragilidades identificadas
 - 190 IV. Como o CONASS vem enfrentando os desafios de transformar o discurso em prática
 - 194 V. Considerações finais
 - 196 Referências bibliográficas

- 199 A regionalização e a organização de redes de Atenção à Saúde**
 - 201 I. Introdução
 - 202 II. A regionalização da Atenção à Saúde
 - 204 III. Os Colegiados de Gestão Regional
 - 205 IV. Redes de Atenção à Saúde no SUS
 - 222 V. Consensos do CONASS com relação ao modelo de atenção no SUS
 - 225 VI. Considerações finais
 - 226 Referências bibliográficas

- 229 Violência: uma epidemia silenciosa**
 - 231 I. A violência como um problema de saúde pública
 - 233 II. Os seminários “Violência: uma epidemia silenciosa”

- 234 III. As propostas para enfrentamento da violência
- 247 IV. Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância
- 250 V. Novas parcerias: o esforço continua
- 251 VI. Considerações finais
- 252 Referências bibliográficas

255 Dengue: desafio do SUS e da sociedade brasileira

- 257 I. Introdução
- 260 II. Os desafios para o controle da dengue no Brasil
- 276 III. As medidas propostas pelo CONASS para o enfrentamento da dengue
- 279 IV. Considerações finais
- 281 Referências bibliográficas

Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou 20 anos. Sua criação resultou de um processo social que exigiu luta política, e seus princípios coincidem com as bandeiras levantadas pelo movimento de redemocratização do país. Não é por acaso que sua implantação reflete fortemente o processo de descentralização política e a abertura de espaços de participação democrática após 1988.

O SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira, porém persistem muitos problemas a serem enfrentados para que cumpra seus princípios de universalidade e integralidade. É necessário que esse momento sirva para registrarmos os seus significativos avanços, mas também para que façamos uma reflexão com vistas ao seu futuro.

Com base nessa necessidade é que o CONASS elaborou o livro **SUS 20 anos**, que contempla em seus capítulos uma coletânea de temas que têm sido permanentemente debatidos pelo CONASS e cuja importância se faz presente em ações da entidade nos últimos anos.

O CONASS entende que esses temas devem fazer parte da agenda dos gestores visando definir as alternativas de enfrentamento e a construção de propostas concretas de intervenção que permitam a **consolidação do SUS como Política de Estado e Patrimônio do povo brasileiro**.

Osmar Terra
Presidente do CONASS

Introdução



I. As bases jurídicas do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988, no seu Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde, cria o Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo de diversas etapas em que um núcleo de congressistas desempenhou papel relevante, apoiado pelo Movimento da Reforma Sanitária, ao qual se integrava o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

| 17

O texto final aprovado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário, tais como:

- A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais.
- A saúde como direito de todos e dever do Estado.
- A relevância pública das ações e dos serviços de saúde.
- A criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta pelo regime militar (1964-1985). Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando, sob o conceito de seguridade social, a proteção

dos direitos individuais (previdência) à proteção dos direitos coletivos (saúde e assistência social).

Como regulamentação do texto constitucional para a saúde elaborou-se no período de 1989 a 1990 a chamada “Lei Orgânica da Saúde” – Lei n. 8.080, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Os vetos impostos pelo presidente Fernando Collor inseridos nesta Lei atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil organizada gerou a Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que no seu artigo 1º. regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Essa mesma Lei define a participação do CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) no Conselho Nacional de Saúde e dispõe sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros. No seu artigo terceiro define que os recursos financeiros para o SUS “deverão ser repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e o Distrito Federal”. A criação desta modalidade de repasse intergovernamental foi a chave do sucesso do financiamento do SUS.

A seção da saúde na Constituição Federal e as Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 constituem as bases jurídicas do SUS.

II. As origens do Sistema Único de Saúde

O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção. Apesar de sua instituição formal ter se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam a partir da crise do modelo médico assistencial privatista hegemônico na segunda metade do século passado que teve como principais características:

- A extensão de cobertura previdenciária.
- O privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas.
- A criação de um complexo médico-industrial.
- O deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não-lucrativos.

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 do século passado determinaram o esgotamento deste modelo. O processo de redemocratização do Brasil estabeleceu novos rumos nas políticas públicas e fez surgir novos atores sociais que propunham um novo modelo de atenção à saúde.

Nos anos 1970, surgiram os primeiros projetos de medicina comunitária, concebidos por secretarias estaduais de saúde e instituições acadêmicas. Paralelamente começavam a desenvolver-se as primeiras experiências de municipalização da saúde.

Nesses espaços de construção foi gestado o Movimento da Reforma Sanitária. Surgiram na segunda metade dos anos 1970 o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), integrados por grupos de intelectuais localizados em espaços institucionais, acadêmicos e partidos políticos de esquerda. Em 1971, foi criado, no âmbito da Previdência, o Funrural (Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural) que incorporava a população rural ao sistema de prestação de serviços. Em 1972, é iniciado na região de saúde do Norte de Minas Gerais, com sede em Montes Claros, um projeto experimental com o objetivo de buscar modelos de extensão de cobertura.

Do sucesso deste projeto piloto, herdou-se conhecimento e aprendizado que viriam se conformar, em 1979, em um programa nacional de atenção primária – o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Este programa talvez tenha sido a primeira

grande experiência brasileira de extensão de cobertura a baixo custo e com integração interinstitucional.

Em setembro de 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no atual Cazaquistão, que formulou a Declaração de Alma-Ata, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalhavam nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial de promover a saúde de todos os povos do mundo.

No Brasil, a crise da Previdência Social no início dos anos 1980 fez surgir o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que teve nas Ações Integradas de Saúde (AIS) um de seus pilares, que foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica para áreas urbanas, em uma cogestão entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) e as Secretarias Estaduais de Saúde.

20| Em fevereiro de 1982, os secretários estaduais de saúde premidos pela necessidade de unir forças para aumentar sua representatividade e seu poder de negociação junto ao Governo Federal na definição de políticas públicas de saúde criaram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), cuja trajetória confunde-se com a do próprio SUS, o qual tem sido ator importante na consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil.

Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade de século passado: a VIII Conferência Nacional de Saúde. Ali foram lançadas as bases doutrinárias de um novo Sistema de Saúde. Esta Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos e políticos que serviram de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

Em 1987, foi implantado pelo Executivo Federal um arranjo institucional denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que tentou incorporar em seu desenho alguns dos elementos

centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização; a descentralização aos estados; e a democratização das instâncias gestoras. O Suds foi contemporâneo da Assembleia Nacional Constituinte.

Em 1988, criou-se o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que junto com o Ministério da Saúde e o CONASS compõem a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), colegiado responsável pela gestão do SUS.

III. SUS: avanços e desafios

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde entre os incluídos e os não-incluídos economicamente com a implantação do princípio da universalidade, que pôs fim à figura iníqua dos indigentes sanitários (não-previdenciários), promovendo a integração do Inamps ao sistema público de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com a concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho.

O SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Contudo, persistem muitos problemas a serem enfrentados para aprimorá-lo como um sistema universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira. O CONASS publicou em 2006 o livro **SUS: avanços e desafios** que contém um estudo detalhado dos inúmeros avanços obtidos nestes 20 anos com propostas para superar seus grandes problemas.

IV. SUS 20 anos

É necessário além de enaltecer os avanços do SUS fazer uma reflexão e identificar suas perspectivas para o futuro. Afinal, o que se pode

esperar do SUS para os próximos 20 anos? Com base nessa necessidade de visão de futuro é que o CONASS elaborou este livro – **SUS 20 anos**. Ele contempla em seus capítulos uma coletânea de temas que têm sido permanentemente debatidos pelo CONASS e cuja importância se faz refletir em ações da entidade nos últimos anos.

Nos primeiros capítulos, abordam-se as questões estruturais e estratégicas para o SUS como a **gestão e gerência, o financiamento, o planejamento, os recursos humanos, a participação da comunidade e o desafio da incorporação tecnológica**.

Na sequência, temas ligados ao processo de implementação do SUS como a **construção do Pacto pela Saúde e a organização da atenção primária e das redes de atenção à saúde** são apresentados de forma que se faça uma reflexão sobre o processo vivido na área da saúde nos últimos anos, além de trazer propostas concretas para superar os desafios que se impõem para a organização do sistema de saúde brasileiro.

22 |

Nos últimos dois capítulos foram incluídos temas que pela sua importância dentro da agenda recente dos gestores do SUS precisam ser debatidos à luz de uma nova abordagem, que envolva ações inter-setoriais efetivas com forte participação da sociedade brasileira: **o enfrentamento da violência e da dengue**.

Este livro não pretende esgotar a discussão sobre cada tema, mas sim colocá-los na agenda permanente de debate dos gestores do SUS, com vistas a buscar alternativas de enfrentamento e de construção de propostas concretas de intervenção que permitam a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Mais que contar a história desses 20 anos, os capítulos a seguir pretendem motivar a reflexão e o debate e propor ações que farão a diferença no futuro do SUS.

Referências bibliográficas

1. SILVA, P. L. B. **O perfil médico-assistencial privativista e suas condições**: a análise política da intervenção estatal em saúde na década de 70. CAD FUNDAP, 1983.
2. SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
3. CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Sistema Único de Saúde**, v. 1, Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS.
4. _____. **Legislação Estruturante do SUS**, v. 12, Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS.
5. _____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.
6. SCOTTI, R. F. **Para entender a NOB-96**. Nota Técnica (anotações pessoais desde 1977). Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
7. MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**, tomos I e II. Casa da Qualidade Editora, 2001.

The background features a pattern of orange-outlined geometric shapes, including various rectangles and squares, some of which are tilted. A single circle is positioned in the center of the page, slightly below the main text.

A gestão e a gerência no Sistema Único de Saúde

I. Introdução

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080) em 1990, vem, na sua implementação, passando por importantes mudanças, principalmente em razão dos avanços obtidos com o processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios.

Este processo foi em grande parte orientado pelas Normas Operacionais do SUS, construídas de forma pactuada entre os três gestores e que definiram, a cada etapa, as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir suas funções na gestão do SUS.

27

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde, adotam-se os conceitos propostos por Scotti e Oliveira (1995) e adotados pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 1/1996), abaixo:

“Gestão” como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

“Gerência” como a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviço do SUS.

Esta distinção tornou-se necessária em razão de o processo de descentralização do SUS tratar a ação de comandar o sistema de saúde de forma distinta daquela de administrar ou gerir uma unidade de saúde. Isto se deu, em primeiro lugar, em razão do consenso de que a função de gestão é exclusivamente pública e que, portanto, não pode ser transferida nem delegada. Assim, a gestão pública é executada pelos respectivos gestores do SUS que são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na área da saúde. A administração ou a gerência, por sua vez, pode ser pública ou privada.

A gestão do SUS no âmbito estadual compete ao gestor estadual que é o secretário estadual de saúde designado pelo governador, enquanto a gerência ou a administração de uma Santa Casa que integra o SUS será privada e o seu responsável será definido pelas regras próprias da instituição. Em contrapartida, a gerência de um hospital da rede pública estadual poderá se dar por administração direta ou por meio de parceria com uma instituição filantrópica.

28 |

Durante muito tempo, pensou-se que esta distinção entre gestão e gerência dava-se exclusivamente no meio do SUS como um arranjo prático, porém sem sustentação teórica. Esta situação de determinada área do conhecimento adotar conceitos específicos em razão de suas necessidades ocorre com frequência e, muitas vezes, sem reflexões sobre o seu verdadeiro significado (BARRETO, 2006). Para este autor “cada área de conhecimento possui terminologias próprias, expressões idiomáticas que são de fácil entendimento para aqueles que são profissionais”.

Ainda segundo Barreto (2006), “atualmente têm-se ouvido muito as expressões: gestão e administração, às vezes uma como sinônimo da outra”; ele questiona até que ponto seriam mesmo sinônimas ou se cada uma delas teria seu próprio significado no mundo das organizações.

Para este autor, ao gestor:

caberia as escolhas estratégicas como, por exemplo, a adoção de seus princípios; e ao administrador caberia a adequação às ações organizacionais de técnicas desenvolvidas e cada vez mais evoluídas. Pode-se, então, inferir que o gestor seja a figura institucional responsável pela condução estratégica da organização, cabendo-lhe o estabelecimento de políticas e metas para o alcance dos objetivos institucionais.

Já o administrador ou gerente:

vem a ser o personagem orgânico da instituição, incumbido da sua operacionalização, responsável pela escolha de métodos e técnicas gerenciais adequadas a um funcionamento harmônico da organização. Cabe-lhe a adoção de cuidados gerenciais que assegurem o bom andamento das ações organizacionais em busca do alcance dos seus objetivos.

29

Nesse sentido, a adoção dos dois conceitos distintos, além de se mostrar eficiente no processo de descentralização do SUS, encontra sustentação teórica em estudos da área da administração.

Em relação às competências dos gestores do SUS, a Constituição Federal estabelece os princípios, as diretrizes e as competências do Sistema Único de Saúde, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/1990, porém, ainda insuficiente. Este quadro é ainda agravado pelas grandes dificuldades relacionadas à inexistência de um modelo de financiamento que assegure estabilidade e recursos suficientes.

No entanto, o desafio de implantar no Brasil um sistema de saúde com caráter universal e que garanta a integralidade da atenção não

se encerra nas dificuldades do financiamento. As soluções necessárias ao enfrentamento dos desafios da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito local, estadual e nacional e da Gerência dos estabelecimentos públicos de saúde têm se mostrado de enorme complexidade e ainda se encontram em patamar muito inferior ao desejável.

O desafio da **Gestão do SUS**, que é o tema da primeira parte deste texto, torna-se ainda mais complexo considerando a simultaneidade da busca de modelos eficientes com o avanço no processo de descentralização necessário, não só da esfera federal para estados e municípios, mas também destes para os municípios. Ou seja, a construção de um novo arranjo entre as esferas de governo com revisão da divisão do poder e de responsabilidades dá-se de modo simultâneo à própria experimentação dos acordos estabelecidos.

30|

A criação de espaços de pactuação bipartite e tripartite demonstrou-se bastante produtiva na condução geral do sistema, ensejando uma gestão solidária e consequente. No entanto, esses espaços não são suficientes para criar as soluções necessárias à gestão do SUS. A necessidade de garantir a integralidade da atenção faz que o gestor municipal tenha que exercer as responsabilidades inerentes ao seu cargo e ao mesmo tempo honrar os compromissos assumidos com outros gestores municipais e com o gestor estadual. Este último, por sua vez, precisa desenvolver a capacidade de planejar a saúde no estado, regular as referências e mediar as relações, muitas vezes conflitivas, entre os gestores municipais.

A experiência das duas primeiras décadas de implantação do SUS demonstrou o quanto foi equivocada a posição, prevalente em certo período, de que cada município por si só seria capaz de resolver os seus problemas, o que dispensaria a participação da Secretaria Estadual de Saúde. Do mesmo modo, prevaleceu o entendimento por parte da gestão estadual de que a descentralização significava que o encaminhamento de questões tipicamente municipais como, por exemplo, a Atenção Primária, dispensaria a sua participação. Ao contrário,

a cada dia torna-se mais evidente a importância da gestão estadual na construção de um sistema de saúde público, universal e, acima de tudo, que assegure a integralidade da atenção.

A **Gerência dos Estabelecimentos Públicos de Saúde**, que será tratada na segunda parte deste texto, não é um desafio menor. A transformação que tem ocorrido nas ciências da saúde com enorme velocidade de incorporação de novas tecnologias se, por um lado, tem proporcionado maior capacidade diagnóstica e terapêutica à medicina, por outro, tem acarretado uma elevação significativa dos custos e uma maior complexidade no processo gerencial.

De modo diverso às outras áreas, na saúde, a incorporação de novas tecnologias, na maioria das vezes, não leva a uma redução na quantidade dos recursos humanos necessários, nem substitui outra tecnologia e, portanto, não reduz custos. Esse processo tem elevado os custos da saúde a um ponto que os recursos necessários à construção e à equipagem de, por exemplo, um hospital, sejam os mesmos necessário à sua manutenção durante apenas um ano.

| 31

Entretanto, o desenvolvimento do conhecimento e o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil têm tornado a medicina cada vez mais especializada e criado um mercado médico extremamente complexo, com inúmeras especialidades com ofertas e demandas distintas.

Diante desse cenário, a administração ou a gerência dos estabelecimentos públicos de saúde por meio da administração pública direta tem se mostrado insuficiente e levado os gestores, em todas as esferas de governo, a buscar novos caminhos. A falta de inovações possíveis na administração direta e da profissionalização da administração hospitalar tem contribuído de modo significativo para os fracos resultados obtidos com esse modelo gerencial.

Considerando o desfinanciamento do SUS, torna-se ainda maior a necessidade de uma gestão eficiente e de uma gerência competente

dos estabelecimentos públicos de saúde, não só para melhor uso dos poucos recursos disponíveis como também para construir força política necessária à obtenção de mais recursos e de sua estabilidade. É razoável pretender que a melhoria da eficiência do SUS venha acompanhada de modo simultâneo com a solução definitiva do seu financiamento.

II. Os desafios da gestão do SUS no âmbito estadual

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, com base na concepção de saúde como direito de cidadania e que tem as diretrizes organizativas de: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

32| A implementação do SUS, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é condicionada por e deve considerar o enfrentamento de ao menos três questões gerais: as acentuadas desigualdades existentes no país e no interior de cada estado; as especificidades dos problemas e dos desafios na área da saúde; e as características do federalismo brasileiro. Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde nos anos 1990 um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja por meio das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema ou da criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

Assim, as responsabilidades na gestão e no financiamento do SUS são compartilhadas entre os seus gestores nas três esferas de governo.

Considerando os objetivos do presente texto, será dada ênfase à abordagem das responsabilidades dos gestores estaduais.

Um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) é o de coordenar o processo de implantação e de funcionamento do SUS no respectivo estado. Para a execução deste importante papel, o gestor estadual do SUS precisa agir de forma articulada e solidária com as outras duas esferas de governo (federal e municipal) e com o controle social representado pelo Conselho Estadual de Saúde.

No que diz respeito aos municípios, esta relação não deve representar uma hierarquia e conseqüente subordinação destes à SES. Isto resulta do modelo brasileiro de federalismo e da definição constitucional e legal de direção única em cada esfera de governo.

Além disso, a relação com os municípios tem como espaço de negociação e decisão política a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na qual as decisões devem ser tomadas por consenso. A CIB é paritária composta por representantes da SES e dos municípios por meio do respectivo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Dessa forma, com a implantação do SUS e considerando-se as definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, que institui a direção única em cada esfera de governo, a SES passa a ter um novo papel: o de Gestor Estadual do SUS. A condição para o exercício dessas funções pela gestão estadual vem sendo progressivamente construída ao longo das duas últimas décadas.

O processo de construção colegiada dos arranjos de gestão do SUS tem produzido grandes acordos na busca das melhores alternativas. A NOB 1/1996 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) iniciam a tentativa de inclusão de novos temas. A NOB 1/1996 traz a definição de responsabilidades de cada gestor nas diferentes esferas de governo; amplia o foco do modelo de atenção com a inclusão de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, e introduz o conceito de vínculo entre população e agentes dos sistemas de saúde; e cria o instrumento de Programação Pactuada e Integrada (PPI). A Noas procura induzir a reorganização do sistema de saúde por meio

da regionalização, busca fortalecer o papel coordenador/negociador dos estados e garantir a integralidade da assistência consolidando a atenção primária como a porta de entrada do sistema.

Mais recentemente, o Pacto pela Saúde retoma as propostas da NOB 1/1996 e da Noas com ênfase na regionalização e na busca de melhor definição do papel dos gestores em suas respectivas esferas de governo. O Pacto encerra o período de “habilitações” e traz significativa inovação com a proposta de criação das Regiões de Saúde com os respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), e pela maior clareza quanto ao papel da gestão estadual do SUS, embora ainda de forma insuficiente.

Esse processo coloca um desafio para o gestor estadual qual seja a coordenação do SUS no âmbito estadual e não mais (pelo menos como prioridade) a prestação direta de serviços assistenciais. A máquina administrativa da SES desenhada para atender a necessidades anteriores à implantação do SUS surpreende-se tanto no que se refere à sua nova missão quanto aos novos papéis que deve assumir frente às demais instâncias governamentais e aos próprios prestadores de serviços que compõem a rede assistencial.

Dessa forma, torna-se indispensável a busca da consolidação da função de Gestor Estadual do Sistema que deve ter por base o desenvolvimento de um processo de planejamento consistente com base no *Plano Estadual de Saúde* e na respectiva *Programação Anual de Saúde*. Estes instrumentos de planejamento devem ser elaborados com a participação dos municípios e ser a base para a execução das ações e da elaboração do consequente *Relatório de Gestão Anual*.

Para cumprir este papel, o planejamento não deve ser visto como um fardo burocrático, mas como uma maneira de o gestor do SUS assumir compromissos públicos e assim permitir o exercício do controle social.

Essa gestão se dá no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento apenas de sua rede própria de prestação de serviços (hospitais

e outras unidades) ou à gestão dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua responsabilidade, ou ainda de alguns programas assistenciais. Antes do Pacto pela Saúde, a amplitude e o grau de autonomia desta função estavam relacionados ao tipo de Gestão em que o estado estivesse habilitado – variando, portanto, de estado para estado. No presente, tendo o estado aderido ao Pacto, essa situação é plenamente superada.

Nesse caso, de acordo com o Termo de Compromisso de Gestão, os recursos financeiros federais relativos à assistência de média e alta complexidade, sob gestão da SES, são automaticamente transferidos do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde e aqueles referentes à Atenção Primária e os da assistência de média e alta complexidade, sob gestão do município, são transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde.

O SUS, e conseqüentemente sua gestão, não é constituído apenas pelo componente de assistência à saúde, mas também por programas estratégicos e de promoção da saúde, informática e informação da saúde, gestão e desenvolvimento de recursos humanos, vigilância sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e controle de doenças e pela gestão dos investimentos em saúde. Dessa forma, é de responsabilidade do gestor estadual do SUS também a definição de políticas e de ações prioritárias relativas a esse conjunto de ações.

Para planejamento, programação e desenvolvimento das ações na área da assistência à saúde é fundamental que se compreenda como princípio básico que as unidades públicas de saúde, sejam municipais, estaduais ou federais, integram automaticamente o SUS. Somente a partir da utilização plena dessa capacidade é que o gestor público deve buscar a contratação de serviços privados, devendo, nestes casos, priorizar as instituições filantrópicas e sem finalidade lucrativa.

O instrumento de planejamento e programação a ser utilizado para viabilizar a realização adequada dessa função é a elaboração, sob a coordenação da SES e com a participação de todos os municípios, da

Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI norteia-se pelo princípio de integralidade das ações e busca garantir o princípio da equidade. Contempla a alocação dos recursos e explicita as responsabilidades de financiamento de custeio da assistência das três esferas de governo, a fim de garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde no próprio município ou em outros municípios que ofertam o serviço mediante encaminhamento formalizado e negociado entre os gestores respectivos.

Para que se possa elaborar a PPI é indispensável a existência de um *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)* devidamente atualizado. A alimentação e a manutenção desse cadastro são de responsabilidade do gestor correspondente, ou seja, a SES ou a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em relação aos serviços sob sua gestão.

Um adequado acompanhamento das ações desenvolvidas bem como controle e avaliação destas atividades requerem a existência de um bom *Sistema de Controle e Avaliação*.

Outro componente importante da gestão da assistência à saúde é a *Regulação*. O objetivo fundamental da Regulação é organizar e garantir o acesso da população às ações e os serviços do Sistema Único de Saúde, visando à melhor alternativa assistencial disponível para as demandas concretas dos usuários. A Regulação tem como meta principal, portanto, a garantia do acesso de forma equânime, a integralidade da assistência e o ajuste da oferta dos serviços às necessidades imediatas do cidadão, de forma ordenada, oportuna e racional.

A Regulação das Referências é uma função primordial da gestão estadual do SUS e a sua execução adequada assegura o cumprimento dos compromissos assumidos com a PPI e, por consequência, a igualdade de acesso e o cumprimento do *princípio da integralidade*.

Sistemas de avaliação apropriados, informatizados e que levem em consideração um pacto de metas são fundamentais como estratégia

para o rompimento das desigualdades e para a garantia do objetivo de uma melhor qualidade de saúde.

Devem os estados, portanto, desempenhar papel regulador/mediador buscando em conjunto com os municípios definir metas regionais, visando à melhoria da saúde da sua população, mas compreendendo e intervindo favoravelmente para que as desigualdades existentes entre municípios e regiões, sejam de saúde, econômicas ou políticas, não acabem por ampliar as desigualdades ou criar modelos de captura de recursos capaz de aumentar o fosso existente entre os que tudo podem e os que nada têm.

A atuação do estado como fomentador de políticas regionais e locais, no financiamento de estruturas necessárias e na manutenção de outras é fundamental para a correção das distorções existentes e para avançar ao patamar de qualidade de saúde que todos esperam.

No que diz respeito à gestão da rede, no atual estágio de implantação do SUS, as Unidades Básicas de Saúde que integravam a rede estadual já devem ter sido repassadas para os municípios correspondentes contribuindo para que estes executem as ações sob sua responsabilidade. As unidades ambulatoriais especializadas e os hospitais (principalmente aqueles de abrangência regional), por sua vez, não devem obrigatoriamente ter sua gerência transferida para os municípios, ou seja, podem continuar integrando a rede própria da SES. Contudo, de acordo com os pactos estabelecidos, estas unidades podem estar sob gestão do município. No entanto, vale referir que quanto menos a SES se envolver diretamente com a prestação de serviços assistenciais mais terá condições de exercer o seu papel de coordenador do SUS no âmbito estadual.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) previu e o Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão manteve um instrumento próprio para garantir o financiamento das unidades públicas de propriedade de uma esfera de governo e sob gestão de outra que é o *Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP)*.

Sobre as ações de saúde executadas em cada município, deve haver uma cogestão entre estado e município ou uma direção única: *do município ou do estado*.

Além das responsabilidades mais gerais abordadas anteriormente, os estados têm funções, competências e responsabilidades de gestão específicas em diversas áreas de atenção à saúde.

III. Os desafios da gerência dos estabelecimentos públicos de saúde

A necessidade de se obter a autonomia e a flexibilidade necessárias ao sucesso e à eficiência/eficácia dos serviços públicos de saúde tem levado à busca de novos modelos de gerência de estabelecimentos públicos de saúde e, de modo especial, dos hospitais da administração direta. Esse problema agravou-se especialmente na segunda metade do século XX. Nas décadas de 1960 e 1970, vários hospitais transformaram-se em fundações públicas ou se inseriram em alguma já existente.

Ainda que várias alternativas tenham sido analisadas, estudadas e admitidas nas últimas duas décadas pelo setor público, isso não as isenta de desvantagens e questionamentos entre os vários setores envolvidos, especialmente os órgãos de controle, exigindo dos gestores opção fundamentada e que apresente resultados eficazes.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou, em Florianópolis – Santa Catarina (2007), o Seminário para Construção de Consensos sobre Alternativas de Gerência de Unidades Públicas que resultou na publicação do **CONASS DOCUMENTA 14** (Brasil, 2008). Nesta publicação, são destacados os problemas existentes nas unidades públicas de saúde, no que diz respeito à sua **gerência**:

- Dificuldades de contratação, principalmente para incorporar e/ou repor recursos humanos com agilidade, considerando as especificidades da área da Saúde Pública, como, por exemplo, para serviços de urgência/emergência.

- Dificuldades de incorporar recursos humanos de acordo com a quantidade e a necessidade dos serviços e o perfil da clientela atendida.
- Dificuldades na reposição do estoque de insumos diversos e de manutenção de equipamentos de saúde.
- Deficiência no gerenciamento das unidades públicas que dificulta a adoção de mecanismos eficientes e resolutivos que qualifiquem o cuidado e permitam o monitoramento e a avaliação dos resultados.
- Problemas no financiamento das unidades em decorrência da forma atual de remuneração por produção de serviços.
- Elevado custo de manutenção.
- Falta de racionalização interna que provoca desperdícios notadamente na área logística de insumos.
- Dificuldade de aplicar nas rotinas das unidades de saúde as políticas de ciência e tecnologia e de economia à saúde (avaliação de novas tecnologias e de medicamentos).
- Baixa produtividade.
- Dificuldade de investimentos em equipamentos médico-hospitais e de informática.
- Desmotivação dos trabalhadores devido à inexistência de mecanismos de gerência na administração direta que estimulem maior produtividade, qualidade e eficiência.
- Problemas com o registro da produção de serviços, que em geral é inferior ao realizado, em virtude de uma cultura institucional que não valoriza esse processo administrativo em unidades públicas.
- Falta de flexibilidade administrativa, especialmente em relação à gestão orçamentária/financeira, de recursos humanos e processo de compras.

- Dificuldades na aplicação de uma política salarial diferenciada e flexível para profissionais em diferentes áreas de especialização.

Sem dúvida que a maior parte das causas desses problemas reside na gerência interna da unidade. No entanto, à medida que o processo de organização do sistema público de saúde avança, aumenta a sua capacidade de definir os serviços necessários, invertendo a ordem da dominação da oferta. Dessa forma, a direção do hospital tem de desenvolver a capacidade de análise e entendimento do sistema de saúde no qual se insere no sentido de passar a “produzir” serviços compatíveis com as necessidades deste. Ou seja, o hospital está perdendo, a cada dia, a sua capacidade de se autodeterminar, definindo isoladamente o seu perfil assistencial.

40|

Em contrapartida, os avanços obtidos pelo SUS no campo da Atenção Primária têm produzido forte impacto sobre a quantidade e a qualidade da demanda por internações hospitalares. A cada dia que passa, antigas causas de internação hospitalar, tais como doenças diarreicas em crianças – as denominadas “virose da primeira infância” etc. – são menos frequentes na demanda hospitalar. Assim, o hospital tem de exercer o seu verdadeiro papel, aumentando a sua complexidade operacional, o que torna necessária maior qualificação gerencial.

As alternativas adotadas por várias Secretarias Estaduais de Saúde para o gerenciamento de suas unidades, sejam unidades ambulatoriais especializadas ou hospitalares, são detalhadamente analisadas na publicação do **CONASS DOCUMENTA 14**. Foi acordado em Assembleia do CONASS, realizada em 2007, que a decisão pela melhor alternativa de gerência de unidades públicas é prerrogativa dos respectivos gestores, observadas as distintas realidades locais e estruturas existentes.

A seguir são apresentadas algumas alternativas para o gerenciamento de unidades públicas de saúde:

1. **Organizações Sociais (OS)** – pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, independentemente de concessão ou permissão do Poder Público, criadas por iniciativa de particulares conforme modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado. Em suma, as organizações sociais representam uma forma de parceria do Estado com as instituições privadas sem fins lucrativos e com fins públicos, com regras estabelecidas em Contrato de Gestão. São instituições do chamado “terceiro setor”.
2. **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)** – pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, qualificadas por ato do Ministério da Justiça devidamente publicado, conforme o estabelecido na Lei n. 9.790/1999 e Decreto n. 3.100/1999. É possível observar semelhanças com as organizações sociais, todavia o instrumento regulamentador de sua forma de cooperação com o Estado é o Termo de Parceria.
3. **Consórcios Públicos** – regidos pela Lei n. 11.107/2005, podem adquirir personalidade jurídica de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções. Instituídos por Entes Federados para a consecução de objetivos comuns, mediante a celebração de contrato de gestão, termo de parceria ou contrato de programa. O CONASS, com a edição da Nota Técnica 12/2005, explicou minuciosamente a legislação atinente aos consórcios públicos de saúde.
4. **Fundações de Apoio Universitário** – pessoas jurídicas de direito privado, instituídas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, observada a Lei n. 8.958/1994 e nos termos do Código Civil, com a finalidade de apoiar, mediante colaboração, um ente público, não sendo parte integrante da administração indireta. São sujeitas à fiscalização do Ministério Público como qualquer fundação.

5. **Autarquias** – as autarquias administrativas são aquelas entendidas por serviços públicos descentralizados que se destacaram do conjunto da administração estatal para se organizarem de acordo com as necessidades dos serviços que visam executar.
6. **Fundação Estatal** – fundação instituída por lei específica, dotada de autonomia gerencial, orçamentária e financeira, regida por regras de direito privado e princípios do direito público, sem fins lucrativos ou econômicos, para atuação em setores de competência não-exclusiva do Estado, como: saúde, educação, cultura, esporte, turismo, tecnologia, assistência social e outras.

O importante a destacar é que a simples adoção de uma dessas alternativas não será suficiente para a solução dos problemas, pelo contrário, ao adotar qualquer modelo alternativo de gerência de unidades próprias, a SES terá de desenvolver uma nova capacidade, qual seja a de *contratar, monitorar e controlar* a gerência por outra instituição.

42 |

A função de contratar, nesse novo contexto, requer o desenvolvimento da capacidade de planejamento para que, identificando as necessidades da população para a qual se destinam os serviços da unidade, possa definir o perfil assistencial (tipo de serviços, especialidades etc.) bem como as quantidades necessárias. Esta tarefa apresenta-se bastante complexa quando se vive uma realidade em que os hospitais construíram historicamente os seus perfis assistenciais em razão basicamente de motivações internas, principalmente dos interesses do corpo clínico.

Portanto, há uma série de medidas que precisam ser adotadas na gerência dos hospitais antes ou até independentemente da adoção de um desses modelos alternativos de gerência.

Além do mais, esses modelos alternativos têm se mostrado, na sua maioria, mais viáveis para a gerência de novas unidades hospitalares e de muito maior dificuldade ou quase impossibilidade para a gerência

de hospitais já em funcionamento. Dessa forma, a adoção desses modelos não será suficiente para resolver as dificuldades na gerência das unidades de saúde.

Na verdade, pouco tem sido feito para superar as dificuldades existentes para o gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde na administração direta. Como atribuir tantas dificuldades à administração pública direta quando unidades complexas, como, por exemplo, um hospital, operam sem uma estrutura administrativa mínima, sem os cargos administrativos necessários e dirigidos por profissionais adaptados às funções e não por administradores hospitalares especializados. É evidente uma contradição entre a referência a grandes dificuldades para a gerência dos hospitais públicos e as medidas adotadas para a execução desta atividade.

Uma importante alternativa que não tem sido devidamente explorada é a Emenda Constitucional n. 19 (EC n. 19), de 4 de junho de 1998, que modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública. No art. 37, § 8º, está explicitado que:

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre:

I - o prazo de duração do contrato;

II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III - a remuneração do pessoal.

Pode-se, pois, concluir que se por um lado o problema da gerência dos hospitais públicos é bastante complexo, por outro existem modalidades inovadoras que podem vir a ser adotadas de acordo com cada realidade.

IV. Considerações finais

A Gestão do Sistema Único de Saúde e a Gerência de Unidades Públicas de Saúde se, por um lado, são ações bastante complexas, por outro, são fundamentais para que possa construir um sistema de saúde público de qualidade.

Muito embora o tamanho e até mesmo a existência de rede própria de serviços seja muito variável entre os estados, pode-se afirmar que a gerência dessas unidades é uma função estratégica para o processo de implantação do SUS. Dispor de uma rede própria funcionando de modo eficiente e com qualidade é um requisito político importante para a SES poder exercer adequadamente o seu papel regulador do sistema.

No entanto, uma questão que vale referir é a existência de certo nível de superposição das funções de Gestão e Gerência por parte de alguns gestores do SUS, tanto na esfera estadual quanto municipal. Vários autores têm recomendado a separação dessas funções, desde o ponto de vista de organização institucional, como forma de conceder ao gestor melhores condições de entendimento e exercício de sua função.

Por fim, é importante destacar que a função de *Gestão Estadual do SUS* deve prevalecer sobre a função de *Gerência da Rede própria da SES*.

Referências bibliográficas

1. BARRETO, E. F. **Estilos gerenciais e o impacto na longevidade das organizações**. Salvador: EDUFBA, 2006, 124 p.
2. BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, seção I, p. 018055, 20 set. 1990.

3. _____. Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 de jun. 1998.

4. _____. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, seção 1, p. 22932, 6 jul. 1991.

5. _____. _____. Portaria/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, seção 1, p. 15, 29 set. 2001.

6. _____. _____. Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

7. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde. **CONASS DOCUMENTA 14**. Brasília: CONASS, 2008. 150 p.

8. SCOTTI, R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Segundo relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde**. Brasília: CONASS, 1995.

O financiamento do SUS



I. O financiamento da saúde no Brasil

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF-1988), a saúde era financiada com recursos do orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e do orçamento fiscal.

Os recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social sempre representaram a maior parte nos gastos com saúde e, entre 1980 a 1988, oscilaram de 85,2% a 76,9%, enquanto os recursos do tesouro (orçamento fiscal) representavam 12,9% a 22,7% do total (CONASS, 2007, p. 20). Em 1987, o dispêndio federal com serviços de saúde aproximou-se dos Cz\$ 300 bilhões. Esse montante correspondia a 70% do gasto público total das três esferas de governo no setor (CONASS, *op. cit.*, p. 19).

Na CF-1988, a saúde é garantida como um dos direitos sociais (art. 6º), fazendo parte da Seguridade Social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194).

Definiu também que o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

O artigo 196 define o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença

e de outros agravos. Com a universalização da saúde, a responsabilidade do Estado brasileiro para garantir o direito a todos os cidadãos implica diretamente na necessidade de ampliar substancialmente a alocação de recursos financeiros, o que leva o legislador a ter de prever fonte de receita para a área da saúde.

Ficou definido no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que 30%, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde até que a Lei de Diretrizes Orçamentárias fosse aprovada. Em valores atuais, isso representaria R\$ 109,97 bilhões, muito acima dos R\$ 54,827 bilhões previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA) 2009.

A vinculação de recursos para a saúde (30%, no mínimo, do OSS, excluído o seguro-desemprego) ocorreu na Lei n. 8.211/1991 que dispôs sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 1992, mas para que o percentual fosse cumprido incluíram-se na conta da saúde gastos normalmente não considerados como de responsabilidade específica do setor, como, por exemplo, assistência médica e odontológica a servidores da União, encargos com inativos e pensionistas do Ministério da Saúde (MS), saneamento básico etc.

Em 1993, ao mesmo tempo em que se comemorava a vitória de uma Norma Operacional Básica do MS que avançava no sentido do reconhecimento do papel dos gestores no SUS, sofria-se um revés importante na área de financiamento quando a saúde pública perdeu a sua principal fonte, pois os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passaram a cobrir as despesas previdenciárias e o setor saúde teve de disputar com distintas áreas outras fontes de receitas.

Várias tentativas de vinculação aconteceram na década de 1990, mas somente em 13 de setembro de 2000, após intensas negociações, foi

aprovada e promulgada a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29)¹ que determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

A EC n. 29 garantiu o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo, estabelecendo base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

O artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) definiu que a União, no ano 2000, aplicaria no mínimo o equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. De 2001 até o ano de 2004, a base de cálculo corresponderia ao valor apurado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

51

No caso dos estados e do Distrito Federal, devem ser aplicados 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; e no caso dos municípios e do Distrito Federal, 15% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Está prevista também no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal a possibilidade de as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União serem reavaliadas por lei complementar pelo menos a cada cinco anos desde a data de promulgação da EC n. 29.

¹ Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.

Nos últimos anos, a implantação da EC n. 29 alterou a distribuição relativa dos gastos das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde, como se observa no Gráfico 1.

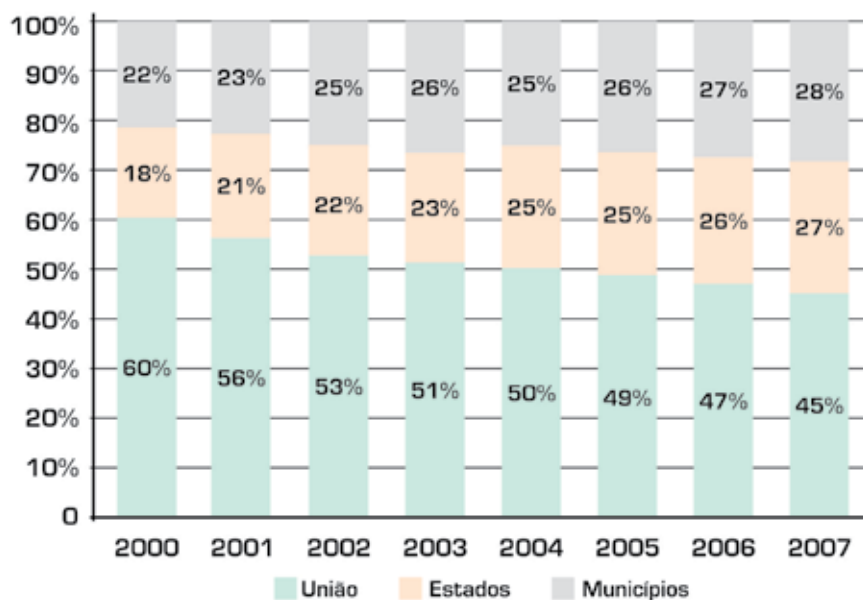
Nota-se significativa redução da participação relativa da União no financiamento público² da saúde, de aproximadamente 60%, em 2000, para 45%, em 2007, enquanto se observa uma tendência de aumento da participação relativa dos estados e dos municípios no financiamento nesse mesmo período: os estados elevaram sua participação de 19% para 27% e os municípios de 22% para 28%.

As variações verificadas entre 2000 e 2007 nas despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo foram de 186,73%, nas quais União, estados e municípios variaram respectivamente 117,69%, 309,84% e 271,90%, confirmando as previsões que o impacto da EC n. 29/2000 seria em maior proporção nos gastos estaduais e municipais. Ao mesmo tempo, a União, apesar de ser o grande arrecadador de impostos e contribuições, reduziu significativamente sua participação proporcional nas despesas públicas em saúde.

²Segundo Barros, Piola e Vianna (1996, p. 82), em 1980, a União era responsável por 75% do gasto total com saúde, e os estados e os municípios por 17,8% e 7,2%, respectivamente.

Gráfico 1

Participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007



Fonte União: MS/SPO/CGOF/CAA – Planilhas elaboradas para a Cofin/CNS;

Fonte Estados: 2000 a 2002: Siops – NT 10/2004, 2003: Siops – NT 09/2005, 2004 a 2005: Siops – NT 08/2007, 2006: Siops – NT 21/2007, 2007: demonstrativo; http://siops.datasus.gov.br/cons_perc_apl_saude_EC29_UF.php?UF=12&Ano=2007&Periodo=2;

Fonte Municípios: Série Histórica – 2000 em diante (anual), acesso em 27 de fevereiro de 2009 (5.445 municípios). <http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>.

Os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil de 2000 a 2007, por parte do governo federal, dos estados e dos municípios, podem ser observados na Tabela 1, bem como o *per capita*. Em 2000, a União, os estados e os municípios gastaram com recursos próprios R\$ 20,35 bilhões, R\$ 6,3 bilhões e R\$ 7,37 bilhões, respectivamente, perfazendo um gasto total de R\$ 34,04 bilhões, o que corresponde a um *per capita* de R\$ 198,71/habitante/ano.

Em 2007, esses mesmos gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil totalizaram R\$ 97,59 bilhões, o que corresponde a um *per capita* de R\$ 520,08/habitante/ano e representa um incremento de 161,73% de 2000 a 2007. Nesse ano, os governos federal, estaduais e

municipais tiveram uma despesa de R\$ 44,30 bilhões, R\$ 25,88 bilhões e R\$ 27,41 bilhões, respectivamente.

Tabela 1

Despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007, em R\$ bilhões e *per capita*

Ano	União	Estados	Municípios	Total	<i>Per capita</i>
2000	20,35	6,31	7,37	34,04	198,71
2001	22,47	8,27	9,29	40,03	230,34
2002	24,74	10,31	12,02	47,07	266,97
2003	27,18	12,22	13,63	53,03	296,69
2004	32,70	16,68	16,59	65,98	364,32
2005	37,15	19,28	20,26	76,69	418,21
2006	40,75	22,42	23,67	86,84	467,96
2007	44,30	25,88	27,41	97,59	520,08

Fonte União: MS/SPO/CGOF/CAA – Planilhas elaboradas para a Cofin/CNS;

Fonte Estados: 2000 a 2002: Siops – NT 10/2004, 2003: Siops – NT 09/2005, 2004 a 2005: Siops – NT 08/2007

NT 10/2004/Siops, 2006: Siops – NT 21/2007, 2007: demonstrativo;

http://siops.datasus.gov.br/cons_perc_apl_saude_EC29_UF.php?UF=12&Ano=2007&Periodo=2;

Fonte: Municípios: Série Histórica – 2000 em diante (anual), acesso em 27 de fevereiro de 2009 (5.445 municípios),

<http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>.

Fonte População: IBGE, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008.

54

Nota-se que estados e municípios aumentaram em quatro vezes o volume de recursos financeiros se compararmos o ano de 2000 ao ano de 2007, e desde 2004 a somatória de seus recursos supera o total de recursos federais.

Quando analisam-se as despesas por esfera de governo, entre 2000 e 2007, a participação média do governo federal no gasto público com ações e serviços de saúde foi de 1,70% do PIB, com pouca flutuação ao longo do período (1,60%, em 2003, e 1,73%, em 2000, 2001, 2005 e 2007). As variações entre estados e municípios foram acentuadas: a participação estadual aumentou de 0,54% para 1,01% do PIB, enquanto, no mesmo período, os municípios elevaram sua participação de 0,62% para 1,07% do PIB.

Em 2000, o percentual do gasto total em saúde em relação ao PIB foi de 7,2%, dos quais 40% representaram o gasto público em saúde e 60% correspondeu ao gasto privado.

Em 2005, o gasto total em saúde em relação ao PIB foi de 7,9%, sendo 44,1% de gasto público e 55,9% de gasto privado.

Ao compararmos o ano 2000 com 2005, verificamos que houve um aumento da participação do gasto público em saúde em relação ao gasto total com saúde, mas ainda muito inferior quando comparado aos percentuais de países com sistemas de saúde universal.

Tabela 2

Despesas com ações e serviços públicos de saúde em % do PIB e distribuição por esfera de governo, em 2000 a 2007, e indicadores médios, mínimo e máximo

Ano	União	Estados	Municípios	Total
2000	1,73	0,54	0,62	2,89
2001	1,73	0,64	0,71	3,07
2002	1,67	0,70	0,81	3,18
2003	1,60	0,72	0,80	3,12
2004	1,68	0,86	0,85	3,40
2005	1,73	0,90	0,94	3,57
2006	1,72	0,95	1,00	3,66
2007	1,73	1,01	1,07	3,81
Média	1,70	0,79	0,85	3,34
Mínimo	1,60	0,54	0,62	2,89
Máximo	1,73	1,01	1,07	3,81

Fonte: 2000 a 2005: IBGE - Series estatísticas; 2006 - Banco Central do Brasil; 2007 a 2009 - Relatório de atualização das estimativas da receita para o Ploa 2009 (p. 25).

II. Comparações internacionais

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a economia global em saúde está crescendo mais rapidamente que o Produto Interno Bruto (PIB), aumentando sua participação de 8%

para 8,6% do PIB mundial, entre 2000 e 2005. Em termos absolutos, ajustados pela inflação, isto representa um crescimento de 35% na despesa mundial com saúde em um período de cinco anos (World Health Organization, 2008).

O gasto com saúde no Brasil, em 2005, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), representa algo em torno de 7,9% do PIB. Nesse período, o gasto total *per capita* em saúde padronizado segundo paridade de poder de compra foi de US\$PPP 755 enquanto o gasto público *per capita* foi de US\$PPP 333, muito inferiores aos países desenvolvidos e até mesmo de vários países da América Latina.

As comparações internacionais que se seguem confrontam países com as seguintes características:

- grandes áreas geográficas e integrantes do BRICs;³
- integrantes do Mercosul;
- sistemas de saúde de acesso universal.

56|

Entre os países de grande dimensão geográfica, existe grande heterogeneidade do gasto total com saúde e do gasto *per capita* (US\$PPP). Considerando o percentual do PIB, o Brasil encontra-se próximo da média, entretanto, quando se consideram apenas os chamados BRICs, é o país com o mais alto gasto com saúde como percentual do PIB e gasto *per capita*.

Brasil e Estados Unidos têm situação bastante similar quando se examina o percentual do gasto público em relação ao gasto total com saúde (Tabela 3), apesar da diferença de sistemas de saúde existentes nos dois países. O país com mais alta participação pública (67%) é a Austrália, seguido da Rússia (62%).

³ Sigla criada por uma empresa de consultoria internacional para designar quatro países considerados emergentes: Brasil, Rússia, Índia e China.

Tabela 3

Gasto total em saúde como % do PIB, participação do gasto público no gasto total em saúde e *per capita* do gasto total em saúde e gasto público segundo paridade de poder de compra (PPP int.\$) em países com grandes áreas geográficas – 2005

País	Gasto total em saúde % do PIB	% do gasto público em saúde/gasto total em saúde	Gasto total <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)	Gasto público <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)
Austrália	8,8	67,0	3.001	2.012
Brasil (*)	7,9	44,1	755	333
Canadá	9,7	70,3	3.419	2.402
China (*)	4,7	38,8	315	122
EUA	15,2	45,1	6.350	2.862
Índia (*)	5,0	19,0	100	19
Rússia (*)	5,2	62,0	561	348
Média	8,1	49,5	2.072	1.157
Mínimo	4,7	19,0	100	19
Máximo	15,2	70,3	6.350	2.862
Global	8,6	56,0	790	442

Fonte: World Health Statistics – 2008 – http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.

(*) Países integrantes do BRICs

Entre os países do Mercosul (Tabela 4), até mesmo aqueles com *status* de membros associados, a situação pode ser considerada como homogênea quando comparada com o grupo anterior. Em valores relativos (% do PIB), o Brasil (7,9%) gasta menos que Argentina (10,2%) e Uruguai (8,1%). Em valores *per capita*, perde também para esses países. O país com a mais alta participação pública é a Bolívia (61,6%), e todos os outros, com exceção do Chile (51%), tem participação menor que 46%, sendo que o percentual brasileiro só é mais alto que Paraguai, Uruguai e Argentina.

Tabela 4

Gasto total em saúde como % do PIB, participação do gasto público no gasto total em saúde e *per capita* do gasto total em saúde e gasto público segundo paridade de poder de compra (PPP int.\$) em países do Mercosul – 2005

País	Gasto total em saúde % do PIB	% do gasto público em saúde/gasto total em saúde	Gasto total <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)	Gasto público <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)
Argentina	10,2	43,9	1.529	672
Bolívia (*)	6,9	61,6	203	125
Brasil	7,9	44,1	755	333
Chile (*)	5,4	51,4	668	343
Paraguai	7,3	36,5	312	114
Uruguai	8,1	42,5	885	376
Venezuela(**)	4,7	45,3	325	147
Média	7,2	46,5	668	301
Mínimo	4,7	36,5	203	114
Máximo	10,2	61,6	1.529	672

Fonte: World Health Statistics – 2008 – http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.

(*) Países associados

(**) País pleiteia a entrada no Mercosul

Quando se examinam os sistemas de saúde de atenção universal, nota-se que apresentam gasto total em saúde relativamente alto, financiamento público superior ao privado, recursos oriundos de impostos gerais, gratuidade, gasto e cobertura privados residuais ou pouco significativos.

No Brasil, ao contrário, só as características de recursos oriundos de impostos gerais e gratuidade estão presentes no sistema. O percentual do gasto público em saúde é inferior ao privado e o valor *per capita* público é muito baixo quando comparado com países de sistemas semelhantes (Tabela 5).

Tabela 5

Gasto total em saúde como % do PIB e *per capita* segundo paridade de poder de compra (PPP int.\$), participação do gasto público no gasto total em saúde e *per capita* em países selecionados com sistemas de acesso universal – 2005

País	Gasto total em saúde % do PIB	Gasto total <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)	% do gasto público em saúde/gasto total em saúde	Gasto público <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)
Austrália	8,8	3.001	67,0	2.012
Áustria	10,2	3.485	75,7	2.639
Bélgica	9,6	3.071	71,4	2.194
Canadá	9,7	3.419	70,3	2.402
Cuba	7,6	333	90,8	302
Dinamarca	9,1	3.064	84,1	2.577
Finlândia	7,5	2.299	77,8	1.787
França	11,2	3.314	79,9	2.646
Alemanha	10,7	3.250	76,9	2.499
Islândia	9,5	3.344	82,5	2.760
Israel	7,8	2.143	66,5	1.425
Itália	8,9	2.474	76,6	1.894
Japão	8,2	2.498	82,2	2.052
Luxemburgo	7,7	5.521	90,7	5.006
Holanda	9,2	3.187	64,9	2.069
Nova Zelândia	8,9	2.223	77,4	1.720
Noruega	9,0	4.307	83,6	3.600
Portugal	10,2	2.036	72,3	1.472
Espanha	8,2	2.242	71,4	1.602
Suécia	9,2	3.012	81,7	2.460
Suíça	11,4	4.088	59,7	2.440
Reino Unido	8,2	2.597	87,1	2.261
Média	9,1	2.950	76,8	2.265
Mínimo	7,5	333	59,7	302
Máximo	11,4	5.521	90,8	5.006
Brasil	7,9	755	44,1	333
Global	8,6	790	56,0	442

Fonte: World Health Statistics – 2008 – http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.

Quando comparamos o Brasil com outros países que têm sistemas universais de saúde, nota-se claramente que o percentual em relação ao PIB e os valores gastos estão muito aquém, o que deixa evidente o subfinanciamento do SUS desde a sua criação.

III. As ações do CONASS no enfrentamento do desafio do subfinanciamento

O CONASS tem sido enfático na defesa de um financiamento adequado para o SUS e compatível com os seus princípios de universalidade e integralidade.

A regulamentação da EC n. 29 e a defesa de mais recursos no orçamento do Ministério da Saúde têm sido bandeiras de luta do CONASS junto ao Congresso Nacional nos últimos anos.

“Repolitizar” a questão da saúde e debater o financiamento do Sistema Único de Saúde com a sociedade brasileira são ações do CONASS exercidas no seu cotidiano por meio da participação nos mais diversos fóruns e de suas publicações.

60 |

Desde 2003, o tema subfinanciamento está presente nos debates promovidos pelo CONASS. O 1º Seminário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para Construção de Consensos, realizado em Aracajú-SE, no período de 10 a 12 de julho de 2003, teve como tema central “Preocupações e prioridades dos secretários estaduais quanto à organização, gestão e financiamento do SUS” e as principais conclusões do tema “Financiamento do SUS” foram:

- a) Manifestação ao Congresso Nacional sobre a necessidade da imediata regulamentação da EC n. 29 por meio de lei complementar.
- b) Reafirmação dos secretários de estado da saúde do seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da EC n. 29.
- c) Divulgação de manifesto do CONASS pela manutenção da vinculação das receitas para a saúde e pela regulamentação da EC n. 29.

- d) Construção de uma nova política de alocação de recursos federais, visando à redução das desigualdades macrorregionais e interestaduais.

No fórum Saúde e Democracia: uma Visão de Futuro para o Brasil, realizado pelo CONASS em parceria com o jornal O Globo, nos dias 13 e 14 de março de 2006, no Rio de Janeiro, do qual participaram gestores do SUS, lideranças políticas, sociedade civil e intelectuais, um dos pontos de consenso foi o problema do financiamento da saúde, com forte clamor para maior alocação de recursos financeiros na área, revelando que a questão da falta de recursos tem precedência sobre a gestão propriamente dita, rejeitando-se a ideia de que o centro do problema estaria na gestão e não nos recursos, que seriam, supostamente, suficientes.

Nesse mesmo ano, o CONASS entregou o Manifesto aos candidatos à Presidência da República, apresentando os temas que considerava prioritários para serem contemplados nos respectivos planos de governo. No caso específico do financiamento, ressaltava:

- a) O desafio do financiamento da saúde no Brasil tem de ser enfrentado em duas vertentes: aumentar o gasto em saúde, mas, ao mesmo tempo, melhorar sua qualidade.
- b) Na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio e investimento que aloque os recursos financeiros entre os estados e entre os municípios de cada estado de forma articulada com o objetivo de redução das desigualdades regionais.
- c) A luta política por mais recursos públicos para a saúde deve centrar-se, em curto prazo, na regulamentação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional n. 29, para que se possa construir um sistema público universal de qualidade.

Desde 2004, o CONASS busca sensibilizar o Congresso Nacional para recompor o orçamento federal, alertando sobre os problemas decorrentes do subfinanciamento. Assim é que, como subsídio ao diálogo com o Congresso Nacional, o CONASS tem apresentado

sistematicamente, a partir da análise do Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa), um conjunto de propostas para a recomposição de valores orçamentários referentes a ações prioritárias que se encontram aquém das necessidades da população brasileira.

Na agenda de prioridades do CONASS, consta como fundamental a atuação de seus membros em defesa da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29/2000, visando garantir maior aporte de recursos para a saúde e financiamento mais estável para o Sistema. Para manter esse tema na pauta política, o CONASS tem mantido permanente articulação com o Congresso Nacional, com o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e outras instituições ligadas à área da saúde por meio de agendas comuns e de mobilização junto à mídia nacional.

IV. A regulamentação da EC n. 29/2000

62

Os projetos que atualmente tramitam no Congresso Nacional, visando à regulamentação da EC n. 29, estabelecem as regras para a participação mínima anual das três esferas de governo no financiamento do SUS e definem o que são e o que não podem ser considerados como ações e serviços públicos de saúde.

O **Projeto de Lei Complementar n. 1/2003**, de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT/SP) aprovado na Câmara dos Deputados em 2007, encontra-se atualmente no Senado Federal (Projeto de Lei da Câmara (PLC) n. 89 de 2007 – Complementar) para tramitação conjunta com o **Projeto de Lei Complementar do Senado (PLS) n. 156/2007**⁴ de autoria do senador Marconi Perillo (PSDB-GO). Por esse projeto a

⁴ O PLS n. 156/2007 define que a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, conforme definidos nesta Lei Complementar, o montante mínimo correspondente a 18% de sua receita corrente líquida, calculada nos termos do art. 2º da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000.

União passaria a destinar anualmente em ações e serviços públicos de saúde o montante equivalente ao empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB, adicionado nos exercícios de 2008 a 2011 de percentuais da receita da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Os percentuais da receita da CPMF adicionados, de forma não-cumulativa e não-incorporável ao valor mínimo do exercício seguinte, seriam: 2008 – 10,1788%; 2009 – 11,619%; 2010 – 12,707%; e 2011 – 17,372%. Registre-se que a não aprovação da continuidade da CPMF em 2008 fez que essa receita não fizesse mais parte da previsão orçamentária do governo federal.

Para fins comparativos, se o PLP n. 01/2003 fosse aprovado pelo Congresso Nacional, o orçamento do Ministério da Saúde passaria a ser de R\$ 59,94 bilhões, isto é, R\$ 5,11 bilhões a mais do que está alocado na Lei Orçamentária Anual 2009, ou R\$ 4,08 bilhões se considerada a DRU (Tabela 6).

Tabela 6

Estimativa de recursos federais para a saúde aplicando a metodologia atual acrescida da definida no PLP 01/2003, que adiciona nos exercícios de 2008 a 2011 percentuais da receita da CPMF, de forma não-cumulativa e não-incorporável ao valor mínimo do exercício seguinte (em R\$ bilhões)

Ano	VNP	% da CPMF* sem DRU	Total sem DRU	% da CPMF* com DRU	Total com DRU
2008	48,67	4,00	52,67	3,20	51,87
2009	54,84	5,11	59,94	4,08	58,92
2010	60,03	6,11	66,14	4,89	64,92
2011	65,71	9,15	74,86	7,32	73,03
Total	229,25	24,37	253,62	19,49	248,74

Fonte: (a) PIB: 2006 – Banco Central do Brasil; 2007a 2009 – Relatório de atualização das estimativas da receita para o Ploa 2009 (p. 25).

Obs: (a) Exercício de 2010 e 2011 – Variação nominal do PIB de 9,47%.

(*) Percentuais da receita da CPMF adicionados: 2008 – 10,1788%, 2009 – 11,619%, 2010 – 12,707% e 2011 – 17,372%.

O **Projeto de Lei Complementar do Senado n. 121/2007** de autoria do senador Tião Viana (PT-AC) foi aprovado por unanimidade no Senado Federal, definindo que o montante mínimo a ser aplicado pela União, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde será, no mínimo, 10% de sua receita corrente bruta excluídas as restituições tributárias, sendo que essa alocação seria progressiva: 8,5%, em 2008; 9,0%, em 2009; 9,5%, em 2010; e 10%, a partir de 2011.

Com base no PLS n. 121/2007 – Complementar, o orçamento do MS passaria a ser de R\$ 75,95 bilhões, isto é, R\$ 21,12 bilhões a mais do que está alocado na Lei Orçamentária Anual 2009 (Tabela 7).

Tabela 7

Estimativa de Recursos Federais para a Saúde aplicando a metodologia atual e a definida no PLS 121/2007 – Complementar (em R\$ bilhões)

Ano	Metodologia Atual – Variação Nominal do PIB (a)	Recursos Definidos pelo PLS 121/2007 (*) (b)	Diferença (a) - (b)
2008	48,67	64,15	-15,48
2009	54,84	75,95	-21,12
2010	60,03	87,76	-27,74
2011	65,71	101,13	-35,42

Fonte: (a) PIB: 2006 – Banco Central do Brasil; 2007 a 2009 – Relatório de atualização das estimativas da receita para o Ploa 2009 (p. 25); (b) RCB: 2008 – Relatório resumido da execução orçamentária do governo federal – DOU de 30/1/2009, Seção I, p. 67; 2009 – Lei nº 11.897, de 30 de dezembro de 2008.

Obs: (a) Exercício de 2010 e 2011 – Variação nominal do PIB de 9,47%; (b) RCB de 2010 e 2011 – Estimativa de crescimento de 9,47% – 2008 a 2011 não estão excluídas as restituições tributárias.

(*) 2008 – 8,5% da RCB; 2009 – 9,0% da RCB; 2010 – 9,5% da RCB; 2011 – 10,0% da RCB.

Esse projeto ao ser enviado a Câmara dos Deputados, foi objeto de um substitutivo, recebendo nova denominação e número – **Projeto de Lei Complementar – PLP 306/2008**, faltando até a conclusão desse livro, a apreciação pelo Plenário da Câmara de um **destaque para votação em separado** para que o mesmo retorne ao Senado Federal.

Se aprovado o PLP n. 306/2008, a União aplicará anualmente em saúde, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual, e do montante total correspondente ao produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde (**CSS**), criada por esse PL, calculada sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, com alíquota de um décimo por cento, não aplicado a DRU.

Tomando-se como referência o valor do executado pelo Ministério da Saúde em 2008 com ações e serviços públicos de saúde, R\$ 48,67 bilhões, acrescido de R\$ 6,00 bilhões que foi o montante acordado quando da negociação do PLP n. 306/2008, o orçamento do Ministério da Saúde para 2008 passaria a ser de R\$ 54,84 bilhões. Esse valor seria a base para aplicar a variação percentual do PIB (12,67%), o que daria um valor de R\$ 61,60 bilhões, que acrescido do montante total correspondente ao produto da arrecadação prevista da CSS resultaria em um orçamento do Ministério da Saúde para 2009 de R\$ 73,16 bilhões, isto é, R\$ 18,32 bilhões a mais que o alocado pela metodologia atual.

Na Tabela 8, se observa os valores projetados dos recursos definidos para o Ministério da Saúde no PLP n. 306/2008 até 2011 comparado com o orçamento calculado pela Variação Nominal do PIB.

Tabela 8

Estimativa de Recursos Federais para a Saúde aplicando a metodologia atual e a definida no PLP 306/2008, que cria a Contribuição Social para a Saúde (CSS) calculada sobre a movimentação ou a transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, com alíquota de um décimo por cento, não aplicado a DRU (em R\$ bilhões)

Ano	Metodologia Atual Variação Nominal do PIB (a)	Recursos definidos pelo PLS 306/2007 (*) (b)			Diferença (a) - (d)
		Variação Nominal do PIB (*) (b)	Receita da CSS com alíquota de 0,1 sem DRU (c)	Total (d)	
2008	48,67	54,67	-	54,67	-6,00
2009	54,84	61,60	11,56	73,16	-18,32
2010	60,03	67,43	12,66	80,09	-20,06
2011	65,71	73,82	13,86	87,67	-21,96

Fonte: (a) e (b) PIB: 2006 – Banco Central do Brasil; 2007a 2009 – Relatório de atualização das estimativas da receita para o Ploa 2009 (p. 25);

Obs: (a) e (b) Exercício de 2010 e 2011 – Variação nominal do PIB de 9,47%; (c) CSS: 2009 – Estimativa de crescimento de 11,82%; 2010 e 2011 – Estimativa de crescimento de 9,47%.

(*) Incorporando R\$ 6,00 bilhões ao orçamento do MS de 2008.

Quanto à participação dos estados e dos municípios no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, permanecem os percentuais mínimos, de 12% e 15%, respectivamente, da arrecadação de impostos estabelecida, e do DF o montante deverá corresponder, pelo menos, ao somatório dos percentuais mínimos de vinculação estabelecidos para os estados e para os municípios calculados separadamente.

O Projeto de Lei Complementar do Senado n. 121/2007 e o Projeto de Lei Complementar (PLP) n. 306/2008 concedem quatro anos para estados e municípios, que na data de início da vigência da lei não apliquem o percentual determinado, a possibilidade de elevá-lo, gradualmente, à razão de, pelo menos, um quarto por ano, de forma que atinjam o mínimo exigido no exercício financeiro de 2011.

O Projeto de Lei Complementar (PLP) n. 306/2008 define também deduzir da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, da CF, as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios, ficando excluída da base de cálculo a distribuição de recursos definidos, para compor o Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), que vigorará pelo prazo de cinco exercícios financeiros, contados da data da entrada em vigor da lei complementar. A dedução proposta acarretará em redução de recursos à área da saúde ao influenciar a base de cálculo das receitas sujeitas à EC n. 29.

V. Considerações finais

O desafio do financiamento da saúde no Brasil pode ser analisado em vários aspectos. O mais comum é o da insuficiência dos recursos financeiros para se construir um sistema público universal. É verdade que se gasta pouco em saúde no país, especialmente no que concerne ao gasto público, no entanto é importante criar uma consciência interna no SUS de que se deverá melhorar também a qualidade do gasto.

Portanto, o desafio do financiamento na saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes: da quantidade e da qualidade do gasto.

A qualidade dos gastos está diretamente relacionada à melhoria da capacidade e da eficiência da gestão. Quanto a quantidade dos gastos, apesar dos preceitos constitucionais, os recursos financeiros destinados para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal.

Pelos números apresentados neste capítulo, pode-se observar que o Brasil tem um gasto sanitário e um gasto público em saúde baixo. Com esse volume e essa composição de gastos, não se poderá implantar um sistema público universal.

As possibilidades de aumentar os recursos públicos em saúde passam pela “repolitização” da saúde pública no país. É preciso voltar a discutir o SUS fora de seus muros. Reapresentá-lo, de forma organizada, ao conjunto da sociedade brasileira, abertamente, com suas qualidades e com seus defeitos, com seus limites e com suas possibilidades. Isso implicará articular um movimento deliberado e proativo de mobilização social em defesa do SUS.

O Pacto pela Saúde, no seu componente do Pacto em Defesa do SUS, tem esse objetivo. Sem um convencimento da sociedade brasileira de que o SUS vale a pena e de que necessita de mais dinheiro, não haverá recursos suficientes para financiá-lo.

A luta política por mais recursos públicos para a saúde deve centrar-se, em curto prazo, na regulamentação da EC n. 29, em tramitação no Congresso Nacional e que pretende corrigir distorções na vinculação dos recursos da União e esclarecer o que são ações e serviços de saúde.

68

A regulamentação da EC n. 29 só será aprovada se houver amplo movimento de mobilização social em defesa do SUS que envolva a sociedade brasileira e sensibilize o Congresso Nacional.

Referências bibliográficas

1. BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectiva. **Texto para Discussão**, n. 401, Brasília: Ipea, 1996. 141 p.
2. BRASIL. **Lei n. 8.211**, de 22 de julho de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8211.htm>.
3. _____. **Constituição da República Federativa do Brasil** (texto consolidado até a Emenda Constitucional n. 56, de 20 de dezembro de 2007). Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>.

4. _____. **Lei n. 11.897**, de 30 de dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=50&sub=213&sec=8>>.
5. _____. **Projeto de Lei Complementar n. 1/2003**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>>.
6. _____. **Projeto de Lei Complementar n. 306/2003**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>>.
7. _____. **Projeto de Lei Complementar n. 121/2007**. Disponível em: <<http://www2.senado.gov.br/sf/atividade/default.asp>>.
8. _____. **Projeto de Lei Complementar n. 156/2007**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/atividade/default.asp>>.
9. _____. **Projeto de Emenda Constitucional n. 233/2008**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>>.
10. _____. **Relatório de atualização das estimativas da receita para o PLOA 2009**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/or2009/par_cmo/vol5/03_Reestimativa.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2009, p. 25.
11. _____. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Planilhas elaboradas para a Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) do Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Brasília, [s.d.]
12. _____. _____. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Notas Técnicas. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/ec29uf.php?escuf=5>>.
13. _____. _____. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Municípios: série histórica – 2000 em diante (anual). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>>.
14. _____. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Projeção da popu-**

lação do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – revisão 2008. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm>.

15. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 165 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf>.

16. _____. Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil. **CONASS DOCUMENTA 12**. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta_12.pdf>.

17. _____. CONASS apresenta aos presidentiáveis 14 propostas prioritárias para o SUS. **Consensus**, n. 24, p. 4-10, set. 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Consensus%2024.pdf>>.

18. _____. Para entender a gestão do SUS. **O financiamento da saúde**, Brasília: CONASS, 2007, p. 19-20, 160 p. Coleção Progestores.

19. _____. **Consensus**, n. 1-37. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Consensus%2024.pdf>>.

20. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO – OMS). **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf>.

O planejamento no SUS



I. Introdução

A Constituição Federal de 1988 definiu as responsabilidades dos gestores em relação às ações e aos serviços de saúde ao inscrever nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade de acesso, a integralidade da atenção e a descentralização com direção única em cada esfera de governo. Para levar adiante esse desafio era imprescindível a adoção de estratégias capazes de promover um processo de gestão eficiente, com o desenvolvimento de uma atividade de planejamento que imprimisse a lógica da racionalidade organizacional, do acompanhamento e da avaliação, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

Ao longo dos anos de implantação do SUS, essa atividade de planejamento que deveria ser integrada entre os gestores, ascendente, do nível local até o federal, foi pouco realizada da forma como previam as normas, apesar de os gestores, na sua esfera de gestão, terem elaborado individualmente seus instrumentos de planejamento.

Há um esforço dos gestores do SUS em planejar, monitorar e avaliar as ações e os serviços de saúde e tais esforços têm contribuído para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de sua criação.

É importante reconhecer, entretanto, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, capaz de favorecer a aplicação de toda

a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.¹

Com a implantação do Pacto pela Saúde, criou-se um ambiente favorável para a efetivação do processo de planejamento como um importante mecanismo para a eficiência da gestão descentralizada, a funcionalidade das pactuações e o emprego estratégico dos recursos disponíveis.

II. A Lei Orgânica e regulamentações

A legislação do SUS dispõe sobre o planejamento e seus instrumentos, nas três esferas de gestão, tanto nas questões que tratam do processo de formulação como nos critérios e nos requisitos para a transferência de recursos e ações de controle e auditoria.

74 | A Lei n. 8.080/1990 tratou da questão do planejamento no SUS nos arts. 7º, 15, 16, 36 e 37.

O inciso VII do art. 7º eleva à condição de princípio do SUS a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

O inciso VIII do art. 15 estabelece a competência comum das três esferas de governo, impõe-lhes o dever de elaborar e atualizar, periodicamente, o plano de saúde; o inciso X, o dever de elaborar a proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o plano de saúde; e o inciso XVIII, de promover a articulação das políticas de saúde e dos planos de saúde.

O inciso XVIII do art. 16 atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, os municípios e o Distrito Federal.

¹Ministério da Saúde, Série Cadernos de Planejamento, volume 6.

A referida lei dedica o seu capítulo III ao planejamento e ao orçamento. No artigo 36 deste capítulo, é estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS, que será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. O cumprimento dessa orientação legal é um desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e as necessidades próprias de cada município, estado e região do país.

Nos parágrafos 1º e 2º do art. 36, são definidos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações deles resultantes. O primeiro parágrafo estabelece que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”. O segundo, por sua vez, veta a “transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde”, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. No art. 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, “em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”.²

Já a Lei n. 8.142/1990, no seu art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, define que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com Plano de Saúde e Relatório de Gestão que permitam o controle de que trata o parágrafo 4º do art. 33 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:

²Ministério da Saúde, Série Cadernos de Planejamento, volume 6.

O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Da mesma forma, o Decreto n. 1.651/1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, também define que a análise de planos, programações e relatórios de gestão, entre outros, permitirá o cumprimento das atividades de avaliação, controle e auditoria (art. 3º). No art. 6º, destaca o relatório de gestão como meio de comprovação, para o Ministério da Saúde, da aplicação de recursos transferidos aos estados e aos municípios e estabelece também os componentes deste documento. Destaca-se também o art. 9º desse Decreto que determina:

76|

A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

III. O Pacto pela Saúde

No início de 2006, o Ministério da Saúde editou as Portarias GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro, e n. 699, de 30 de março subsequente: a primeira “divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto” e a outra “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão”.

O Pacto pela Saúde, conforme definido na Portaria GM/MS n. 399/2006, envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, as diretrizes compreendem a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde. O planejamento, como competência dos três gestores do SUS, bem como os processos para a elaboração dos seus instrumentos, está descrito no Anexo II da referida portaria, em diferentes situações, como um instrumento essencial da gestão.

É importante ressaltar a inter-relação existente entre o processo de planejamento e o processo de adesão e implementação do Pacto pela Saúde. Tal interface é especialmente relevante ao considerarem-se os instrumentos que conferem visibilidade aos seus respectivos processos. Como processo, a adesão ao Pacto pela Saúde se traduz na elaboração e na pactuação do Termo de Compromisso da Gestão (TCG) respectivo. As medidas necessárias à execução e ao cumprimento dos compromissos firmados no TCG devem, por conseguinte, estar contempladas no Plano de Saúde (PS), desdobradas na correspondente Programação Anual de Saúde (PAS) e avaliadas no consequente Relatório Anual de Gestão (RG).

77

Planejamento como diretriz do Pacto de Gestão

O planejamento no SUS está enunciado como diretriz do Pacto de Gestão, no item 4 do Anexo II da Portaria GM/MS n. 399/2006, com ênfase na organização de um sistema de planejamento baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e a avaliação.

Neste sistema, o processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as

três esferas de gestão. Pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locorregionais.

Nesse ponto, cabe ressaltar uma questão fundamental para o SUS, que é mencionada no Pacto: o reconhecimento das diversidades existentes nas três esferas de governo, que deve ser considerado no processo de planejamento. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e a qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e dos serviços prestados à população brasileira.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento do SUS buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais de planejamento, monitoramento e avaliação, bem como promoverá a participação da comunidade e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde.

Nesse contexto de organização do sistema de planejamento que considera um processo a ser desenvolvido entre as três esferas de gestão, sem hierarquização, mas privilegiando procedimentos que permitam o seu funcionamento harmônico, estão expressos os seguintes objetivos:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão.
- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa.

- Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS.
- Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de gestão e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores.
- Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três Entes Federados, que permita amplo compartilhamento de informações e experiências.
- Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS.
- Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento.
- Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS.
- Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos.
- Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.
- Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, a fim de fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

É importante destacar que nestes objetivos estão contidas propostas de ações inovadoras nesta área, tais como a pactuação tripartite de

diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a visão do planejamento como uma ferramenta para apoiar a avaliação da situação de saúde da população, para prover informações que qualifiquem o funcionamento do SUS e para subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores.

Configuram-se, no Pacto de Gestão, considerando a conceituação, a caracterização e os objetivos preconizados, cinco pontos essenciais de pactuação no planejamento:

- Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS.
- Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo.
- Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS.
- Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como: planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes.
- Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

O Planejamento na regionalização

Na regionalização, como diretriz e eixo estruturante do Pacto de Gestão, o planejamento tem destaque importante, pois os instrumentos do planejamento regional, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), nortearão a programação e a

alocação de recursos financeiros, a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde e os recursos de investimentos necessários no processo de planejamento regional e estadual.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada (PPI).

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção primária e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

No contexto da regionalização, foi criado com a edição do Pacto pela Saúde um importante mecanismo de gestão regional, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, formado por todos os gestores municipais de saúde da região e por representantes do gestor estadual.

É neste espaço de pactuação que será instituído o processo de planejamento regional para definir as prioridades, as responsabilidades

de cada Ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local. Deve considerar, ainda, esse planejamento regional, os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso, e quando a suficiência em atenção primária e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário.

Cabe ao gestor estadual como coordenador da regionalização no estado o papel de coordenação desse processo de planejamento regional, de forma articulada, cooperativa, integrada e participativa com os CGR.

82 | O planejamento regional deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e as responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado.

Estão estabelecidos na Portaria GM/MS n. 399/2006, os compromissos de cada esfera no que concerne ao planejamento. No item três do capítulo relativo à responsabilidade sanitária, destacam-se como responsabilidades comuns aos Entes Federados: 1) formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente; 2) formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; e 3) elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.

A Portaria GM/MS n. 699/2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, no que se refere ao planejamento estabelece que o relatório de indicadores de monitoramento será gerado por um sistema informatizado, e que os Termos de Compromisso da Gestão Federal, Estadual e Municipal devem ser elaborados em sintonia com os respectivos Planos de Saúde.

IV. Os instrumentos básicos do planejamento do SUS

Em dezembro de 2006, o sistema de planejamento do SUS foi regulamentado por meio das Portarias GM/MS n. 3.085 e 3.332: a primeira estabelece como instrumentos básicos desse sistema o Plano de Saúde, e a respectiva Programação Anual em Saúde, e o Relatório de Gestão; e a outra aprova orientações gerais relativas a estes.

Conforme estas normas, o Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e dos serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS, e o Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Estes instrumentos deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e as peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação

e a gestão do sistema de saúde. O Plano deve, portanto, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, a fim de garantir a integralidade.

No Plano, devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e ao cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão. A sua elaboração compreende dois momentos: da análise situacional; e da definição de objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

A análise situacional e a formulação de objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:

- I. condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e as responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- II. determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e
- III. gestão em saúde.

84

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

A Programação Anual de Saúde deve conter:

- I. a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II. o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
- III. a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e
- IV. a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

A Programação Anual de Saúde deve reunir, de forma sistematizada e agregada, as demais programações existentes em cada esfera de gestão, e o seu horizonte temporal coincide com o período definido para o exercício orçamentário tendo como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

Em termos de estrutura, o Relatório deve conter:

- I. o resultado da apuração dos indicadores;
- II. a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e
- III. as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

Além de servir às ações de auditoria e de controle, o Relatório Anual de Gestão deve ser o instrumento básico para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência, com o objetivo de subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação deve envolver também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.

Para viabilizar a implantação do sistema de planejamento, foi instituído pelo Ministério da Saúde incentivo financeiro a ser transferido de forma automática aos fundos de saúde, em parcela única, com recursos oriundos do componente de Qualificação da Gestão no Bloco de Gestão do SUS. A transferência dos recursos estava condicionada à elaboração de um programa de trabalho pelos estados ou pelos municípios, devidamente pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em 2007, os gestores elaboraram os programas de trabalho e os recursos previstos na Portaria n. GM/MS 376/2007 foram transferidos para a realização de oficinas de capacitação de técnicos, publicações e consultoria aos municípios. Apesar dessas iniciativas e da transferência de recursos federais para a área de planejamento, os gestores estaduais e municipais demonstraram muitas dúvidas sobre o processo de planejamento.

86| O CONASS e o Conasems reunidos no GT de Planejamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) defenderam a necessidade de estimular a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, com ênfase na regionalização, de forma que refletissem a realidade do Pacto, evitando processos meramente burocráticos, bem como realizar reuniões nacionais com os estados e os municípios para a divulgação de uma nova prática de planejamento no SUS.

Em dezembro de 2008, foi publicada a Portaria GM/MS n. 3.176, aprovando orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

Com o objetivo de constituir referencial para os gestores na elaboração dos instrumentos para o aprimoramento dos processos de planejamento, foi feito um documento com orientações gerais acerca da estrutura e do conteúdo do Relatório Anual de Saúde (RAG) e da Programação Anual de Saúde (PAS), com base na portaria publicada.

V. Índice de Valorização da Gestão

Os grandes avanços no desenvolvimento do SUS nos últimos anos, que incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na atenção de maior complexidade, bem como o desenvolvimento da descentralização do sistema, ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e estratégias de enfrentamento.

As dificuldades de financiamento da rede de serviços de saúde, especialmente da média e alta complexidades agravadas pelo encarceramento progressivo da assistência à saúde, a fragmentação dos serviços, o aumento crescente das doenças crônico-degenerativas, a necessidade de fortalecer cada vez mais a atenção primária como ator central e desenvolver estratégias para governança e gestão efetiva das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tornam imprescindíveis: o desenvolvimento de mecanismos de planejamento, a definição mais clara dos papéis dos gestores e de instrumentos para a pactuação, o acompanhamento e o aperfeiçoamento do desenho organizacional do SUS, a busca de racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde.

O CONASS tem apresentado propostas na discussão desse tema que convergem para a adoção de mecanismos de planejamento, controle e avaliação como parte do componente gerencial da cooperação entre estados e municípios, viabilizando um sistema de planejamento mais racional e participativo e com maior visão da singularidade de cada sistema estadual.

Tem sido tarefa permanente a ênfase na conexão entre as necessidades de saúde da população e as ações de planejamento e programação que devem ser realizadas pelos gestores do SUS. Essas ações permitirão que seja viabilizada a ampliação do acesso e a redução das desigualdades em saúde, bem como a atuação dos gestores na promoção da saúde e do autocuidado.

Na prática, os instrumentos de planejamento devem permitir à sociedade avaliar se a gestão do SUS, na respectiva esfera, está capacitada não apenas a produzir serviços, mas a melhorar as condições de saúde da população, interferindo nos indicadores de saúde e causando impacto na incidência e na prevalência das doenças e nas condições de vida.

Na avaliação da implantação do Pacto pela Saúde realizada em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde, o CONASS e o Conasems discutiram a proposta de criação de um incentivo financeiro federal de valorização da gestão (IVG), que utilize uma metodologia que contemple processo, aí compreendidas a construção e a pactuação dos Termos de Compromisso de Gestão, e resultados com o cumprimento das metas estabelecidas no Pacto pela Vida e de Gestão.

Com a implantação dessa proposta, estará sendo posto em prática o conceito de **gestão por resultados**, previsto no Pacto pela Saúde, que valorizará a eficiência na gestão do SUS e os seus instrumentos de planejamento.

88

VI. Considerações finais

O SUS, com sua composição de gestão tripartite, é um campo permanente de conflitos, negociações e pactuações, e a prática na sua implementação tem apontado para a integração necessária da esfera da política, do planejamento e da operacionalização desse sistema.

A tomada de decisões é responsabilidade do gestor, de quem governa, e quem governa e tem a capacidade de decidir deve planejar permanentemente (MATUS, 1985).

Os desafios para os gestores são muitos, mas no que se refere aos processos contínuos de planejamento é importante destacar o seu caráter técnico-político, articulado aos princípios da universalidade, integralidade e equidade na definição de ações e serviços e à diretriz da direção única em cada esfera de governo.

Dessa forma, o sistema de planejamento deve funcionar na perspectiva de os gestores planejarem para: formulação de políticas nacionais, estaduais e municipais; melhor capacidade de articulação entre planejamento, programação e execução; implantação de um sistema de monitoramento e avaliação; aperfeiçoamento constante dos instrumentos de planejamento nas três esferas; maior integração entre os três gestores e com outros órgãos e entidades; e manutenção de uma agenda contínua de implantação do Pacto pela Saúde.

O estabelecimento de processo permanente de planejamento no SUS, especialmente no Pacto pela Saúde, poderá garantir grande visibilidade aos compromissos sanitários assumidos pelos gestores na sua implementação, favorecendo não apenas a sua operacionalização em ações de saúde como definindo fluxos de acompanhamento e monitoramento pela sociedade.

Referências bibliográficas

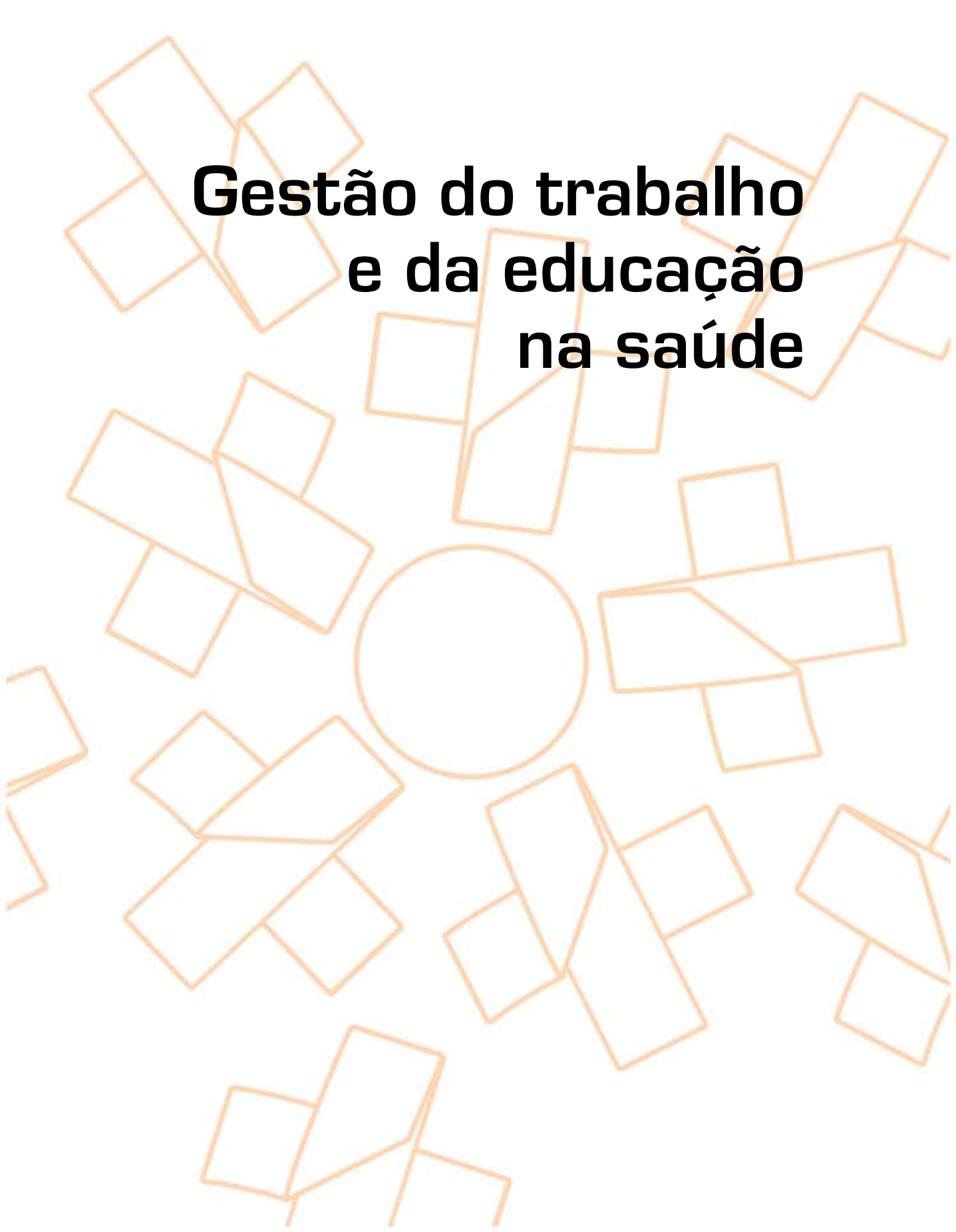
89

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde.
2. _____. _____. **Portaria/GM n. 3.085**, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.
3. _____. _____. **Portaria/GM n. 3.332**, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
4. _____. _____. **Portaria/GM n. 376**, de 16 de fevereiro de 2007. Institui o incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.
5. _____. _____. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Cadernos de Planejamento**, v. 6 (Orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento), Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. Brasília, 2008.

6. _____. _____. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Relatório do Seminário de Avaliação do Pacto pela Saúde**. Brasília, 2008.

7. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Orientações gerais para o fluxo do Relatório de Gestão**. Nota Técnica n. 4/2007. Brasília, 2007.

8. _____. **Orientações gerais para a implantação do Sistema de Planejamento do SUS**. Nota Técnica n. 10/2007. Brasília, 2007.

The background features a pattern of orange-outlined geometric shapes, including various rectangles and a central circle, scattered across a white background. The shapes are of different sizes and orientations, creating a dynamic and abstract visual field.

Gestão do trabalho e da educação na saúde

I. Introdução

Este capítulo pretende abordar de forma sintética o movimento de reforma sanitária e a política de recursos humanos, as diferentes realidades e as etapas pós-Constituição de 1988 e o papel estratégico do CONASS como protagonista dessa história.

No Brasil e no mundo, a expressão “gestão de recursos humanos” consagrada na literatura de administração clássica recebeu forte carga do modelo taylorista/fordista de gestão, em que, de forma funcional, “recursos humanos” é tido como um dos componentes “recursos” da cadeia produtiva, assim como os recursos materiais e econômico-financeiros, lógica na qual a organização do trabalho tem como característica o predomínio do trabalho prescrito com pouca autonomia por parte dos trabalhadores.

Observa-se que

as abordagens conceituais do termo recursos humanos sofrem uma evolução sendo (re)significadas a partir de sua definição clássica, absorvendo o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego e desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho – da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como ser social e a sociedade.¹

¹ PIERANTONI *et al.*, 2006.

II. O movimento de reforma sanitária e a política de recursos humanos

Os anos 1970 e o início dos 1980 foram caracterizados por forte crise econômica com suas repercussões nas políticas públicas. No setor saúde, o modelo de organização do sistema, na lógica flexineriana com priorização da medicina curativa centrada no hospital e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, longe de atender às necessidades da população brasileira, destacava o caráter excludente de nossa cidadania, apartando do acesso aos recursos e aos serviços de saúde a maioria da população, principalmente, aqueles estratos de mais baixa renda e de regiões de mais difícil acesso.

Os empregos em saúde, àquela época, até mesmo na crise econômica dos anos 1980, foram marcados por forte e constante expansão: entre 1977 e 1984, os empregos em saúde nas redes hospitalares e ambulatoriais cresceram a uma taxa de 7,9% ao ano. Entretanto, essa expansão não foi acompanhada de aumento significativo nos gastos com remuneração do trabalho, mas, ao contrário, pode-se observar o rebaixamento de salários com consequências para os profissionais de nível superior na multiplicidade de vínculos e para os de nível médio e elementar o congelamento relativo dos salários.

Além dessa constante expansão, são características e tendências dos recursos humanos associadas ao padrão de organização do setor saúde no Brasil,² à época: a destacada incorporação de trabalhadores de nível médio e elementar, em especial os atendentes; a larga expansão do aparelho formador de nível superior, no segmento privado: entre 1970 e 1980, o número de formados em medicina passou de 45.113 para 101.793 e grande parte do corpo médico formado no período teve como referência a medicina especializada, tecnicizada, privatizante, distante do quadro social de saúde no Brasil; a construção da assistência médica

² MÉDICI, 1986; MACHADO, 1986.

privada nas figuras do médico e do atendente (mão de obra sem especialização e com níveis salariais mais baixos); a multiplicidade de empregos, especialmente para o profissional médico, combinando empregos em estabelecimentos públicos e privados com a medicina liberal; a sobre oferta de médicos nos grandes centros em contraposição à carência absoluta em pelo menos 10% dos 4.100 municípios brasileiros, então existentes; o aumento da participação feminina no emprego setorial: a força de trabalho feminina passa de 41% para 63% do total do setor em uma década;³ o aumento de empregos no setor privado, em decorrência da política assistencial implementada no período; e o prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior em decorrência dos múltiplos vínculos e da baixa remuneração.

No fim dos anos 1970, tem início a implementação de políticas de emprego e recursos humanos em saúde focadas na formação e na qualificação de trabalhadores de nível técnico e auxiliar sem qualificação superior, para atender às necessidades da rede ambulatorial e não somente aos hospitais, e observa-se o aumento de trabalhos interministeriais destinados a estudar a questão da formação dos recursos humanos em saúde no Brasil, com foco central no âmbito da formação/preparação de trabalhadores, sua distribuição territorial e a integração ensino/serviço, e já se fazia menção à necessidade de institucionalização de Programas de Educação Permanente para todos os níveis de trabalhadores.⁴

Em 1982, o 2º Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde revelava que o desenvolvimento de recursos humanos por si só “não desenvolve uma relação causa e efeito quanto à qualidade dos serviços prestados” e “entende por desenvolvimento de recursos humanos para a saúde o processo dinâmico, integrado a

³ MACHADO, 2006.

⁴ CONASS, Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde, 1981.

política nacional de saúde, que visa ao aprimoramento técnico, ao crescimento pessoal e à evolução funcional dos trabalhadores no setor”.⁵

É importante considerar que no Brasil dos anos 1980, em decorrência da crise econômica, inicia-se um processo de desregulação do mercado de trabalho, marcado, nessa primeira etapa, por um movimento contraditório: de um lado, uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação motivada pela regulamentação desse mesmo mercado, por meio da Constituição de 1988.⁶

Do ponto de vista dos empregos públicos em saúde, chegamos ao cenário da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com uma distribuição dos empregos nos estabelecimentos públicos na qual a esfera federal concentrava 42,7%; o estadual, 39,4%; e o municipal, 17,9%; e as prioridades definidas para a área de recursos humanos nessa Conferência orientaram a 1ª Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos (CNRHS/1986), que espelhou uma realidade em que o peso dos movimentos corporativos do setor fez-se presente e discutiu três principais núcleos temáticos:

a) A valorização do profissional discutida sob a perspectiva da inserção dos trabalhadores nas instituições de saúde, das carreiras profissionais, da formação das equipes de saúde e do desafio da nova gerência de serviços.

b) A preparação de recursos humanos, enfocada sob a ótica da formação e aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar, ensino de graduação e pós-graduação, educação continuada e integração docente-assistencial.

c) O compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde, tema que permeou todos os debates, na busca da dignidade

⁵ MÉDICI *et al.*, 1992.

⁶ COLEÇÃO PROGESTORES – Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, 2007.

profissional, de um redimensionamento das relações entre profissionais e usuários de serviços, rompendo a cadeia de fatos que originam o grau de descompromisso, precariedade e ineficiência que hoje caracterizam os serviços públicos de saúde e a administração pública em geral (BRASIL-CIPLAN, 1987).

III. As diferentes realidades e etapas pós-Constituição de 1988

Conforme destaca Machado (2006), as décadas de 1980 e 1990 foram caracterizadas, no setor saúde, por inovações e transformações.

As teses e as discussões da 8ª CNS foram incorporadas, quase que em sua totalidade, na Constituição de 1988 e a regulamentação dos artigos constitucionais referentes à saúde (arts. 196 ao 200) por meio das Leis Complementares n. 8.080/1990 e 8.142/1990 instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) e representaram a incorporação ao sistema de uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, na qual as diretrizes da universalidade de acesso, da integralidade, da equidade, da participação da comunidade e da descentralização passam a presidir as ações e as decisões.

Em relação aos empregos públicos são identificados três movimentos.⁷ O primeiro caracterizado pela expansão do setor saúde: no fim da década de 1970, o país contava com 13.133 estabelecimentos de saúde, passando para 18.489, em 1980, e para 67.612, em 2002, com a incorporação de mais de 2 milhões de empregos. O segundo movimento foi o de redução da rede hospitalar, ou seja, a desospitalização do sistema. O terceiro movimento, segundo a autora, diz respeito à expansão de empregos de saúde na esfera municipal, com a inversão definitiva da vocação histórica da assistência no país: em 1984, cerca

⁷ MACHADO, 2006.

de 40% dos empregos públicos estavam na esfera federal, 39% na estadual e 18% na municipal; em 1992, menos de dez anos depois, a distribuição de empregos públicos havia se alterado com apenas 15,5% de empregos federais, 42,9% estaduais e 41,7% municipais.

Em 2002, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o setor público de saúde passa a ser o maior empregador do Sistema de Saúde com 54,7% dos empregos, sendo que, dos mais de 2 milhões de empregos os municípios passam a responder por 66,3% do total, os estados por 25,6% e a esfera federal por 8,1%. O número de municípios que em 1988 era de 4.180 passa em 2004 para 5.562, e deste total, mais de 90% com população de até 50 mil habitantes.

Além disso, a estrutura de gestão de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais, mais ou menos semelhantes aos departamentos de pessoal, herança da forma de estruturação da gestão federal dos anos 1950, tem autonomia relativa e subordinação setorial às Secretarias de Administração.

A Lei n. 8.080/90 definiu (Título IV – dos recursos humanos, artigo 27) que

a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seus objetivos de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; e de valorização da dedicação exclusiva aos serviços do sistema único de saúde.

Entretanto, as Normas Operacionais do SUS (NOB/SUS e Noas/SUS) instituídas por meio de portarias ministeriais que definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições

no processo de implantação do SUS, pouco auxiliaram na organização da área de recursos humanos nas três esferas de gestão.

Somente a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciou discussões para a elaboração dos “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” e, em 2003, o CNS aprovou resolução para “aplicar os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)”,⁸ como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. No mesmo ano, o MS reformulou a estrutura e o *status* da área de Recursos Humanos no seu âmbito, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com dois departamentos: Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e Gestão da Educação na Saúde.

As Conferências Nacionais de Recursos Humanos (1986, 1993 e 2006) aprofundaram pontos estruturantes e aprovaram diretrizes consoantes com as lutas políticas e suas pautas nos diferentes momentos da construção do SUS, porém não foram realizadas com periodicidade regular e nem fizeram jus ao caráter prioritário que a gestão do trabalho e da educação em saúde necessita, diante das suas características e do baixo impacto das medidas adotadas.⁹

O processo em curso, além de enfrentar os desafios herdados da conjuntura anterior, requer um novo perfil dos trabalhadores e dos gestores de saúde para atuar e construir coletivamente as estruturas do sistema, tanto do ponto de vista do modelo assistencial, quanto da formação e da qualificação em saúde, bem como, em grande parte dos estados e dos municípios, da reestruturação da própria área de gestão do trabalho e da educação.

⁸ Conselho Nacional de Saúde, Resolução n. 330, de 4 de novembro de 2003.

⁹ II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final.

Amudança do modelo de atenção, a expansão acelerada e em grande escala dos serviços, a maior responsabilidade pela implementação das políticas sociais nas esferas de governo estaduais e municipais, a “desresponsabilização” da esfera federal em relação à manutenção dessa força de trabalho responsável pelas políticas sociais acarretaram mudanças significativas na composição e na estruturação da força de trabalho em saúde. Esses desafios, limites e contradições foram e estão colocados tanto na esfera política quanto na técnico-operacional.

A reestruturação produtiva é outro fenômeno presente nas décadas de 1980 e 1990 que vai se somar ao conjunto das discussões sobre a estruturação da gestão do trabalho no SUS, peculiaridades como a demanda por novas competências, regulação do trabalho e a precariedade do trabalho em saúde.¹⁰

100|

Além disso, medidas restritivas à incorporação de empregos públicos são editadas, no fim dos anos 1990 e 2000 (Lei Camata e Lei de Responsabilidade Fiscal), e fazem crescer diferentes modalidades de ingresso de trabalhadores no sistema, especialmente na esfera municipal: é o advento do trabalho precário e terceirizado nas atividades-fim do setor saúde, notadamente nos municípios por terem se transformado, em dez anos, no maior empregador do sistema.¹¹

IV. O CONASS e o desafio dos recursos humanos no SUS

As dificuldades encontradas pelos estados e pelos municípios para implantação do SUS levaram os gestores a adotar estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, redefinindo as maneiras de formar, recrutar, selecionar, qualificar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, criando novas alternativas de incorporação e de remuneração da força de trabalho, cada vez mais especiali-

¹⁰ CONASS, 2007.

¹¹ CONASS, 2006.

zada, como um instrumento gerencial essencial à Gestão de Recursos Humanos.

Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização por intermédio de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades privadas lucrativas ou não-lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) etc.

Observa-se que se de um lado a utilização desses mecanismos tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços, ou pela ampliação dos existentes, por outro lado, a utilização dos contratos de serviços por meio da terceirização, alternando com a abertura de concursos para incorporação de funcionários pelo Regime Jurídico Único (RJU), tem levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando conflitos e impasses relacionados ao campo do trabalho. Essas múltiplas formas de gestão de contratos mobilizaram mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e geraram conflitos diversos, pelo tratamento desigual conferido a cada ente contratado, e na relação com os trabalhadores envolvidos nas tarefas contratadas pelo Estado.

É importante destacar que nas Secretarias Estaduais de Saúde as modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como precárias (aquelas nas quais os direitos sociais e trabalhistas não são atendidos integralmente) não são as formas hegemônicas. O relatório da Pesquisa Nacional da Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal,¹² realizada pelo

¹² CONASS DOCUMENTA 1 – Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, 2004.

CONASS em 2004, revelou na administração direta das SES a predominância do Regime Jurídico Único (RJU), com 262.669 trabalhadores de saúde ativos, 76,2% do total. Entretanto, não se deve desprezar o fato de que quase 10% dos trabalhadores de saúde, vinculados às Secretarias de Saúde em 2003, estavam contratados, em sua grande maioria como “temporários”.

A situação dos municípios é mais difícil: 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família apresentaram vínculos precários de trabalho e a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no país apresenta inserção precária no sistema e está desprotegida em relação à legislação trabalhista.¹³

102 |

Em 2004, os secretários estaduais de saúde propuseram a adoção de medidas integradas e solidárias para o enfrentamento das relações precárias do trabalho na gestão descentralizada do SUS, tais como: apoiar a regularização da situação de precariedade dos vínculos nos estados e nos municípios e em relação à situação das equipes de Saúde da Família; apoiar as Secretarias Municipais de Saúde na realização de seus concursos, seja pela realização de concursos de bases locais de acordo com as diferentes realidades dos estados ou, ainda, aplicando as provas para os municípios menores que assim quiserem; e a regulamentação do Programa Saúde da Família (PSF) por meio de um projeto de lei ao Congresso Nacional que garantisse o repasse dos incentivos aos municípios de modo permanente a fim de diminuir a insegurança dos gestores municipais no que se refere à garantia de continuidade no pagamento dos incentivos e com isso estimular soluções duradouras para a incorporação dos trabalhadores do Programa.¹⁴ Porém, mesmo com todas as ações judiciais por iniciativa do Ministério Público do

¹³ **Monitoramento da implementação e do funcionamento das Equipes de Saúde da Família, 2001-2002.**

¹⁴ **CONASS DOCUMENTA 4** – Seminário para a Construção de Consensos do CONASS Recursos Humanos – um desafio do tamanho do SUS, 2004.

Trabalho e todas as alterações da legislação em 2005-2006, o problema continua quase inalterado.

Agravam essa questão as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida, e a necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, que vão desde a estruturação de equipes básicas do Programa Saúde da Família até a gestão de serviços de alta complexidade e até mesmo fábricas de medicamentos, imunobiológicos e de outros insumos para a saúde, hoje existentes em muitos estados do país.

Analisando especificamente esta questão durante o Seminário de Construção de Consensos,¹⁵ realizado pelo CONASS, em 2004, os secretários estaduais de saúde concluíram, que, aliada à situação fiscal dos estados e o pagamento da dívida com o governo federal, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) é, especificamente, um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e configura-se em um problema mais agudo para a regularização funcional no âmbito dos municípios e nos estados com grande componente de prestação de serviços e, consequentemente, grande volume de pessoal.

| 103

Outra importante questão a ser considerada é que o papel regulador do Estado aponta para a necessidade de instrumentos que possibilitem a tomada de decisões e o monitoramento e a avaliação da força de trabalho e que se configuram em elementos estratégicos para a gestão do trabalho: o planejamento, os sistemas de informação e o controle e o monitoramento da força de trabalho. Considerando que as questões referentes à estrutura da SES – recursos humanos, financeiros e capacidade institucional – ocupam o primeiro lugar entre os problemas identificados na pesquisa realizada pelo CONASS,¹⁶ o

¹⁵ *Idem, ibidem.*

¹⁶ CONASS DOCUMENTA 1 – Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, 2004.

planejamento e a gerência de informações estão entre as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho do SUS, não havendo registro da existência de um *locus* institucional para a formulação das políticas de recursos humanos na imensa maioria das Secretarias Estaduais e Municipais, assim como se observa a ausência de um processo sistemático de planejamento e programação da área.

Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como: o financiamento dirigido à contratação e à manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas; e a comunicação com trabalhadores e demais órgãos dos sistemas federais, estaduais ou municipais que interagem com essas políticas.

104

Montar um sistema de planejamento inclui a definição de parâmetros não apenas no que se refere ao quadro de servidores do governo estadual, mas deve se considerar o conjunto da força de trabalho, definindo quais as modalidades de incorporação de pessoal a serem adotadas, quais as funções que serão consideradas típicas de Estado, quais as atividades que devem ser terceirizadas, em que áreas e em que condições e, por fim, que parâmetros devem orientar a relação do Estado com o mercado de trabalho em saúde. Essas definições têm um componente técnico e um componente político e as instâncias de planejamento são espaços importantes na construção de consensos e para o estabelecimento da política de recursos humanos, em articulação com os órgãos colegiados que atuam nessa área, representados, principalmente, pelas mesas de negociação.

Nesse sentido, é necessário dotar o setor de gestão do trabalho nos órgãos gestores do SUS da necessária infraestrutura e de capacidade

institucional e garantir a capacitação de pessoal nessa área. Em 2004, os secretários estaduais traçaram algumas diretrizes com essa finalidade, entre elas a necessidade de uma reforma administrativa para colocar os responsáveis pelo setor compondo a equipe de condução estratégica das instituições; a formulação de plano de recursos humanos articulado com o Plano Plurianual de Saúde, incluindo o diagnóstico de necessidades; o aumento do orçamento próprio para a área de Gestão e Educação de RH; o aumento do quadro de servidores e especialistas do setor e sua qualificação por meio de um processo de educação permanente; a integração da área de gestão de pessoas com a área de desenvolvimento e formação; a modernização administrativa da gerência de RH, incluindo a sua completa informatização; e um programa de cooperação permanente para a gestão do trabalho entre as instâncias gestoras.

A precariedade do funcionamento das estruturas de gestão do trabalho no SUS, entre elas aquelas identificadas nos eventos e nos documentos apresentados pelo CONASS como impeditivos ao bom funcionamento das estruturas e à dinâmica da gestão do trabalho nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, mobilizou o Ministério da Saúde, em articulação com o CONASS e o Conasems, para criar o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSus), que propõe-se a apoiar a estruturação dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a organização e o fortalecimento de seus sistemas de informação, e a qualificar os recursos humanos envolvidos com a gestão dessa área. Seus efeitos deverão produzir uma melhoria substancial em relação aos problemas.

Ainda no campo da gestão do trabalho em saúde, é necessária a estruturação de um modelo de gestão de pessoas compatível com o modelo de gestão adotado pelo Estado. A discussão desse tema no interior do SUS vem se dando ao longo dos últimos 15 anos e o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) foi sempre um caminho apoiado

pelos trabalhadores, em Conferências Nacionais específicas de RH ou Gestão do Trabalho e outros fóruns sobre o tema. Nas discussões realizadas por ocasião do Seminário para Construção de Consensos, os gestores indicaram diretrizes para os PCCS que valorizassem o serviço público e os trabalhadores de saúde: deveriam ser atualizados; garantir mobilidade; contemplar remunerações compostas de uma parte fixa e outra variável, que privilegiassem o esforço de formação, qualificação e avaliação de desempenho; conter estímulos para tempo integral e dedicação exclusiva, além de incorporar incentivos de acordo com as realidades de cada estado.

Grande parte do que foi consenso entre os secretários de estado em relação à proposta de PCCS figura hoje nas “Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde”, aprovadas também no segundo semestre de 2006, visando estabelecer uma política de recursos humanos articulada e integrada entre as esferas gestoras do sistema. A proposta, que não tem poder impositivo em decorrência da autonomia dos Entes Federados, contempla alguns princípios como o da equivalência dos cargos ou empregos, compreendendo a correspondência deles em todas as esferas de governo, e o da mobilidade, entendida como garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de governo sem perda de direitos ou da possibilidade de desenvolvimento na carreira.

Outro elemento essencial da gestão do trabalho a ser considerado na elaboração das políticas específicas de cada Secretaria e em seu conjunto, nos colegiados instituídos pelo setor, está relacionado à dificuldade de fixação de profissionais, especialmente de médicos, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país. Esse problema que no início da implantação do SUS estava vinculado prioritariamente às especialidades e aos serviços médicos de maior complexidade e menor oferta do mercado fica evidente, de forma mais grave, na Estratégia Saúde da Família, que apresenta elevada rotatividade dos profissionais das

equipes, especialmente o profissional médico, e um número de médicos insuficiente para o número de equipes, gerando um quantitativo significativo de equipes de Saúde da Família sem esse profissional.

Além da área da gestão do trabalho, é importante considerar o papel da gestão estadual do SUS na educação em saúde: a Constituição Federal afirma, em seu artigo 200, inciso III, que compete ao SUS, além de outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”. A Lei Federal n. 8.080/1990 define, em seu artigo 27, que

a política de recursos humanos na área da Saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

A visão integral da política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos na saúde deve ter como norte um plano de desenvolvimento dos trabalhadores com base em competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores); na regulação dos processos educativos e laborais do campo da saúde; na reorientação e melhoria da qualidade da formação, na pré e na pós-graduação; na qualificação técnico-profissional; e em um programa de educação permanente. Uma das condições estratégicas para esse desenvolvimento é, justamente, melhorar a comunicação e a articulação entre o aparelho formador e os serviços e todas as diversas instituições que, na sociedade e no estado, tenham competências e responsabilidades com a saúde da população.¹⁷

As Secretarias Estaduais de Saúde desenvolvem ações na área da formação, na qualificação técnico-profissional e na educação perma-

¹⁷ CONASS, 2006.

nente, voltadas à qualificação de seu próprio pessoal – relacionadas às novas funções e à complexidade de atividades que estas vêm continuamente assumindo –, e são responsáveis pelo apoio à qualificação dos profissionais em atividades nos municípios. Esse apoio deve ser compreendido na sua função de agente promotor de equidade entre os municípios, da garantia do acesso equitativo aos diferentes bens e serviços, ao conjunto da população estadual e no campo da preparação de pessoal, ao conjunto de servidores em atividade no setor.

Na formação, no nível da graduação, as diretrizes curriculares, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, que definiram as competências e os perfis das profissões da saúde a serem perseguidas pelos respectivos cursos, não refletiram as mudanças esperadas e, em 2005, instituiu-se um programa nacional (Pró-Saúde) visando promover e financiar mudanças na graduação por meio da maior integração ensino-serviço, com foco nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia. Em 2007, foram incluídas no programa as demais profissões da área de saúde e CONASS e Conasems foram inseridos nas Comissões assessora e executiva, bem como no Conselho Consultivo do Pró-Saúde.

Outra ação desencadeada com o objetivo de promover mudanças na formação dos profissionais da saúde foi o Programa de Educação Tutorial (PET-Saúde), em 2007.

É importante destacar a instituição, em 2007, da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o papel de estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para a regulação de cursos superiores na saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, conforme necessidades regionais, cuja subcomissão já está concluindo o estudo e a avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil e a instituição, em 2009, da Subcomissão de Revalidação de Diplomas para aprimorar o processo

de revalidação de diplomas expedidos por instituições de ensino estrangeiras, especificamente do curso de medicina.

Na pós-graduação, merecem destaque a criação da residência multiprofissional em saúde, que estende às demais profissões de saúde, além da medicina; a especialização em serviço; e a residência em medicina familiar e comunitária, voltada à formação de profissional médico mais adequado às necessidades da população e do sistema público de saúde.

A qualificação técnico-profissional teve um significativo avanço com a execução do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que no período 2000-2005 formou 323.513 técnicos de enfermagem, envolvendo 319 escolas, públicas e privadas, em todo o país, além de ter formado como especialistas cerca de 13 mil professores, e os seus resultados devem-se em boa medida ao papel desempenhado pelas Escolas Técnicas do SUS, ligadas às Secretarias Estaduais de Saúde, cuja atuação descentralizada garantiu a capilaridade do programa, atingindo até mesmo os municípios mais remotos e de difícil acesso. O modelo operacional do Profae orienta hoje o Programa de Formação Profissional na Área de Saúde (Profaps) cujo objetivo é qualificar e/ou habilitar 745.435 trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de oito anos, por meio de mobilização e articulação de vários segmentos públicos e privados, tais como: escolas técnicas, instituições de ensino superior, conselhos profissionais, serviços de saúde e, principalmente, dos gestores estaduais e municipais do SUS. As áreas a serem atendidas são técnico em radiologia, técnico em Biodiagnóstico com habilitação em: (i) Patologia Clínica, (ii) Citotécnico e (iii) Hemoterapia; técnico em manutenção de equipamentos; Técnico em Higiene Dental (THD)/auxiliar de consultório dentário; técnico em Prótese Dentária; agente comunitário de saúde – formação inicial; técnico em vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária; técnico de enfermagem: especialização técnica de cuida-

dores para pessoas idosas e especialização técnica para assistência de enfermagem em diálise.

Não há dúvida de que um projeto desse porte, se implantado, terá profundo impacto na qualidade e na integralidade das ações e dos serviços públicos de saúde, principalmente porque a proposta deste projeto está inserida em uma realidade em que a oferta de cursos nesta área é escassa, principalmente em regiões como o Norte e o Nordeste, justamente onde as demandas por qualificação de recursos humanos são maiores.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Peps) foi reformulada e adequada, após um longo processo de negociação que envolveu todos os gestores do sistema, às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, Portaria GM/MS n. 1996/2007, e no segundo semestre de 2007 todos os estados receberam os recursos pactuados para implementação dessa política. Segundo levantamentos feitos durante reunião da Câmara Técnica do CONASS, em 18 de setembro de 2008, 19 estados já implantaram a PEPS, três estão em fase de implantação e cinco não informaram. Dos 19 estados que implantaram a Política, 15 já criaram as Comissões Integração Ensino Serviço (Cies) Estadual e seis estados informaram a constituição e o funcionamento de mais de 45 Cies Regionais, que atualmente estão discutindo e pactuando a política de educação permanente em seus territórios. Porém, é importante que as principais dificuldades apontadas para a execução financeira do recurso de 2007 sejam equacionadas para garantir a efetiva implantação da política.

110 |

V. Considerações finais

As funções de regulação, de desenvolvimento e de gerência direta de serviços, relacionadas ao papel da gestão estadual, desenhadas pela Constituição de 1988 e as dificuldades no campo da Gestão do

Trabalho levaram o CONASS, desde sua criação, em 1982, a buscar soluções mais compatíveis com os aspectos que organizam o mundo do trabalho e com os mecanismos de gestão pública que integram o Estado brasileiro.

Uma avaliação das ações voltadas para o fortalecimento do campo da gestão do trabalho no SUS desenvolvidas pelo CONASS evidenciou o amadurecimento da área nas Secretarias Estaduais de Saúde nos últimos anos no desenvolvimento de projetos inovadores, na maior integração entre as diferentes áreas responsáveis por ações de gestão do trabalho, em processos exitosos de reestruturação administrativa, na instalação de mesas de negociação e na ampliação do escopo dos programas de educação permanente, e as Secretarias Estaduais de Saúde têm demonstrado que a política de desprecarização é uma prioridade: nos últimos três anos, dez estados elaboraram novos planos de cargos, carreiras e salários e 12 realizaram concursos públicos para o ingresso de novos servidores.

| 111

Alguns problemas herdados desde antes do advento do SUS permanecem sem medidas impactantes e apontam para a necessidade da construção de uma agenda para gestão do trabalho e da educação no SUS com o incremento de práticas gerenciais que busquem a construção de consensos e de negociação, e o CONASS tem um papel estratégico e dinamizador nos processos de mudanças no campo da gestão do trabalho.

Se analisarmos os principais problemas no campo de Recursos Humanos, a partir dos três principais eixos em torno dos quais se orienta a gestão do trabalho nesse novo contexto político e econômico – o processo de planejamento e gestão, a gestão do trabalho em saúde e o desenvolvimento e a formação de recursos humanos – podemos identificar a necessidade de desenvolver mecanismos próprios nessa área, para melhorar o seu desempenho, indo além das grandes definições que são acordadas em fóruns e colegiados do setor.

O planejamento e a gerência de informações estão entre as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho do SUS e os organismos responsáveis pela sua condução devem buscar a institucionalização de sistemas de planejamento que deem conta da especificidade das matérias tratadas pela área, orientados por metas e objetivos institucionais, e que permitam aos gestores utilizá-los como instrumentos importantes de gestão e regulação da força de trabalho e isso pressupõe a capacitação de pessoal que trabalha nessa área, a fim de garantir o aporte de conhecimentos específicos de planejamento e gestão da força de trabalho, de forma atualizada.

Os vínculos precários, a possibilidade de implementar planos de carreira do SUS e as dificuldades de inserção e de fixação de médicos também são alguns dos problemas mais relevantes a serem debatidos e enfrentados na gestão integrada das relações de trabalho. Apesar das diversas iniciativas no âmbito das três esferas de gestão, ainda não se observam grandes alterações no quadro descrito.

112

É necessário buscar o equilíbrio regional na oferta de vagas com carências conhecidas das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; fortalecer as escolas técnicas para que possam se constituir em verdadeiros centros de referência regional/estadual para a formação técnica em saúde; elaborar marcos legais que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização do trabalho nos dias atuais; e definir as funções típicas de Estado que orientem a relação do Estado com o mercado de trabalho.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final. **Cadernos RH Saúde**, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, ano 1, v. 2, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
2. _____. _____. **Monitoramento da implementação e do funcionamento das Equipes de Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica (DAB), Brasília: Ministério da Saúde, 2001-2002.
3. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde**. Brasília: CNS, 1981.
4. _____. **Resolução n. 330**, de 4 de novembro de 2003.
5. _____. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed. (rev. e atual.), Brasília: CNS, 2003.
6. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. **CONASS DOCUMENTA 1**. Brasília: CONASS, 2004.
7. _____. Seminário para a Construção de Consensos do CONASS: Recursos Humanos – um desafio do tamanho do SUS. **CONASS DOCUMENTA**. Brasília: CONASS, 2004.
8. _____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.
9. _____. **A gestão do trabalho na saúde**, v. 5, Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores.

10. MACHADO, M. H. **A participação da mulher no setor saúde no Brasil** – 1970/80. Trabalho apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, março de 1986.

11. _____. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

12. _____.; MOYSÉS, N. M. N.; OLIVEIRA, E. S. (org.). **Trabalhadores de saúde em números**. v. 2. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2006. 103 p.

13. MÉDICI, A. C. **Emprego em saúde na conjuntura recente**: lições para a Reforma Sanitária. Trabalho apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, março de 1986.

14. _____ *et al.* **O mercado de trabalho em saúde no Brasil**: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1992.

114 | 15. PIERANTONI, C. R. *et al.* Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. **Cadernos RH Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

The background features a pattern of orange-outlined geometric shapes, including various rectangles and a central circle, scattered across a white background. The shapes are of different sizes and orientations, creating a dynamic and abstract visual field.

O desafio da incorporação tecnológica no SUS

I. O cenário

Ao longo das últimas décadas, no mundo inteiro, tanto fatores associados diretamente à produção de conhecimentos e de novas tecnologias em saúde quanto aqueles relacionados unicamente a questões de mercado têm tido um forte impacto sobre as sociedades e seus sistemas de saúde.

O avanço tecnológico, muitas vezes erroneamente entendido como sinônimo de melhor qualidade da assistência à saúde, dá-se de forma muito acelerada e de maneira cumulativa, posto que nem sempre uma nova tecnologia substitui totalmente a anterior; antes, aperfeiçoa-a, aumentando sua sensibilidade e o grau de confiabilidade em seus resultados.

| 117

Novas tecnologias importam, ainda, em exigências novas para seu uso adequado (equipamentos, conhecimentos, recursos humanos qualificados para sua operacionalização etc.), capaz de trazer as vantagens e os benefícios esperados.

Ao lado do progresso tecnológico, que sofre de maneira considerável as influências dos interesses de mercado, outros fatores igualmente importantes estão presentes no contexto da incorporação dessas novas tecnologias na assistência à saúde, entre as quais salientam-se:

- a) a constante ampliação da rede assistencial a fim de atender o direito da população à saúde;
- b) o aumento da demanda, que vem em decorrência do aumento da população, da ampliação da oferta de novos serviços e da incorporação de novas tecnologias em saúde;

- c) as mudanças no perfil epidemiológico da população, sobretudo o envelhecimento populacional e o novo quadro de morbimortalidade por ela desenhado; e
- d) as necessidades de investimentos financeiros para a aquisição de equipamentos, infraestrutura – e conseqüentemente de sua manutenção –, determinadas pelas causas anteriormente mencionadas.

Para o gestor público em saúde, que tem a responsabilidade da correta e racional utilização dos recursos no atendimento aos direitos de cidadania, uma grande preocupação refere-se à racionalidade e à observância do binômio custo-efetividade no momento de se decidir ou não pela incorporação de novas tecnologias, a fim de evitar o desperdício que pode decorrer tanto da incorporação quanto da não-incorporação inadequadas. Nesse contexto, aspectos éticos e legais estão diretamente relacionados, seja no cotejamento dos interesses individuais e coletivos, seja pelos eventuais conflitos de interesse e/ou por interesses econômicos de outros segmentos, ou ainda por decisões judiciais que obrigam o uso de novas tecnologias, ainda que de eficácia duvidosa ou discutível.

118

II. A gestão do conhecimento e a avaliação de tecnologias em saúde

O conhecimento do desenvolvimento científico e tecnológico, em especial a inovação para os sistemas de saúde, compreende elementos ligados à Ciência e Tecnologia em seu sentido mais tradicional, à pesquisa social e às ciências gerenciais.¹ Tais conhecimentos são gerados pelos diferentes atores sociais que atuam nesses sistemas. Reuni-los é tarefa que requer esforços para uma forte integração, no sentido de se obter a utilização dos conhecimentos e das experiências de todos eles e, para

¹ OROZCO, E. (Biomundi); SOUZA-PAULA, M.C. (Centro do Desenvolvimento Sustentável). UnB, out. 2007.

tanto, as condições indispensáveis de sucesso são a vontade política, a existência de recursos financeiros e a utilização das técnicas de gestão do conhecimento. Assim, como reunir a experiência e os conhecimentos de todos esses atores? Como evitar que conhecimentos sejam perdidos com a saída de algum desses atores do sistema?

A gestão do conhecimento tem como âmbito de ação todo o ciclo da saúde, desde a Atenção Primária até o desenvolvimento de novos fármacos e tecnologias, o que requer políticas, estratégias e normativas para a promoção da Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I).

São peculiaridades da CT&I:

- É multi e transdisciplinar.
- Deve ser trabalhada segundo fortes restrições éticas e com espírito humanista.
- É um dos setores técnico-científicos de maior cooperação academia-empresa e de maior inter-relação entre organismos de países diferentes.
- É o setor científico de maior quantidade de conhecimento acumulado.
- Enfrenta forte regulação, com muitas normativas distintas entre si, porém indispensáveis, e que devem relacionar-se para o bom funcionamento do sistema de saúde, tais como: normalização; propriedade intelectual; gestão de qualidade; controle de qualidade de medicamentos, de ensaios clínicos e de equipes médicas; sistema de registro de medicamentos; etc.

Há problemas relacionados a todas essas questões, que podem ser resolvidos por meio da gestão do conhecimento.

O que é a gestão do conhecimento?

É uma ferramenta organizacional aplicada tanto no meio acadêmico quanto em serviços sociais ou empresariais que identifica, administra

e explora o conhecimento criado na organização e/ou adquirido ao longo do trabalho cotidiano (tanto de fontes internas quanto externas) que difunde as melhores práticas e que facilita a geração de novos conhecimentos e sua materialização em produtos e serviços.² Para tanto, demanda um forte desenvolvimento da gestão da informação, que, na prática, apresenta-se como elemento da C&T em saúde em forma de peças de informação (*information pieces*).

Em um país como o Brasil, em que há um sistema público de saúde, um sistema de gestão do conhecimento em C&T em saúde deve contribuir para o cumprimento dos princípios do sistema de saúde. Para tanto, necessita:

- a) **ser abrangente**, ou seja, capaz de atender às necessidades e às peculiaridades de um país tão grande e diverso; de contemplar a todos os setores da sociedade; deve estar associada a uma política de caráter nacional; deve criar o ambiente profissional sobre o tema, tanto nas entidades acadêmicas quanto na indústria e nas organizações do sistema de saúde;
- b) **ter fluidez**, isto é, ser capaz de eliminar obstáculos à colaboração e ao compartilhamento de informações;
- c) **ser dinâmica**, de modo que sua própria execução leve a novos desenvolvimentos, em um processo de retroalimentação com os diversos segmentos e os atores do sistema de saúde. Deve, ainda, admitir as novas incorporações conceituais e tecnológicas sem modificar sua essência ou seus objetivos gerais;
- d) **ser aberta**, a fim de incorporar aportes e desenvolvimentos de outras técnicas de gestão e tecnologias, sem afetar sua execução e seus objetivos;
- e) **ser integradora**, o que significa ser aceita pela maior parte dos componentes do sistema e facilitar a ação sinérgica, criativa e

² OROZCO; CARRO. In *Revista Ciencias de la Información*.

geradora de riqueza pelo compartilhar do conhecimento fora dos limites da organização geradora deste, sem contradição com as normas de proteção da propriedade intelectual;

- f) **ter caráter básico**, permitindo assim que os aspectos específicos e os detalhes internos de cada organização ou setor sejam levados em conta sem afetar o conjunto; e
- g) **refletir uma visão de futuro**, pautando-se por objetivos estratégicos associados à visão do que se quer realizar para o sistema de saúde.

A incorporação tecnológica em saúde

O processo de incorporação tecnológica implica a adoção, a utilização e a avaliação de uma nova tecnologia surgida em decorrência de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação. Para tanto, é necessário dispor de atividades integradas, que compreendem a regulação, a fiscalização e a avaliação de tecnologias, esta última associada à gestão das tecnologias e dos serviços de saúde.

| 121

A regulação e a fiscalização são duas atividades típicas do Estado, que lança mão de mecanismos regulatórios e de verificação, tais como critérios, normas e instrumentos que regulam o ciclo de vida das tecnologias. A regulação engloba questões médicas (eficácia, eficiência etc.), questões éticas e legais, questões de acessibilidade (preços, restrições de uso, condições para oferta pelo setor público etc.) e a determinação de formas e instrumentos de controle e fiscalização.

A **Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)** é associada à gestão das tecnologias³ e dos serviços de saúde e subsidia decisões relacionadas à regulação, à fiscalização e aos serviços saúde. Abrange

³ “Conjunto de atividades relacionadas aos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias nos sistemas de saúde.” **Coleção Progestores**, v. 4. Brasília: CONASS, 2007.

as diversas fases da tecnologia, desde a sua geração até o seu uso e suas consequências para a saúde individual e coletiva. Está associada, ainda, a critérios e normas, à regulação e a outras questões de contexto, éticas, legais e às condições próprias das tecnologias para seu uso adequado.

Há um dilema persistente para os gestores das três esferas de gestão do SUS: as necessidades da população e os benefícios almejados X custos crescentes da atenção à saúde X seleção e adoção de tecnologias. O desafio é o de como fazer a gestão de tecnologias em toda a sua abrangência, em um sistema com distintas necessidades e condições, como é o caso do Brasil (diversidade da demanda e das necessidades, recursos financeiros, recursos humanos – quantidade, diversidade, formação, treinamento etc.).

O ciclo de vida das tecnologias em saúde

122

O ciclo de vida das tecnologias em saúde compreende: (1) a Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) e Inovação e (2) a Difusão, que por sua vez divide-se em três fases: adoção, uso e obsolescência.

Na primeira etapa, há de se buscar o conhecimento sobre as pesquisas existentes, induzir novas pesquisas e adequá-las às necessidades das políticas de saúde, bem como induzir a inovação-transformação do conhecimento em produto e/ou processo novo ou melhorado. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde vêm aplicando recursos financeiros expressivos para essa área já há alguns anos, principalmente por intermédio do Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS).

Na fase de adoção, por sua vez, é preciso promover a articulação entre pesquisadores, produtores e profissionais de saúde e assumir o controle de todo o processo. Estudos devem ser providenciados para as avaliações técnica e econômica da nova tecnologia, bem como

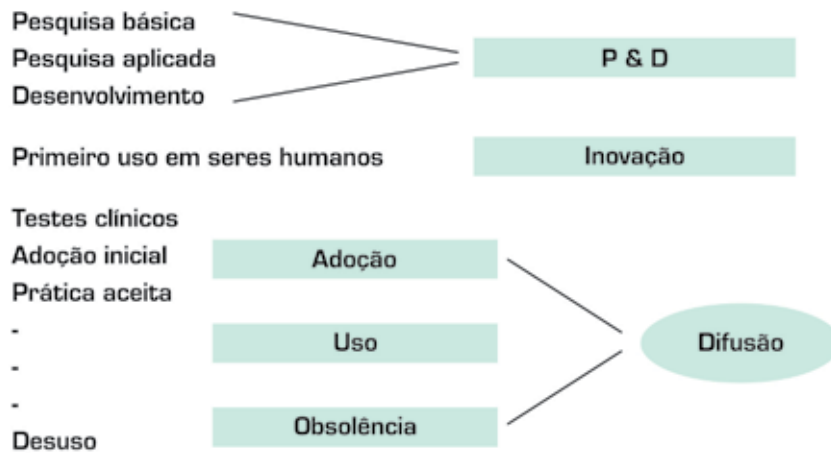
sua aquisição e institucionalização – regulação por meio de registros, de estabelecimento de preços etc., conforme as atribuições de cada esfera de gestão. Cabe ao gestor promover a regulação que oriente o acesso de pacientes e defina a forma de utilização das novas tecnologias. A elaboração de protocolos e de rotinas de avaliação e fiscalização é importante para a saúde dos usuários e para o uso racional dos recursos financeiros.

Avaliações de Tecnologias em Saúde (ATS) devem ser realizadas em todas as etapas do ciclo de vida das tecnologias em saúde e, se constatada a superação de determinada tecnologia, cabe também aos gestores a iniciativa de retirá-la do sistema. A persistência da utilização de equipamentos e de técnicas já ultrapassadas, concomitantemente aos mais novos e eficazes, é tida como outro aspecto que contribui para o desperdício de recursos humanos e financeiros, além de levar à inadequação da assistência dispensada.

Que desafios então se impõem? Os de incentivar o processo de incorporação de metodologias usadas pela ATS para orientar decisões estratégicas de gestão; de incorporar a ATS nos órgãos reguladores a fim de se ter os subsídios para os mecanismos de regulação; de incentivar o processo de elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidências; de tornar transparentes os critérios para o uso e para a avaliação das tecnologias e seus resultados; de promover a disseminação de informações para o sistema de saúde e para o público; de desenvolver a capacitação permanente de recursos humanos e a introdução de novos conhecimentos; de implementar, no caso de equipamentos, planos de manutenção preventiva e corretiva; e de estabelecer um monitoramento contínuo como parte do processo de gestão e avaliação de tecnologias.

A aquisição de produtos deve levar em conta a demanda prevista de utilização, a capacidade de recursos humanos e a organização da rede de serviços.

Figura 1
Ciclo de vida das tecnologias em saúde



Fonte: Adaptado de OTA, 1978.

A incorporação tecnológica e a avaliação de tecnologias em saúde no SUS

As inovações tecnológicas e o desenvolvimento da ciência e da tecnologia influenciam diretamente e cada vez mais a vida em sociedade, gerando, conseqüentemente, transformações na área da saúde, no meio ambiente, no comportamento dos cidadãos e na vida social. O campo da saúde, em geral, é altamente profícuo quanto a oportunidades para o desenvolvimento científico e tecnológico associadas à produção e à utilização de bens e serviços, públicos e privados.

No Brasil, a regulação de produtos relacionados à saúde encontra-se sob a responsabilidade do Ministério da Saúde por meio da:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – registro de produtos, monitoramento dos efeitos adversos e regulação de mercado;

Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde – credenciamento para provisão de procedimentos e definição de procedimentos cobertos pelo SUS; e

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – delimitação dos procedimentos a serem cobertos pelas operadoras de planos de saúde.

No mundo, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) surgiu nos anos 1960 e tornou-se um instrumento importante para auxiliar a tomada de decisão dos gestores em saúde, assim como dos clínicos, dos chefes de serviços, das organizações de pacientes, do sistema judiciário e dos ministros de saúde.

No Brasil, na década de 1980, instituições governamentais de saúde abordaram esta questão, embora sem uma estruturação permanente. As instituições de ensino e pesquisa também se direcionaram para o campo da ATS, em uma atuação crescente, criando capacidade instalada de pesquisa nesta área.

| 125

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é um processo de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde. No Ministério da Saúde, a ATS é uma das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, por meio da atuação do Departamento de Ciência e Tecnologia, com o objetivo de institucionalizar a ATS no SUS por meio da promoção e da difusão de estudos prioritários, da capacitação de gestores, da formação de rede de ATS e da cooperação internacional.

Entendem-se como tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (Portaria n. 2.510/1990/GM/MS, de 19 de dezembro de 2005).

Desde 2003, no Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CCTI), do Ministério da Saúde, instituiu-se o Grupo de Trabalho

Permanente em ATS, visando promover estudos em ATS de interesse para o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer o apoio à tomada de decisão sobre tecnologias em saúde.

Antes disso, porém, iniciativas importantes aconteceram no âmbito do Ministério da Saúde, tais como a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), em 2000 e, em 2003, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); a realização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde no ano de 1994 e da II Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em 2004; e, em novembro de 2005, da III Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2004. Com a atribuição de implantar a PNCTIS, o Ministério da Saúde criou o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (CCTI/MS), instituído pela Portaria GM/MS n. 1.418, de 24 de julho de 2003, coordenado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) que tem entre suas atribuições a de definir diretrizes e promover a avaliação de tecnologias visando orientar a incorporação de produtos e processos no âmbito do SUS. E para operacionalizar esta responsabilidade foi criado o Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit).⁴

126

O CCTI tem como algumas de suas tarefas propor e apoiar medidas para a geração e disseminação do conhecimento científico, tecnológico e de inovação; implementar e acompanhar a gestão do fomento científico e tecnológico no âmbito do Ministério da Saúde; e definir diretrizes e promover a avaliação tecnológica em saúde. (Ciência e Tecnologia em Saúde, Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília, DF, 2007).

⁴ Mais informações no texto “Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde”. Proposta da Comissão de Elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Portaria n. 2.510/2005, versão 12/4/2007.

Neste contexto, foi instituída a Comissão para a elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) pela Portaria n. 2.510/GM, de 19 de dezembro de 2005, coordenada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/SCTIE). O grupo de trabalho preparou um documento contendo objetivos, princípios, diretrizes de atuação⁵ e responsabilidades institucionais relativas à gestão de tecnologias no sistema de saúde que foi submetida à consulta pública (Portaria n. 2.480/GM, de 13 de outubro de 2006). A Política aguarda pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, foi criada pelas Portarias GM/MS n. 152, de 19 de janeiro de 2006, e n. 3.323, de 27 de janeiro de 2006 a Comissão de Incorporação de Tecnologias (Citec), do Ministério da Saúde, que é responsável por gerenciar o processo de incorporação de tecnologias.⁶ No fim de 2008 (Portaria GM/MS n. 2.587, de 30 de outubro de 2008), essa Comissão passou a ser vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

| 127

A Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde tem como missão deliberar sobre solicitações de incorporação de tecnologias, análise de tecnologias em uso, revisão e mudanças de protocolos em consonância com as necessidades sociais em saúde e de gestão do SUS e na Saúde Suplementar. (Portaria GM/MS n. 3.323, de 27 de dezembro de 2006).

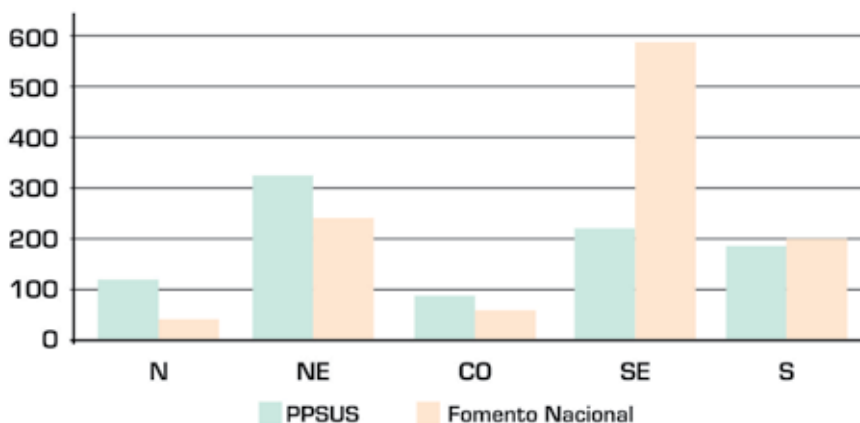
⁵ As diretrizes da PNGTS são: utilização de evidência científica para subsidiar a gestão; avaliação de tecnologias em saúde; aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; racionalização da utilização da tecnologia; apoio ao fortalecimento do ensino e da pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; sistematização e disseminação de informações; fortalecimento das estruturas governamentais; e articulação político-institucional e setorial.

⁶ Mais informações no texto “Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde”. Proposta da Comissão de Elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Portaria n. 2.510/2005, versão 12/4/2007.

Duas iniciativas extremamente importantes para a Ciência, Tecnologia e Inovação foram implementadas nos últimos anos: o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), que complementa as modalidades de contratação direta e de fomento nacional como indutores e financiadores da pesquisa em saúde e a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde (Rebrats), lançada no fim de 2008.

O PPSUS reúne esforços e financiamento do Ministério da Saúde e de outros parceiros, tais como o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia e as fundações estaduais de apoio à pesquisa.

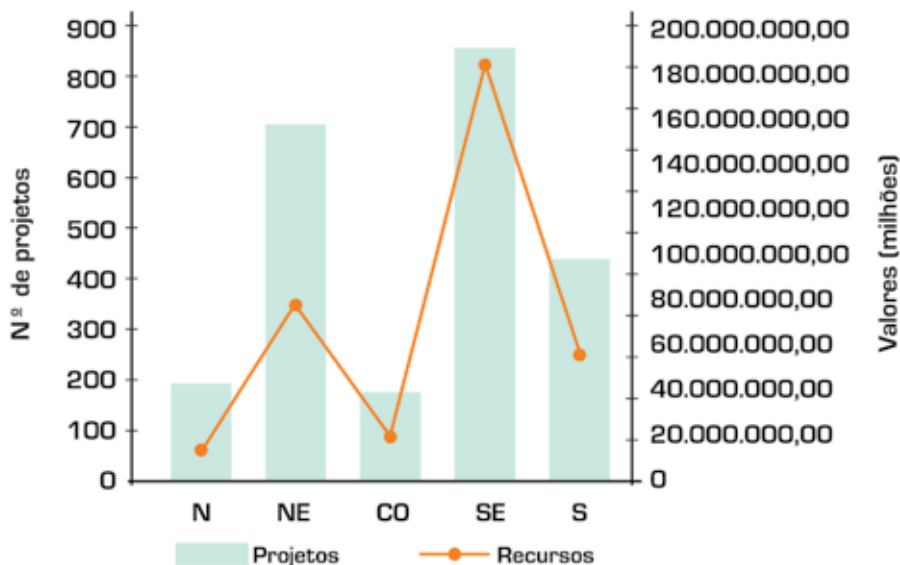
Gráfico 1
Distribuição regional dos projetos PPSUS e Fomento Nacional



Fonte: Pesquisa Saúde Decit/SCTIE/MS, 2008.

Gráfico 2

Número de projetos com os respectivos recursos financeiros por região



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit Base de Dados Pesquisa Saúde. Capturado em 20/10/2008.

A Rebrats, por sua vez, reúne órgãos gestores e instituições de ensino e pesquisa para elaborar estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde, prioritários para o sistema de saúde, e para criar e estabelecer metodologias de padronização de qualidade de pesquisas. Com o objetivo de estabelecer o elo entre avaliação e incorporação de tecnologias em saúde, serão integrados à rede órgãos do Ministério da Saúde, agências reguladoras, Secretarias Estaduais e Municipais, hospitais, usuários, sociedades profissionais e científicas, entre outros segmentos da sociedade. Mais informações encontram-se disponíveis no *site*: <http://200.214.130.94/rebrats/index.html>.

O CONASS participou ativamente no processo de discussão que culminou com a criação da Rebrats, da qual faz parte.

III. A avaliação econômica em saúde

A Economia da Saúde é o campo do conhecimento voltado para o desenvolvimento e o uso de ferramentas de economia na análise, na formulação e na implementação de políticas de saúde. Envolve a análise e o desenvolvimento de metodologias relacionadas ao financiamento do sistema, a mecanismos de alocação de recursos, à apuração de custo, à avaliação tecnológica etc. Busca o aumento da eficiência no uso dos recursos públicos e a equidade na distribuição dos benefícios de saúde por eles propiciados (<http://portal.saude.gov.br>).

A incorporação de tecnologias em saúde pode ter impactos micro ou macroeconômicos. Os microeconômicos incluem custos, preços e níveis de reembolso associado a tecnologias individuais, bem como relações entre recursos monetários consumidos e benefícios das tecnologias, tais como custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício. Os macroeconômicos, por sua vez, compreendem o impacto das novas tecnologias nos custos nacionais de saúde, o efeito das tecnologias na alocação de recursos entre diferentes programas de saúde ou entre o setor saúde e outros setores, entre outros.

Um tipo de ATS que vem ganhando destaque mais recentemente é o das **Avaliações Econômicas em Saúde (AE)**, porque independentemente do modelo de financiamento adotado a grande maioria dos países tem se confrontado com custos elevados e crescentes na área da atenção à saúde, o que tem provocado a busca pela eficiência na alocação e na utilização dos recursos.

As avaliações econômicas em saúde são técnicas analíticas formais para comparar propostas alternativas de ação, tanto em termos de seus custos como de suas consequências positivas ou negativas (DRUMMOND *et al.*, 1997). A medida central de qualquer avaliação econômica em saúde é uma relação custo/resultados entre diferentes alternativas de intervenção e baseia-se no custo

de oportunidade, isto é, na compreensão de que a aplicação de recursos públicos em determinados programas e tecnologias implica o não-atendimento de outros programas. Isso de certa forma traz embutido o entendimento comum na administração pública de que **governar representa fazer escolhas**. Portanto, o chamado custo/oportunidade deve servir de orientador para as decisões e as escolhas políticas a fim de garantir a eficiência da ação proposta e a amplitude de seus resultados.

Com base nessa premissa, as avaliações tecnológicas em saúde e as avaliações econômicas, de forma associada, podem auxiliar o processo de incorporação tecnológica, permitindo eliminar a inclusão de tecnologias inseguras e direcionando os recursos públicos para aquelas mais adequadas ao perfil epidemiológico existente no país e mais custo-efetivas no uso desses recursos.

Ao utilizarmos as ferramentas de economia na área da saúde, abrimos a possibilidade de qualificarmos não só o processo de incorporação tecnológica, mas também os referenciais de oferta de serviços no SUS com base e fundamento na evidência científica e em princípios éticos, que devem ser validados socialmente, com regras claras e que imprimam racionalidade à organização do sistema de saúde.

Para que se tenha uma base técnica adequada para a permanente atualização dos serviços oferecidos pelo SUS, é fundamental fortalecer os mecanismos institucionais de avaliação tecnológica em saúde para que se possa investigar as consequências clínicas, econômicas e sociais do emprego de tecnologias de saúde, especialmente nos aspectos referentes a: segurança, eficácia, efetividade, utilidade, impactos econômicos e sociais e implicações éticas. É preciso uma articulação harmônica entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições acadêmicas e de pesquisa para constituir uma rede nacional que trabalhe a questão da avaliação tecnológica em saúde.

IV. A integralidade regulada

O acesso e a utilização de diretrizes terapêuticas podem ser ferramenta importante de auxílio aos gestores do SUS no estabelecimento de protocolos clínicos envolvendo o uso de tecnologias em saúde. As diretrizes terapêuticas podem ser elementos importantes no processo de incorporação tecnológica em saúde e nas decisões relativas à oferta e ao pagamento dos procedimentos, devendo-se priorizar as alternativas mais seguras e custo-efetivas.

Com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas deve ser definido o conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários do SUS, por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde na Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde.

132

A definição do conjunto de serviços oferecidos pelo SUS é uma forma eficaz e democrática de contrapor-se a um processo indiscriminado de incorporação tecnológica, nem sempre realizado para atender às necessidades da população, mas, algumas vezes, determinado por articulação de interesses de prestadores e do complexo médico-industrial da saúde. Isso racionalizará a incorporação de tecnologias no SUS e seria uma maneira eficaz de conter a crescente judicialização da saúde que impõe, às vezes de forma irracional, enormes custos ao SUS.

Tramita atualmente no Senado Federal o Projeto de Lei n. 219/2007 de autoria do senador Tião Viana que dispõe sobre a oferta de procedimentos terapêuticos e a dispensação de medicamentos pelo SUS. Esse projeto tem como eixo fundamental a valorização dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas na inclusão e na oferta de procedimentos e medicamentos. O CONASS tem apoiado essa iniciativa, por entender, assim como as demais instâncias de gestão do SUS, que não se trata de buscar o cerceamento do acesso do cidadão a bens e

serviços de saúde, mas, sim, de garantir a oferta com qualidade do que é cientificamente útil e eficaz, sem imposições judiciais que, na ausência de regulamentação do princípio da integralidade, fazem uma interpretação extensiva da Constituição Federal.

Garantir os princípios constitucionais do SUS e a qualidade do seu atendimento são desafios a serem enfrentados pelos gestores e pela sociedade, diante do cenário que envolve a questão da incorporação tecnológica na área da saúde.

V. O acesso a medicamentos

Não se pode discutir a incorporação de tecnologias no SUS sem abordar a questão dos medicamentos. O acesso a medicamentos é uma das questões cruciais no SUS, constituindo-se no eixo norteador das políticas públicas estabelecidas na área da assistência farmacêutica, considerando que estes insumos são uma intervenção terapêutica muito utilizada, impactando diretamente sobre a resolubilidade das ações de saúde.

| 133

Nesta área, muitos foram os avanços e as conquistas, em especial após a publicação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004).

No SUS o conceito de medicamento essencial tem sido amplamente aplicado e divulgado, tendo por base o conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde, que define como sendo:

medicamentos que satisfazem as necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade (OMS, 2002).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), permanentemente revisada e atualizada, é uma das ferramentas principais para orientar os gestores na seleção dos medicamentos a serem disponibilizados no SUS. Nesse sentido, a constituição da comissão permanente para realizar sua revisão e sua atualização foi um grande avanço no sentido de viabilizar aos gestores uma relação atualizada para embasar a seleção de medicamentos a serem disponibilizados aos pacientes. Elaborada com base nos preceitos da medicina baseada em evidências, a seleção dos medicamentos que a compõe é feita preferencialmente em estudos clínicos de nível I, com base em ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises.

134

Os avanços também foram significativos no caso de propiciar o acesso ao tratamento de doenças raras, em especial, doenças de origem genética e outras em que o custo do tratamento é elevado, quer pelo valor unitário do medicamento ou pelo custo do tratamento de longo prazo. Esta área usualmente envolve a utilização de medicamentos de alto custo, desenvolvidos com a utilização de tecnologias de ponta e sob proteção patentária, constituindo-se em uma reserva de mercado por longo período. É imprescindível que sua indicação e seu uso sejam norteados por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, que estabeleçam critérios diagnósticos, de uso e acompanhamento dos resultados. Além de disponíveis, estes protocolos devem ser permanentemente revisados e atualizados, com o propósito de respaldar os gestores e minimizar as pressões exercidas pelas empresas farmacêuticas, por prescritores e até pacientes para fornecimento de produtos para os quais as evidências não são suficientemente robustas para justificar a sua incorporação ao elenco padronizado no SUS.

A adoção de diretrizes clínicas e terapêuticas promove o uso racional dos medicamentos e evita gastos desnecessários para o sistema e para a sociedade.

Paralelamente à necessidade de se dar acesso aos medicamentos àqueles que deles necessitam, é preciso ficar alerta para o processo de “medicalização” que vem ocorrendo na nossa sociedade, que tem entre outras causas o fomento no uso patrocinado por empresas farmacêuticas que precisam assegurar retorno financeiro para supostos novos medicamentos.

A necessidade de colocar medicamentos no mercado dá-se muitas vezes às custas da “criação” de novas doenças e novos pacientes. Além de, em muitos casos, não se alcançarem os resultados terapêuticos propalados, os usuários muitas vezes estão sujeitos a reações iatrogênicas decorrentes do seu uso.

Adicionalmente, muitos medicamentos lançados no mercado como inovações são produtos desenvolvidos a partir de moléculas já disponíveis, nas quais são feitas pequenas alterações, disponibilizadas novas dosagens, formas farmacêuticas ou formulações. Como consequência, a maior alteração dá-se normalmente no preço de venda do produto. Um exemplo emblemático desta situação ocorreu no Brasil com os medicamentos destinados ao tratamento da Hepatite Viral Crônica C, para o qual o SUS disponibilizava a alfainterferona. A mesma molécula, lançada no mercado com uma alteração estrutural obtida a partir da união de uma molécula de polietilenoglicol à molécula do interferon, por um processo conhecido como peguilação, que trouxe um pequeno diferencial na resposta terapêutica em relação à apresentação convencional, passou a ser ofertada para venda com preço muito superior, incompatível com os resultados terapêuticos. Em 2002, época de sua incorporação no SUS, o gasto mensal do tratamento desta patologia com alfapeginterferona era de aproximadamente R\$ 3.000,00 por paciente, enquanto o valor médio mensal gasto quando utilizadas alguma das distintas apresentações das alfainterferonas convencionais era de R\$ 300,00/paciente/mês. Na mesma época, os estudos disponíveis mostravam uma diferença na resposta viral sustentada de 54% para alfapeginterferona e 47% para a alfainterferona convencional.

Nesse cenário, é necessário que se façam análises rigorosas não só quando da introdução de novos fármacos no mercado, mas, de forma muito especial, para sua incorporação no SUS. Esta incorporação deve ser feita com base em critérios científicos, assegurando que a nova tecnologia seja, entre outros, custo-efetiva e segura para os usuários.

Mesmo com os avanços no acesso aos medicamentos no SUS, observa-se procura crescente pelo fornecimento de medicamentos por demanda judicial. Estas requerem desde o acesso a medicamentos básicos, não padronizados pela Rename, até medicamentos prescritos para indicações não previstas em bula, sem registro no país e, até mesmo, para indicações que podem se caracterizar como experimentais uma vez que são prescritas para o tratamento de patologias para as quais as evidências atuais ainda não respaldam seu uso.

136|

Embora ainda haja todo um longo e difícil caminho a ser percorrido na gestão de tecnologias em saúde no SUS, incluídos aí os medicamentos, muito tem sido feito nas diversas esferas do sistema de saúde brasileiro. Significativos desafios, contudo, colocam-se aos gestores do sistema, para que se possa obter um uso adequado das tecnologias em saúde, um cuidado efetivo à saúde das pessoas e uma utilização mais custo-efetiva dos recursos disponíveis. Trabalhar de forma conjunta na perspectiva de uma assistência farmacêutica que além do acesso assegure o uso racional dos medicamentos é papel a ser assumido por todos: gestores, prescritores, órgãos de vigilância e controle e população em geral.

Outra questão a ser considerada refere-se à concessão de patentes, que leva a uma grande concentração do mercado. Justificada e defendida pelos interessados como uma reserva de mercado necessária, principalmente pelos gastos envolvidos na pesquisa e no desenvolvimento das novas moléculas, muitas vezes estabelecem monopólios que, entre outros, resultam na prática do estabelecimento de

preços elevados na venda do produto. A manutenção da liderança no mercado tem levado as empresas a uma intensa procura por inovações, como forma de manutenção de um mercado rentável, voltado mais aos interesses financeiros que ao atendimento das necessidades de saúde da população.

O fortalecimento dos laboratórios oficiais a exemplo da Fundação para o Remédio Popular (Furp/SP) e de Farmanguinhos/Fiocruz é outra ação governamental a ser reforçada, para que estes possam atuar no desenvolvimento e na oferta de medicamentos estratégicos para o SUS. Da mesma forma, a pesquisa e a utilização dos recursos provenientes da biodiversidade são uma área a ser explorada de forma mais efetiva.

A regulação e o monitoramento dos preços de venda dos medicamentos têm impacto positivo sobre o acesso. Concretamente, a obrigatoriedade de aplicar o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o preço-fábrica estabelecendo-se um Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) é um exemplo. Também a aprovação e a regulamentação da política para os medicamentos genéricos em 1998 (Portaria GM/MS n. 3.916/1998 do Ministério da Saúde) trouxeram impactos positivos para a área de medicamentos. Ainda que esses produtos não incorporem um elevado grau de inovação, uma vez que são produtos cuja patente está expirada, sua regulamentação e o apoio estatal à produção local representam a abertura de um nicho importante para o desenvolvimento da indústria local e para o acesso aos medicamentos no mercado privado.

As atividades relacionadas à farmacovigilância e a avaliação permanente da relação risco-benefício de medicamentos comercializados são algumas das questões que devem ser mais bem equacionadas, da mesma forma que a propaganda de medicamentos e outras estratégias utilizadas pelas empresas para divulgação de seus produtos. As informações sobre medicamentos divulgadas pelas

empresas devem ter como contraponto a divulgação de informações independentes, elaboradas por instituições confiáveis e por áreas técnicas do SUS. Estas informações devem ser amplamente divulgadas, expondo claramente os alcances e os limites de tecnologias disponibilizadas ao consumo, a fim de respaldar gestores, prescritores e consumidores no processo decisório.

VI. Considerações finais

Qual deve ser o papel dos gestores no que se refere à Ciência, à Tecnologia e à Inovação no SUS? Sem dúvida, o de zelar e trabalhar pelo bem-estar e pelo acesso de todos os cidadãos a bens e serviços de saúde que lhes sejam de utilidade inquestionável.

138 | Para tanto, precisa-se incentivar, especialmente nas Secretarias Estaduais de Saúde, o processo de incorporação de metodologias usadas pela ATS para orientar decisões estratégicas de gestão; incorporar a ATS nos órgãos reguladores a fim de se ter os subsídios para os mecanismos de regulação; estimular o processo de elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidências; tornar cada vez mais transparentes os critérios para o uso e para a avaliação das tecnologias e seus resultados; promover a disseminação de informações para o sistema de saúde e para o público; desenvolver a capacitação permanente de recursos humanos e a introdução de novos conhecimentos; implementar, no caso de equipamentos, planos de manutenção preventiva e corretiva; e, ainda, estabelecer um monitoramento contínuo como parte do processo de gestão e avaliação de tecnologias.

É importante que os sistemas de saúde estabeleçam normas e limites relacionados ao uso de novas tecnologias de forma que o aumento de gastos na área de saúde, sejam eles de recursos públicos, individuais ou de cofinanciamento, resulte em impactos efetivos sobre a saúde e a qualidade de vida daqueles que utilizam essa tecnologia.

Referências bibliográficas

1. BARROS, José Augusto Cabral. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: Unesco, 2004. 272 p.
2. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1998.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/GM n. 2.510**, de 19 de dezembro de 2005. Institui a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica na âmbito do Sistema Único de Saúde (CPGT). Ministério da Saúde, 2005.
4. _____. _____. **Portaria/GM n. 1.418**, de 24 de julho de 2003. Institui o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (CCTI/MS). Ministério da Saúde, 2003.
- 3 _____. **Portaria/GM n. 152**, de 19 de janeiro de 2006. Institui o fluxo para a incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2006.
6. _____. _____. **Portaria/GM n. 3.323**, de 27 de dezembro de 2006. Institui a Comissão de Incorporação de Tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. Ministério da Saúde, 2006.
7. _____. _____. **Portaria/GM n. 2.587**, de 30 de outubro de 2008. Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde, 2008.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. (Série B: Textos Básicos de Saúde). Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 52 p.
9. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Ciência e Tecnologia em Saúde**, v. 4, Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS.

10. DRUMMOND, M. F. *et al.* **Methods for the economic evaluation of health care programmes.** Oxford: Oxford University, 1997.
11. FREEMAN, C.; SOETE L. **The Economics of industrial innovation,** Introduction. 3. ed, Cambridge: The MIT Press, Massachusetts, 1997; Chapter 1.
12. ROCHA, I. Síntese dos conceitos básicos introduzidos. In: **Ciência, Tecnologia e Inovação: conceitos básicos.** Brasília: ABIPTI/Sebrae/CNPq, 1996.
13. SAÉNZ, T. W.; GARCIA, C. E. **Ciência, Inovação e Gestão Tecnológica.** Brasília: CNI/IEL/Senai/ABIPTI, 2002.
14. VIOTTI, E. B. Fundamentos e Evolução dos Indicadores de CT&I. In VIOTTI, E. B.; MACEDO, M. M. (ed.). **Indicadores de Ciência e Tecnologia e Inovação no Brasil.** Campinas: Ed. Unicamp. 616 p.

Participação da comunidade



I. Conceito de participação comunitária

A participação comunitária vem sendo defendida por diferentes governos como uma estratégia para enfrentar as mais diversas situações. No entanto, não existe um consenso claro sobre o significado da participação. A conotação ideológica que perpassa este conceito faz que haja diversas e mesmo contraditórias interpretações sobre seus possíveis significados (PAULILO, 2009).

Na tradição sanitária brasileira, a noção mais aplicada pelas autoridades e pelos trabalhadores de saúde em sua relação com a comunidade foi de conquistar maior eficácia e eficiência dos serviços de controle sanitário, melhor atendendo às próprias necessidades dos usuários, promovendo consensos e buscando a cooperação com a finalidade precípua de cumprir prazos e alcançar metas; e, às vezes até reduzindo custos, fosse com o esforço laboral não-remunerado na execução e na manutenção de projetos ou com aporte material ou econômico.

A participação comunitária em saúde pode ser entendida de diversas formas, o mais das vezes como a relação dos serviços de saúde com sua clientela imediata, em geral para tratar da agenda mais conveniente a trabalhadores e usuários, como também para somar esforços diante do desafio de atingir metas determinadas de cobertura vacinal ou de controle de vetores domiciliares, por exemplo.

Hoje, a participação comunitária em saúde é principalmente um canal importante de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, ao mesmo tempo orientada para a modificação favorável dos determinantes sociais de

saúde tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade.

II. A institucionalização da participação comunitária na saúde

A Constituição Federal definiu desde 1988 que “saúde é um direito de todos e um dever do estado”, direito este regulamentado pelas Leis Complementares: n. 8.080, de 19 de setembro, e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A Lei n. 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

III. O Conselho de Saúde

144

Em seu artigo 1º, a Lei n. 8.142 estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (alíneas I e II).

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (§ 1º).

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas

decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (§ 2º).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) têm representação no Conselho Nacional de Saúde (§ 3º). A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (§ 4º). O Decreto n. 99.438, de 7 de julho de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu as entidades e os órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros titulares.

Antes dessa prerrogativa constitucional e sua regulamentação por leis complementares, havia na década de 1960 conselhos consultivos de saúde em algumas unidades federadas, como os Conselhos de Saúde e Bem-Estar Social (Consabes), afetos à Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná.

A notícia mais remota de Conselho de Saúde no Brasil data da criação do Ministério da Educação e Saúde pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937.

|145

Depois, ao ser desmembrado do Ministério da Educação e Saúde, conforme a Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953, regulamentada pelo Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953, o Ministério da Saúde passou a ter o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Alimentação, como órgãos orientadores da política sanitária geral e específica, que eram coordenados diretamente pelo Ministro de Estado (RODRIGUES, 1979).

O Decreto n. 66.623, de 22 de maio de 1970, dispondo sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, estabeleceu sua estrutura básica, na qual o Conselho Nacional de Saúde consta como órgão de consulta (RODRIGUES, 1979).

Em 13 de novembro de 1974, por sua vez, o Conselho Nacional de Saúde passa à condição de órgão colegiado com a finalidade de examinar e propor soluções de problemas concernentes à promoção e à recuperação da saúde, ao lado do Conselho de Prevenção Antitóxico (RODRIGUES, 1979).

Em 17 de julho de 1975, a Lei n. 6.229 instituiu o Sistema Nacional de Saúde, tendo como órgão supremo o Conselho de Desenvolvimento Social, constituído pelos ministros da área social – Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Interior e Previdência Social, além do Ministro do Planejamento, sob orientação direta do Presidente da República, transformando o sistema espontâneo existente de fato em um sistema organizado, o que ampliou em muito as atribuições do Ministério da Saúde, ainda que tenha acentuado a divisão entre as ações de saúde para os indivíduos e as ações de saúde de alcance coletivo.

O Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976, introduziu o conceito de atividades e medidas de interesse coletivo como atribuição primordial a ser cumprida pelo Ministério da Saúde e estabeleceu a sua nova organização. O Conselho Nacional de Saúde, que restou como único órgão colegiado do Ministério, incorporou o Conselho de Prevenção Antitóxico e comissões nacionais transformadas em câmaras técnicas de Hemoterapia, de Normas e Padrões de Alimentos e de Fiscalização de Entorpecentes, cabendo-lhe examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, como dantes, bem como elaborar normas sobre assuntos específicos de saúde pública a serem observadas (RODRIGUES,1979). Hoje, o Conselho Nacional de Saúde é composto de 48 membros titulares, 48 primeiros suplentes e 48 segundos suplentes, indicados por entidades eleitas na última Conferência Nacional de Saúde, conforme a Resolução CNS n. 361, aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Centésima Sexagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de julho de 2006. O pleno do conselho, por sua vez, elege a cada ano a mesa diretora, inclusive o presidente, dentre os seus pares.

146

IV. As Conferências de Saúde

A primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1941, por convocação do Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema,

que também convocou a Conferência Nacional de Educação, jamais realizada, com base na Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937.

Apenas em 2010, o Ministério da Educação realizará a 1ª Conferência Nacional de Educação, enquanto em 2007 assistimos a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, tendo alguns estados realizado a sua 8ª Conferência Estadual de Saúde preparatória da última Conferência Nacional, somando ao todo 157 conferências estaduais após a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Quadro1).

Desde então, estados e municípios passaram a incluir em suas Constituições e Leis Orgânicas a criação de conselhos e a realização de conferências de saúde. O conjunto de municípios, por sua vez, realizou dezenas de milhares de conferências nos últimos 18 anos, subsidiárias das conferências estaduais e nacionais.

Quadro 1

Número de conferências estaduais de saúde por UF – 2008

UF	Nº de CES	UF	Nº de CES	UF	Nº de CES
RO	6	CE	5	RJ	5
AC	5	RN	6	SP	5
AM	5	PB	6	PR	8
RR	5	PE	6	SC	5
PA	8	AL	6	RS	5
AP	5	SE	4	MS	6
TO	6	BA	7	MT	6
MA	7	MG	6	GO	6
PI	5	ES	6	DF	7
				Total	157

Fonte: Conselho Nacional de Saúde/Projeto Gestão Participativa.

O volume de resoluções das conferências de saúde é crescente sem, todavia, se verificar seu desdobramento na organização e na operação do sistema de saúde (Tabela 1). Pelo contrário, desde a democratização das conferências, conquista histórica do movimento social e

da Reforma Sanitária, quando da convocação e da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, jamais houve outra conferência com tão reduzido número de resoluções e tamanha incorporação de suas teses para a organização sanitária nacional.

Entende-se, obviamente, que o momento histórico privilegiado, de ampla participação política da sociedade e de resgate das reformas de base reprimidas desde o golpe de 1964, foi determinante da franca incorporação oficial das formulações da sociedade, especialmente no caso da saúde, cuja reforma de base seria impedida no nascedouro. Tratava-se da Municipalização da Saúde, aprovada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde, a qual se dera de 9 a 15 de dezembro de 1963, cujas deliberações seriam postas em marcha pelo governo Goulart e seus ministros, especialmente o deputado federal Wilson Fadul, da Saúde e o senador Amauri Silva, do Trabalho e Assistência Social.

Tabela 1

Número de temas ou eixos temáticos e de recomendações ou resoluções das Conferências Nacionais de Saúde

Conferências	Temas ou eixos temáticos	
	Nº	Recomendações ou resoluções
	4	
2ª	1	
3ª	4	31
4ª	1	-
5ª	5	79
6ª	4	54
7ª	1	139
8ª	3	49
9ª	3	253
10ª	6	362
11ª	1	296
12ª	12	713
13ª	3	857

Fonte: Relatórios das Conferências/Projeto Gestão Participativa.

Temas das Conferências Nacionais de Saúde desde a sua 8ª edição

Entre os temas abordados pelas conferências de saúde desde a realização da 8ª CNS, destaca-se a recorrência da 9ª CNS à municipalização como que atualizando a agenda sanitária nacional e reeditando a palavra de ordem: *Municipalização é o Caminho*, como tema central, composto pelos temas específicos: *Sociedade, Governo e Saúde, Implantação do SUS e Controle Social*, além de outras deliberações e recomendações.

A organização do novo sistema de saúde universal, integral e equânime passou a ser tema constante em suas diversas dimensões: *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*, na 8ª CNS; *Implantação do SUS*, na 9ª CNS; *Gestão e Organização dos Serviços de Saúde*, na 10ª CNS; *Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com controle social*, na 11ª CNS; sintetizando uma acumulação de 15 anos desde a democratização do país.

A 12ª CNS parece ter sido convocada com a intenção deliberada de retomar a agenda da 8ª CNS, com o tema: “Saúde: direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, sob a direção do próprio Sérgio Arouca, liderança destacada da 8ª CNS, desta feita secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

Controle Social, a designação que veio significar a evolução da participação comunitária, da participação social se transformando na organização social em defesa do direito constitucional à saúde e a outros direitos de cidadania, tem presença constante em todas as Conferências desde 1992, como tema específico da 9ª CNS; *Controle Social na Saúde*, 10ª CNS; *Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à saúde com controle social*, na 11ª CNS; *Controle Social e Gestão Participativa*, na 12ª CNS; e *A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde*, na 13ª CNS (Quadro 2).

Quadro 2

Conferências Nacionais de Saúde após 1988, temas

CNS	Ano	Temas
8ª	1986	1. Saúde como direito. 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 3. Financiamento do setor.
9ª	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde. 2. Implantação do SUS. 3. Controle social. 4. Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	1. Saúde, cidadania e políticas públicas. 2. Gestão e organização dos serviços de saúde. 3. Controle social na saúde. 4. Financiamento da saúde. 5. Recursos humanos para a saúde. 6. Atenção integral à saúde.
11ª	2000	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
12ª	2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde. 2. A Seguridade Social e a saúde. 3. A intersetorialidade das ações de saúde. 4. As três esferas de governo e a construção do SUS. 5. A organização da atenção à saúde. 6. Controle social e gestão participativa. 7. O trabalho na saúde. 8. Ciência e tecnologia e a saúde. 9. O financiamento da saúde. 10. Comunicação e informação em saúde.
13ª	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Fonte: Relatórios das Conferências/Projeto Gestão Participativa.

Por ocasião da 13ª Conferência Nacional de Saúde, foram sintetizados os 27 relatórios das conferências estaduais em um consolidado de mais de 4 mil proposições debatidas durante quatro dias em 10 plenárias simultâneas para aprovação ou reprovação destas, sem alternativa de reformulação, mas com a oportunidade pioneira de apresentação de proposições inéditas, não contempladas pelas discussões nos municípios, nos estados e tampouco no âmbito da própria Conferência.

A equipe de relatoria contou com a coordenação de três relatores nacionais, auxiliados por outros oito membros do Conselho Nacional de Saúde, 27 relatores das conferências estaduais e relatores convidados que haviam participado da relatoria de conferências anteriores. Tudo foi feito com a máxima lisura no sentido de preservar as contribuições das conferências estaduais de saúde, caudatárias da Conferência Nacional, respondendo a recursos de gestores, relatores estaduais e delegados de usuários e trabalhadores de saúde em busca de resoluções oriundas de suas respectivas conferências, restando reparadas as falhas detectadas e respondidas todas as questões apresentadas. O tempo de discussão não comprometido com a retificação de propostas foi tomado por novas propostas denominadas inéditas, que nem sempre se sustentaram como tal, sendo reprovadas em discussões que avançavam à noite nas 10 plenárias simultâneas. A iniciativa mais serviu às teses não aceitas ou não apresentadas nas conferências municipais e estaduais, pouco modificando a dinâmica da Conferência, pois não há grandes novidades no relatório final.

Na plenária final não se conseguiu estabelecer o debate das teses mais polêmicas, como a questão de proporcionar o esclarecimento sobre a gravidez indesejada e o aborto ou a proposta de fundações estatais de direito privado, ambas as questões rechaçadas sem maior discussão. Mesmo assim, os conferencistas reafirmaram as proposições em prol da organização e da operação do sistema de saúde para todos e em busca da integralidade e da equidade, com destaque para a

singularidade das populações indígenas, dos negros e dos portadores de doenças crônicas e outras necessidades especiais.

V. Considerações finais – A autonomia das Conferências e dos Conselhos: entre a resistência e a adesão

As conferências não podem substituir o Executivo, o Legislativo, o Judiciário ou o Ministério Público, mas podem proporcionar a sustentação no seio do movimento social dos princípios fundamentais das políticas públicas, assim como repercutir as expectativas da sociedade quanto aos seus alcances e realizações, tal como ocorreu nos momentos críticos de ameaça institucional ao sistema de saúde recém-conquistado.

O exercício da democracia ainda é incipiente entre nós, especialmente em se tratando da diversidade de interesses que se entrelaçam com as finalidades do sistema de saúde. Assuntos de natureza local ou regional ainda aportam ao âmbito nacional, talvez porque nas localidades e nas regiões de origem não tenham sido democraticamente tratados e esgotados.

A autonomia do movimento social não pode ser limitada à resistência e, tampouco, abusada pela adesão ao estabelecido. A negociação entre gestores e movimento social tem muito para avançar, haja vista as contingências operacionais de um sistema que não pode deixar de atender para se modificar, mas que deve ser modificado enquanto atende à população.

A participação comunitária legitimou-se na medida em que contribuiu para a conquista do Sistema Único de Saúde, mas ainda não se conseguiu realizar a expectativa de transformação do sistema de saúde acalentada no seio do movimento social. Isto não nos autoriza a desqualificar a participação e o controle social, mas a esclarecer as limitações e a negociar as possibilidades imediatas, mediatas e de longo prazo do setor saúde em bem assistir a todos. Nessa perspectiva, deve-se cumprir

o que estabelece o próprio Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, negociado entre os gestores do SUS e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

O Pacto pela Vida responde em grande parte por demandas que repercutiram desde a 8ª até a 13ª CNS: fortalecimento da atenção primária; promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e a alimentação saudável; fortalecimento da capacidade de respostas a doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; redução da mortalidade infantil e materna; controle do câncer do colo do útero e da mama; e saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem.

O Pacto de Gestão contempla as diretrizes e a responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS. Entre elas, a participação e o controle social: apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que estes possam exercer plenamente os seus papéis; exercer o processo de formação dos conselheiros; estimular a participação dos cidadãos na avaliação dos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoiar a implantação e a implementação de ouvidorias nos municípios e nos estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS; e apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde deverá se realizar em 2011, conforme a periodicidade de quatro anos. Esta Conferência poderá ser inovadora na perspectiva de incluir todos os cidadãos interessados na discussão dos temas que escolher em comum acordo com os gestores nacionais, estaduais e municipais e os respectivos conselhos de saúde. Uma pauta nacional de discussão que se inicie por estabelecer um número limitado, mas prioritário, de assuntos a serem tratados ao

mesmo tempo em todos os municípios brasileiros, com uma agenda simultânea de modo que toda a sociedade saiba que a saúde está sendo discutida e que serão tomadas decisões nacionais, estaduais e municipais como em uma consulta popular, como um verdadeiro referendo nacional jamais visto mesmo na área da saúde.

A contrapartida de tal mobilização seria a renovação de expectativas com o sistema de saúde universal, integral e equânime, com o estabelecimento de objetivos e metas bem definidas para serem monitorados pelos órgãos de regulação, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde e por todos os cidadãos interessados por meio dos respectivos conselhos de saúde.

Referências bibliográficas

154

1. ANAIS da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Niterói, 1992.
2. BRASIL. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Diretrizes Operacionais. Série Pactos pela Saúde, v. 1, 2006.
3. BRASIL. **Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)**, 2008.
4. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Disponível em: <<http://www.conselho.saude.org.br>>. Acesso em: 16 fev. 2009.
5. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Relatório Consultoria Projeto Gestão Participativa**, 2009. (no prelo)
6. PAULILO, M. A. S. **Participação comunitária**: uma proposta de avaliação. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v1n2_participacao.htm>. Acesso em: 15 fev. 2009.
7. RODRIGUES, B. A. **Fundamentos de Administração Sanitária**. 2. ed. Brasília: Senado Federal, 1979.

O Pacto pela Saúde



I. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que acaba de completar duas décadas de existência. Nesse período, foi construído no Brasil um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

Ao longo da história de implantação desse sistema, houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso exigiu, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, por meio de reformas que agregaram o conteúdo das experiências vividas e dos resultados alcançados em cada etapa. Com o esgotamento do modelo que impunha normas gerais a um país tão grande e desigual com a fixação de conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade e na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS, reunidos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em fevereiro de 2006 assumiram o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde.¹

Esse Pacto deve ser anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, com o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

¹ Anexo I da Portaria/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.

As prioridades do Pacto, expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão, foram detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, publicado como anexo da Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.

II. O Pacto pela Saúde

As três esferas de gestão do SUS representadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram responsabilidades no campo da gestão e da atenção à saúde, a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças locais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

158 |

A implantação do Pacto pela Saúde, nos seus três componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – tem possibilitado a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes e promovido inovações nos processos e instrumentos de gestão, e está redefinindo responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social.

A) O Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades

definidas pelo governo federal e pelos governos estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deve ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

No campo operativo, as metas e objetivos do Pacto pela Vida devem inscrever-se em instrumentos jurídicos públicos, os Termos de Compromisso de Gestão, firmados pela União, estados e municípios. Esses termos têm como objetivo formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS. Também serão destacados neste Termo os indicadores de monitoramento e avaliação, devidamente regulamentados em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

As prioridades do Pacto Pela Vida e seus objetivos para 2006 eram as seguintes:

1. Saúde do Idoso: implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.
2. Câncer de Colo de Útero e de Mama: contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.
3. Mortalidade Infantil e Materna: reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.
4. Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza: fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.
5. Promoção da Saúde: elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

6. Atenção Primária à Saúde: consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

B) O Pacto em Defesa do SUS

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto deveria passar por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS e seus objetivos para 2006 eram as seguintes:

1. Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:
 - Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos.
 - Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, pelo Congresso Nacional.
 - Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
 - Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
2. Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

C) O Pacto de Gestão do SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada Ente Federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Este Pacto define diretrizes nacionais que consideram a dimensão continental do país, porém avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais com suas diversidades e iniquidades.

A regionalização é uma diretriz do SUS e é considerada um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Deve potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locais possam ser organizadas e expressas na região.

A regionalização deve garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal. Dessa forma, haverá racionalização de gastos e otimização de recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. Deve garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

Na região de saúde, deve ser organizada a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado.

A intenção desse Pacto é descentralizar totalmente as tarefas que o Ministério da Saúde vem executando e que devem ser realizadas no

âmbito dos estados em parceria com os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos.

O Pacto reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional e reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os Entes Federados.

As prioridades do Pacto de Gestão e seus objetivos para 2006 eram os seguintes:

1. Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o processo de habilitação.
2. Estabelecer as Diretrizes para a Gestão do SUS, com ênfase em Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

162 |

III. Implementação do Pacto pela Saúde

Em janeiro de 2007, a Portaria GM/MS n. 91 regulamentou a unificação do processo de pactuação de indicadores, isto é, instituiu um único processo de pactuação, unificando o Pacto da Atenção Básica, o pacto de indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde – PPIVS (que passou a ser denominada de Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde) e os indicadores propostos

no Pacto pela Saúde. Essa portaria ainda estabeleceu os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal, tendo em vista a nova orientação para o processo de gestão do SUS.

Foi instituído o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde para pactuação unificada, que devem ser pactuados anualmente entre municípios, estados, Distrito Federal e Ministério da Saúde, levando em conta que as metas ou parâmetros nacionais dos indicadores do Pacto pela Saúde devem servir de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, observadas as metas ou os parâmetros estabelecidos para cada unidade da federação.

Os indicadores do Pacto pela Saúde foram organizados em dois grupos, 38 principais e 12 complementares, incluindo os previstos nas prioridades do Pacto pela Vida, sendo que os indicadores complementares eram de pactuação opcional por municípios, estados e Distrito Federal.

Conforme a portaria, os indicadores da pactuação unificada deveriam constituir-se em objeto de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e os indicadores complementares, quando não pactuados pelo município, pelo estado e pelo Distrito Federal, seriam monitorados pelo gestor federal, tendo como fonte os bancos de dados dos sistemas de informação em saúde - base nacional.

Foi facultada aos municípios, aos estados e ao Distrito Federal a possibilidade de eleger outros indicadores de importância sanitária localregional ou de propor alterações nas metas definidas para melhor adequação às especificidades locais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão bem como seus objetivos para 2007 foram mantidas conforme o que havia sido pactuado em 2006.

Em setembro de 2007, o plenário da Comissão Intergestores Tripartite estabeleceu o prazo de noventa dias para a Câmara Técnica da CIT apresentar uma avaliação do processo de adesão de municípios, estados e do Distrito Federal ao Pacto pela Saúde e definir estratégia de indução para adesão dos Entes Federados.

Nos dias 22 e 23 de janeiro de 2008, foi realizada em Brasília uma Reunião Ampliada do Grupo Técnico de Gestão da CIT com os objetivos de sistematizar um diagnóstico tripartite da situação atual de implantação do Pacto pela Saúde nos estados e municípios, traçar estratégias tripartites para superação das dificuldades encontradas no processo de implantação, considerando a situação de adesão dos estados e municípios e apresentar propostas de valorização dos resultados alcançados.

164

Após dois anos de vigência, 16 estados e cerca de 2 mil municípios estavam oficialmente implantando o Pacto, com seus Termos de Compromisso de Gestão (TCG) homologados pela CIT e publicados em portaria; e 14 estados já haviam organizado os Colegiados de Gestão Regional, totalizando 304 Colegiados homologados em todo o país.

A grande maioria das Secretarias Estaduais de Saúde apoiou os municípios na construção dos TCGM e, em muitos estados, um fator de qualificação do processo de adesão foi a constituição do Grupo Condutor Estadual para o processo de pactuação, com a participação dos representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

A partir das análises realizadas no Seminário concluiu-se que o Pacto em Defesa do SUS é o componente menos compreendido do Pacto pela Saúde e também o menos divulgado e que desde a publicação do Pacto não houve mobilização efetiva da sociedade em defesa do SUS.

O teor da Carta de Direitos dos Usuários do SUS, prevista no Pacto em Defesa do SUS, não foi pactuado de forma tripartite e tem tido pouca divulgação junto aos usuários. Quanto ao subfinanciamento do SUS, apesar do aumento de recursos aplicados por estados e municípios, o

orçamento da saúde continua insuficiente para fazer frente à universalidade e a integralidade da atenção.

O Pacto de Gestão foi analisado em toda a sua complexidade e concluiu-se naquela avaliação que o denominado “choque de descentralização” com ênfase na atuação das CIB pouco avançou, e restringiu-se a três áreas: hospitalar, saúde do trabalhador e alta e média complexidade referidas na Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006).

Na área de planejamento, constatou-se um processo heterogêneo de revisão dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e dos Planos Diretores de Investimento (PDI) nos estados. O Plano de Saúde e o Relatório de Gestão foram reconhecidos como os principais instrumentos do sistema de planejamento do SUS. Foram constatadas dificuldades para operar os parâmetros assistenciais propostos pelo Ministério da Saúde na Programação Pactuada e Integrada (PPI), tendo em vista que estão desconectados do processo de pactuação dos Termos de Compromisso de Gestão.

| 165

No que se refere à regionalização, verificou-se que se têm pouca clareza do papel dos Colegiados de Gestão Regional e de sua interlocução com as CIB, além de não ter havido até o momento uma pactuação tripartite quanto à proposta de organização das redes de atenção à saúde.

Verificou-se que, onde houve construção conjunta (SES e Cosems) dos TCG, houve maior envolvimento dos municípios, com melhor qualificação do processo de implantação do Pacto.

Quanto ao financiamento, o Bloco de Gestão do SUS incorporou nove incentivos, o que ocasionou pouca flexibilidade para a utilização dos recursos dentro desse bloco e no Bloco de Média e Alta Complexidade (MAC) permaneciam as mesmas “caixinhas” na medida em que os valores referentes ao FAEC ainda não tinham migrado para o limite de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

O processo de monitoramento do Pacto ainda não estava com seus fundamentos normativos totalmente definidos, e as ações previstas no

Pacto pela Saúde para a área de participação e controle social ainda estavam em fase incipiente, ressaltando-se entre outros aspectos a baixa mobilização social em torno do Pacto pela Saúde.

As ações referentes à gestão do trabalho eram insuficientes para dar conta das diretrizes estabelecidas no Pacto, apesar dos avanços em relação à definição das diretrizes do PCCS e da assinatura do protocolo que trata da constituição da mesa de negociação.

Na Educação em Saúde, houve avanços na área da residência médica e da regulamentação da formação e capacitação em serviço.

Foram definidos alguns encaminhamentos nesse Seminário, para serem implantados ao longo de 2008, destacando-se entre eles:

1. Aprofundar o diagnóstico sobre o Pacto, buscando identificar e analisar quais os fatores que contribuíram para a não-adesão de um conjunto de estados e municípios, bem como quais os fatores que impulsionaram a adesão em conjunto de estados e municípios.
2. Qualificar as Comissões Intergestores Bipartite para atuarem como apoiadoras e formuladoras do processo de construção dos Termos de Compromisso de Gestão por estados e municípios.
3. Estimular a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, com ênfase na regionalização, de forma que reflitam a realidade do Pacto, evitando processos meramente burocráticos e dele dissociados.
4. Elaborar uma agenda conjunta, tripartite, de cooperação técnica, visando superar as dificuldades de estados e municípios que não aderiram e apoiando aqueles que aderiram e estão em processo de implantação do Pacto.
5. Estimular um processo de planejamento estratégico, regional, contínuo e integrado e um financiamento adequado para a elaboração da PPI.

6. Pactuar estratégias de apoio aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com atuação conjunta do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems.
7. Unificar o mais breve possível os atuais incentivos do componente de Qualificação da Gestão, do Bloco de Gestão do SUS, acabando com a atual fragmentação.
8. Construir um processo de valorização da gestão no Pacto pela Saúde, cujas estratégias devem ser elaboradas de forma tripartite, avaliando não só os resultados, mas também a gestão como um todo, com financiamento garantido.
9. Unificar todos os incentivos do componente de Qualificação da Gestão do Bloco de Gestão do SUS, transformando-os em um único componente voltado à qualificação e valorização da gestão.
10. Quanto ao monitoramento deve ser retomada essa discussão considerando os seguintes pontos:
 - Promover uma compatibilização do TCG e do Plano de Saúde a cada período de gestão com a participação dos Conselhos de Saúde.
 - Priorizar o espaço dos CGR, CIB e CIT no processo de monitoramento do Pacto.
 - Ressaltar a importância de integrar os vários processos de monitoramento conduzidos pelo MS tendo como base os indicadores do Pacto pela Saúde.
11. Realizar uma Oficina de Trabalho das CIB com a participação de representantes das SES e dos Cosems, para ampliar a avaliação da implantação do Pacto pela Saúde, bem como reforçar informações relevantes para a estruturação das Câmaras Técnicas nas CIB e construção dos TCG.

Em fevereiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS 325, cujo conteúdo foi pactuado na CIT, foram estabelecidas novas prioridades

para o Pacto pela Vida e definidas algumas diretrizes para o processo de pactuação unificada dos indicadores: ser articulado com o Plano de Saúde e Programação Anual; guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão; ser precedido da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação; ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária local e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007; e desenvolver ações de apoio e cooperação técnica entre os entes para qualificação do processo de gestão.

Foram definidos 54 indicadores no Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, com base nos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão de estados e municípios.

168 | Às seis prioridades pactuadas em 2006 para o Pacto pela Vida foram acrescentadas mais cinco, como resultado das pactuações realizadas nos estados na construção dos Termos de Compromisso de Gestão no ano de 2006 e de discussão realizada no Conselho Nacional de Saúde.

Foram estabelecidas as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008:

1. atenção à saúde do idoso;
2. controle do câncer de colo de útero e de mama;
3. redução da mortalidade infantil e materna;
4. fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids;
5. promoção da saúde;
6. fortalecimento da atenção primária;

7. saúde do trabalhador;
8. saúde mental;
9. fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
10. atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
11. saúde do homem.

Até março de 2009, 26 estados, o Distrito Federal e 2.870 municípios aderiram ao Pacto pela Saúde.

Chama a atenção que os 355 Colegiados de Gestão Regional organizados em 18 estados englobam 4.594 municípios, número muito superior ao de municípios que aderiram ao Pacto, o que reforça a idéia de que a constituição dos CGR não tem sido acompanhada de um processo de construção coletiva regional dos TCGM.

Como um dos encaminhamentos do seminário de Avaliação do Pacto realizado no início de 2008, o GT de Gestão da Câmara Técnica da CIT apresentou ao plenário da CIT a proposta de manter, para o ano de 2009, as mesmas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidas para 2008, observadas as alterações na fórmula de cálculo do Indicador n. 47 que trata da proporção de doenças exantemáticas investigadas oportunamente e no instrutivo dos indicadores disponível para consulta no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sispacto.

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e os Conselhos de Saúde devem tomar as providências para o monitoramento e avaliação do Pacto 2009 nos estados e municípios. As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde deverão analisar as metas pactuadas em 2008 e contemplar, na Programação Anual em Saúde, as metas para 2009 e as ações necessárias para o seu alcance, bem como os mecanismos de monitoramento.

Essa proposta foi aprovada pela CIT e publicada por meio da Portaria GM/MS n. 48, de 12 de janeiro de 2009.

IV. Ações e propostas do CONASS para a implementação do Pacto pela Saúde

Desde 2003, como resultado das discussões e dos consensos elaborados a partir do Seminário para Construção de Consensos, o CONASS solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS, conforme está registrado na carta de Sergipe:

Os Secretários estaduais de Saúde propõem a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e as diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01/2002). Esta nova norma deve ser elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e políticas de recursos humanos. Propõem que esta norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestores com base em um tipo de “contrato de gestão”, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual, e o pleno exercício das macrofunções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente, junto aos municípios.

Em março de 2004, o CONASS reunido em Assembleia ordinária realizou em Natal/RN a mesa-redonda “Convergências e Divergências sobre Gestão, Regionalização e Descentralização”, quando foram apresentados por consultores especialmente convidados e discutidos por todos os secretários temas importantes para contribuir com o debate a respeito de nova norma: responsabilidades e atribuições de cada esfera

de governo; nova modalidade de relações intergestores, revendo os conceitos do processo vigente de habilitação e financiamento; regionalização; descentralização; integração das ações de promoção à saúde, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, ações de Atenção Primária, média e alta complexidade; organização da Assistência (primária, de média e alta complexidade); referências intermunicipais; controle, avaliação e regulação.

Em agosto do mesmo ano, o CONASS participou de uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, organizada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de definir com os gestores do SUS “uma agenda para o processo de discussão e pactuação de estratégias intergovernamentais para inovação, viabilização e consolidação das políticas de gestão pública do Sistema Único de Saúde naquela conjuntura”.² Já havia então, na entidade, alguns consensos sobre o assunto, fruto de mais de um ano de discussão e que foram apresentados naquela ocasião como contribuição para o debate.

Na reunião da CIT de agosto de 2004, foi aprovado um documento-base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão, organizado de forma tripartite, pelos gestores do SUS. O documento apontava como princípios fundamentais: 1) construção da equidade; 2) integralidade da atenção; 3) garantia do acesso universal do cidadão; 3) participação social e controle público do sistema. Apontava também, como princípios organizativos e operacionais: 1) organização do sistema pela lógica da necessidade; 2) descentralização com direção única; 3) hierarquização e regionalização cooperativa; 4) financiamento e alocação de recursos na lógica da necessidade.

O trabalho conjunto realizado em inúmeras reuniões dos Grupos de Trabalho, que ocorreram em 2004 e 2005, exigiu esforço de todos

² Pauta da Oficina “Agenda do Pacto de Gestão” realizada no dia 5 de agosto de 2004 no Anexo 2 do Ministério das Relações Exteriores, em Brasília/DF.

no exercício da construção de consensos entre Ministério da Saúde, CONASS e Conasems. Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Após a publicação das primeiras normas sobre o Pacto pela Saúde, o CONASS realizou duas reuniões de caráter nacional: um Seminário em Brasília, em maio, e uma Oficina em julho de 2006, em Fortaleza/CE para difundir as informações sobre o Pacto pela Saúde 2006 e seus desdobramentos normativos; apresentar as experiências dos estados no funcionamento das CIB e CIB regionais; discutir o funcionamento das CIB diante do papel previsto no Pacto; e identificar as principais estratégias que as SES/CIB deveriam adotar em curto prazo para a implementação do Pacto pela Saúde.

172 |

Nos últimos dois anos, o CONASS tem definido entre as suas prioridades a implementação do Pacto pela Saúde, com ênfase na sua inserção na agenda permanente da CIT, para os desdobramentos normativos ainda necessários e implementação das suas diretrizes e eixos estratégicos.

V. Considerações finais

As ações de descentralização realizadas no SUS exigiram e ainda exigem mudanças de várias ordens, pois não bastam instrumentos e medidas legais para que a implementação se concretize não apenas na transferência de recursos e atribuições, mas também na alteração da cultura vigente e no formato da estrutura de funcionamento das instituições.

O processo de descentralização ampliou o contato dos gestores do SUS com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios para superar a fragmentação das políticas

e programas de saúde mediante a organização de uma rede de atenção à saúde e da qualificação da gestão.

O Pacto pela Saúde significa negociação entre iguais, respeitada a autonomia dos entes, para a redefinição de responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social.

O pacto não isenta nem atenua as responsabilidades sanitárias definidas. É um recurso eficiente para a oferta mais consistente de acesso às ações e serviços de saúde, permite induzir políticas de saúde no município e pressupõe um quadro diferenciado de utilização de recursos, de processos e de ordenamento de fluxo no atendimento da demanda.

A adesão ao pacto favorece a identificação de situações fundamentais tanto para o gestor do sistema, como para os trabalhadores da saúde e para os usuários da rede de serviços de atenção à saúde.

Torna-se necessária a adoção de estratégias para estimular os gestores a reconhecerem que este processo poderá dar maior operacionalidade ao SUS no estado, com a apropriação de uma outra forma de superação das dificuldades, na lógica de construção de um pacto.

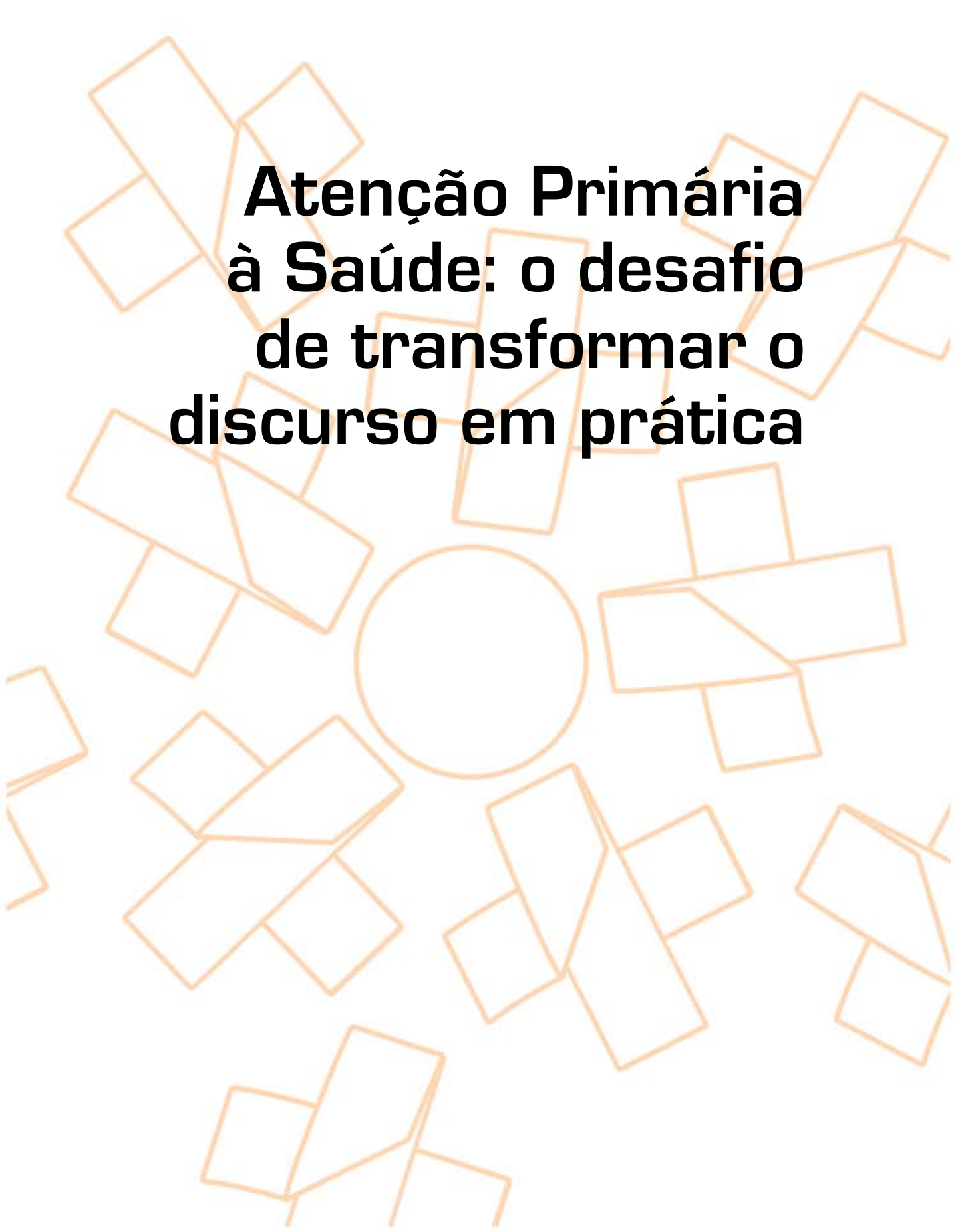
Por outro lado, os gestores que aderiram ao Pacto, a partir de uma unidade de princípios, guardando coerência com a diversidade operativa e respeitando as diferenças locais, comprometeram-se a priorizar a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, a construir redes de atenção à saúde, a fortalecer os espaços e mecanismos de controle social, a qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde, a redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação e a valorizar a cooperação técnica entre os gestores.

Cabe concluir que, apesar da complexidade do processo de implementação do Pacto pela Saúde, já podem ser verificados resultados altamente produtivos na medida em que as ações desenvolvidas

têm provocado mudanças importantes e fortalecido os processos de trabalho nas três esferas gestoras envolvidas, significando um ganho para a gestão do SUS.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde.
2. _____. _____. **Portaria/GM n. 699**, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.
3. _____. _____. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Relatório do Seminário de Avaliação do Pacto pela Saúde**. Brasília, 2008.
4. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota Técnica n. 6**, Para entender o Pacto pela Saúde, Brasília 2006.
5. _____. Ofício n. 303, de 9 de maio de 2007.
6. _____. Ofício n. 383, de 18 de junho de 2008.



**Atenção Primária
à Saúde: o desafio
de transformar o
discurso em prática**

I. Reflexão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS)

O início de um novo milênio propicia uma série de reflexões e traz grandes expectativas para toda a população. Na área da saúde, não poderia ser diferente. Em 2008, completaram-se trinta anos da realização da Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, antiga União Soviética (OMS/UNICEF, 1979), que contou com a participação de 134 países. Essa Conferência sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim de proporcionarem um nível de saúde melhor para todos, independente das diferentes origens sociais e econômicas, e apresentou propostas amplas de abordagem para a organização e redimensionamento dos recursos disponíveis, por meio dos cuidados primários de saúde. Foi também uma importante estratégia que marcou o início de um novo paradigma para a saúde coletiva, bem como o estabelecimento de uma nova plataforma política sanitária internacional (PERIAGO, 2007).

| 177

Os cuidados primários de saúde foram definidos, naquela ocasião, como métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos. Esses cuidados expressavam a necessidade urgente de todos os governos e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde em promoverem um ambiente com justiça social garantindo acesso à saúde para todas as pessoas (ASSIS *et al.*, 2007).

A meta “Saúde para todos no ano 2000” foi proposta nessa Conferência e passou a ser o marco, para o redirecionamento dos sistemas de saúde

no mundo, para tentar contemplar as necessidades mais complexas dentro do contexto social, político e econômico, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. Ratificava-se que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (WHO, 1978; ALEIXO, 2002).

A principal estratégia pactuada para o alcance dessa meta foi o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da reorganização dos Sistemas de Saúde, visando atingir os principais objetivos a serem alcançados: promoção e assistência a saúde para toda a população e um consenso de que a APS deveriam constituir-se em um modelo de sistema com capacidade para organização em sua totalidade.

A APS, como um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde, foi inicialmente pensada no final do século XIX, em Paris, quando o Professor Pierre Budin idealizou um sistema que contemplava serviços para atender a população infantil, mas que concentrava uma série de ações básicas de saúde (ROSEN, 1980).

Na primeira década do século XX, nos Estados Unidos, desenvolve-se uma experiência de organização do sistema de saúde voltada para a comunidade, com os chamados “Centros Comunitários”. Estes centros visavam integrar a prestação de serviços sociais para comunidades excluídas. O mais importante dessa experiência foi a realização de um trabalho voltado para distritos, com população definida e coordenação dos recursos dimensionados nessa área, atributos considerados importantes para a caracterização da APS, e que pode ser considerado um ponto inicial da aplicação articulada e consistente das ações básicas de saúde. Essa rede cobria municípios, estendendo suas ações para áreas rurais, valorizava a mobilização social, incluindo a cogestão dos serviços de saúde e enfatizava a importância do controle de colegiados e conselhos (ALEIXO, 2002; CONNELL, 2008). É importante destacar que, mesmo de forma incipiente, nesse modelo de

atenção, já se trabalhava a integralização, com ações preventivas e curativas, focadas em uma abordagem holística.

A moderna concepção da APS, entretanto, surgiu em 1920, no Reino Unido, quando ocorreu a difusão da noção de atenção primária, por meio do Relatório Dawson, que ressaltava a importância da reorganização e hierarquização dos cuidados de saúde (STARFIELD, 2004). Essa organização dos sistemas de saúde estava pautada em três níveis: os centros primários, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. O relatório descrevia detalhadamente as funções de cada nível de atenção e a relação que deveria ser estabelecida entre eles (MENDES, 2002).

Ainda nos primórdios do início do século XX, outro movimento antítese a esse modelo de organização dos serviços de saúde, projetava-se através também de um Relatório, elaborado pelo Professor Abraham Flexner que se baseava no mecanicismo, biologismo, individualismo e especialismo, com ênfase na medicina curativa (MENDES, 1993), dando origem à era da especialização, com valorização mercadológica da ação curativa e tecnicista e que reforça a separação entre o individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (PAIM, 1998).

O modelo flexeneriano teve expansão significativa, com vistas a se adequar às práticas econômicas e sociais do capitalismo industrial. Após a primeira e segunda guerra mundial concretizou-se a consolidação hegemônica desse modelo em grande parte do mundo ocidental, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil (ALEIXO, 2002).

Somente no último quarto de século XX, com o desencadeamento da crise econômica mundial e o agravamento das condições de vida e saúde da população, determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados, e de custos elevados, ressurgiu nos Estados Unidos o movimento em favor da medicina comunitária, que foi

oportuna e amplamente discutida no final da década de 1970 na Conferência de Alma-Ata, como já foi referido anteriormente e, aprovada, em 1979, pela 32ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde. Em 1980, o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde aprova, para as Américas, as estratégias para o alcance da saúde para todos no ano 2000. Mesmo tendo sido realizada em um contexto acirrado da crise monetária internacional, essa Conferência teve um papel importante por ter influenciado mudanças nas políticas de saúde no cenário mundial, principalmente na década de 80, e por ter catalogado a APS como doutrina universal (GIL, 2006; CONNEL, 2008; MENDES, 2002).

Faz-se importante lembrar que, quando as metas acordadas em Alma-Ata foram propostas, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento estava muito longe de atingi-las (MENDES, 2002). Países como Canadá, Espanha e Reino Unido já vinham adotando a APS como marco referencial a partir do qual foi focada a estruturação do setor e organização dos serviços de saúde (GIL, 2006).

Na literatura, podem ser encontradas muitas definições para APS, entretanto a mais evocada é a apresentada pela Organização Mundial de Saúde: “A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela é parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui-se no primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Variações terminológicas e diferentes interpretações são reportadas para a APS e são explicadas, na maioria das vezes, pela história de como se gestou e evoluiu esse conceito, pela ambiguidade de algumas definições formais apresentadas nos foros internacionais e pelos pensamentos das diversas escolas que estudam o tema (MENDES, 2002). No Brasil, a Atenção Básica de Saúde é uma denominação correspondente ao da literatura internacional para a APS.

Entre as várias interpretações da APS, destaca-se a seletiva, APS como nível primário do sistema de serviços de saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. A seletiva teve como justificativa de proposição o alto custo e a impraticabilidade de um programa global de saúde, no quadro da recessão mundial. Trata-se de um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo selecionadas por meio de um pacote de ações destinadas às populações de risco, focada em regiões pobres, projeto nominado de Revolução da Sobrevivência Infantil, desenvolvido por profissionais detentores de baixa qualificação e sem possibilidade de referência para um nível de maior densidade tecnológica. A APS do nível primário de saúde foi indicada para organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, voltada para os problemas mais comuns com ênfase na resolubilidade das ações, restritas ao nível primário. A APS organizadora do sistema que é apresentada como estratégia mais ampla pode reordenar todos os recursos para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, além de ser a articuladora de um sistema integrado de saúde (MENDES, 2002; ALEIXO, 2002).

Para que um sistema de saúde organize seus serviços por meio da APS é fundamental o entendimento da necessidade da operacionalização de seus princípios ordenadores ou atributos: primeiro contato (acessibilidade ao sistema em um conjunto de atributos), longitudinalidade (aporte regular de cuidados pela equipe de saúde ao longo do tempo, associado às relações pessoais e profissionais), integralidade (atendimento de um conjunto de necessidades mais comuns da

população adscrita, responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos do sistema, bem como o reconhecimento do homem como um ser biológico e social) e a coordenação, que garante a continuidade do cuidado, reconhecendo a necessidade de seguimento da população para os problemas que requerem atenção continuada (MENDES, 2002; PAN AMERICAM HEALTH ORGANIZATION, 2007).

É incontestável o reconhecimento de que sistemas orientados pela APS apresentam resultados positivos no que se refere a uma melhor qualidade de saúde da população, tanto relativo à equidade e eficiência, como concernente à continuidade da atenção e satisfação da população (ALMEIDA, GIOVANELLA, 2008).

II. O cenário brasileiro

182 |

Mesmo o Brasil não tendo estado presente na Conferência de Alma-Ata, o referencial proposto inspirou algumas experiências na implantação dos serviços municipais de saúde proporcionando aportes conceituais e práticos para a organização desses serviços (ALEIXO, 2002; GIL, 2006).

A partir do final da década de 1970 surgiram várias iniciativas objetivando a ampliação das práticas nos centros tradicionais de saúde, entre elas destaca-se a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), no nordeste, posteriormente estendido para todo o país, o que promoveu uma grande expansão da rede ambulatorial de saúde.

Muitas mudanças foram empreendidas nas duas últimas décadas do século XX, por meio de reformas em estruturas de governo/estado. Uma das mais amplas foi a Reforma Sanitária. No caminho de sua redemocratização, o país desencadeou um processo que procurou romper as antigas formas de oferecer serviços de saúde à população para um modelo baseado em princípios gerais de ordem doutrinária

como universalidade, integralidade e equidade, que passaram a constituir um direito fundamental do povo brasileiro na área da saúde. Para a consecução de seus objetivos, a própria reforma previu mudanças por meio de princípios organizativos, permeados por mecanismos de descentralização, hierarquização de serviços e estrutura de gerenciamento. Isso exigiu mudanças profundas nas estruturas organizacionais, nos serviços de saúde e no atendimento, suscitando novas formas de prestação de ações e serviços de saúde à população.

O movimento da reforma sanitária, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para a construção do texto da saúde da Constituição promulgada em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em princípios e diretrizes que definiram a APS como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente.

Uma característica marcante no sistema foi a descentralização da gestão e competência da prestação dos serviços aos municípios, com o suporte técnico e financeiro do estado e governo federal. Nesse contexto, os municípios apresentam um papel relevante na execução dos serviços de assistência à saúde e, mais amplamente, da gestão do nível de APS (GIL, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Para a reconstrução da prática na APS, foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), inspirado na experiência exitosa do Programa de Agentes de Saúde do estado do Ceará, que diminuiu drasticamente a mortalidade infantil daquele estado. Na composição da equipe de saúde do Pacs, estão inseridos o enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Posteriormente, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) que teve como base a experiência cubana de médico de família, implantado no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, com resultados satisfatórios. No PSF a equipe mínima tem a seguinte composição: médico, enfermeiro e agentes

comunitários de saúde. Foi inicialmente implantado em 12 municípios, contemplando as cinco regiões do país: no Norte, mais precisamente no Pará, foi selecionado o município de Bragança; no Nordeste, Campina Grande, no estado da Paraíba, Neópolis, em Sergipe e Quixadá, no Ceará. Na Região Centro-Oeste, Goiânia e Planaltina de Goiás; no Sudeste, os municípios de Juiz de Fora e Além Paraíba, no estado de Minas Gerais e o município de Niterói, no Rio de Janeiro; e, no Sul, Joinville e Criciúma, em Santa Catarina. A principal missão foi de reorientar o modelo de atenção, colocando a família nas agendas das políticas sociais e vislumbrando a possibilidade de transformação na prática da “porta de entrada” da rede de serviços de saúde (ASSIS *et al.*, 2007; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Segundo Campo, Cherchiglia e Aguiar (2002, p.71), o PSF, ainda que baseado nas ideias de APS, prevenção de doenças e promoção da saúde, aceitas internacionalmente, é original e inédito em sua concepção, pois não existe registro de modelos como o brasileiro em outros países do mundo. Ao contrário da Medicina Familiar (modelo vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania), o Programa Saúde da Família pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para a integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.

Os dois programas tinham uma estrutura verticalizada, com uma Coordenação Nacional, na Fundação Nacional de Saúde – Funasa, em Brasília, e Coordenações Estaduais, compostas no mínimo de três profissionais, sendo um da Funasa e dois das Secretarias de Estado da Saúde (SES).

Logo apareceram os primeiros resultados na redução da mortalidade infantil, no aumento da cobertura de aleitamento materno e na cobertura vacinal, entre outros. Foi um início muito difícil, pois as resistências por parte de alguns segmentos eram fortes. Porém aos poucos, os Pacs foram transformados em PSFs, esses, por sua vez, foram-se multiplicando, passando das 12 equipes iniciais para 29.300 (vinte e nove mil e trezentas) equipes, em 5.235 (cinco mil duzentos e

trinta e cinco) municípios brasileiros. (BRASIL, 2008). Esse crescimento extraordinário foi importante para a consolidação do que passou a ser chamado de estratégia, pois o que antes provocava resistências, atualmente passou a ser praticamente considerado uma unanimidade, pelo menos no discurso tanto de gestores, como no âmbito acadêmico e também dos profissionais da área da saúde.

Observa-se, de forma geral, que, principalmente no período de 1998 a 2004, essa expansão foi mais significativa na implantação das equipes de saúde da família em todas as regiões do país, embora ainda com uma maior concentração em municípios de menor porte e com menor Índice de Desenvolvimento Humano (GILL, 2006).

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais e de consolidar essa estratégia como prioritária para reorganização da Atenção Primária do Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria GM/MS n. 648, que se transformou em importante instrumento norteador para a organização do modelo de saúde do país (BRASIL, 2006a, ASSIS *et al.*, 2007; ALMEIDA, GIOVANELLA, 2008).

No ano de 2006, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, que se traduz em um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. O Pacto pela Saúde também redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

A partir de todos esses esforços das três esferas de governo, destacando o papel do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008, por meio do Relatório sobre APS, elogiou a Estratégia Saúde da Família (ESF), com reconhecimento honroso, e recomendou a sua adoção como ação bem-sucedida na área. Para implementar algumas reformas que poderiam tornar os

sistemas de saúde mais acessíveis a todos, a OMS faz recomendações e destaca o sucesso das iniciativas adotadas no Brasil com relação à atenção primária. O documento recomenda que os países adotem o acesso universal à saúde e cita o Brasil como exemplo: “O Brasil, que começou a adotar o sistema de acesso universal em 1988, já oferece o acesso a 70% da população”. Além disso, o relatório aconselha que o sistema de saúde tenha a população como foco e afirma que “sistemas de saúde podem ser reorientados para atender melhor às necessidades das pessoas por meio de pontos estabelecidos na comunidade”, citando novamente o sucesso da estratégia brasileira Saúde da Família (OMS, 2008).

III. Fragilidades identificadas

186

Com o processo de municipalização e a execução dos serviços de saúde descentralizada para os municípios, notadamente a atenção primária, as Secretarias Estaduais de Saúde se sentiram desresponsabilizadas com esse nível de assistência. Por sua vez, os municípios também adotaram uma postura de independência, com um discurso da autonomia de cada esfera de governo e distorção da direção única, esquecendo, muitas vezes, que o SUS foi arquitetado para funcionar com responsabilidades compartilhadas de forma solidária, onde as três esferas de governo devem pactuar as políticas de saúde e serem responsáveis pelo financiamento. Essa postura, de entendimento de responsabilidades, foi, de certa forma, prejudicial para a Saúde da Família, pois permitiu um crescimento desordenado da estratégia, com equipes incompletas, não-cumprimento da carga horária estabelecida, não-conversão do modelo de atenção proposto, falta de qualidade e de resolutividade, apesar de se reconhecer, entretanto, que esse crescimento foi imprescindível para a consolidação da ESF.

Diante desse cenário, o CONASS realizou vários eventos, incluindo oficinas em alguns estados, que tiveram como principal objetivo contribuir para a reorganização da APS. Nessas oficinas, foi possível fazer uma

análise da situação atual, no âmbito estadual e municipal, identificar problemas, criar um consenso em torno da APS e permitir uma reflexão sobre o sistema de saúde que estava sendo ofertado à população. A estrutura metodológica dessas oficinas, contemplava ainda o estabelecimento de propostas construídas pelos participantes para o redirecionamento das ações in loco. De uma forma geral, foi evidenciado que a realidade encontrada não se difere nos vários estados, mesmo reconhecendo as várias realidades de saúde existentes no país.

A partir dessa análise situacional, identificada a partir das falas dos gestores e profissionais de saúde, podem ser destacadas algumas fragilidades comuns na maioria dos serviços:

- Fragilidade na estrutura física e organizacional da Atenção Primária, em vista do entendimento distorcido de alguns gestores do que seja baixa complexidade tecnológica.
- Desintegração e desarticulação entre os diversos setores, tanto das SES como das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).
- Dificuldade no processo de colaboração das áreas de planejamento, auditoria e informação com a APS.
- Falta de planejamento e de Integração entre as diversas ações.
- Distanciamento entre a atenção especializada, hospitalar e a realidade da APS.
- Atuação de forma isolada entre os diversos setores das SES envolvidos com o processo de implantação/implementação da ESF.
- Processo de trabalho individualizado e fragmentado, prevalecendo o modelo hospitalocêntrico.
- Não-utilização da informação relativa aos indicadores de saúde na tomada de decisão e no planejamento do trabalho das equipes.
- Deficiência de estruturas de supervisão e coordenação das ações de saúde.

- Discrepância de informações geradas pelos diversos sistemas.
- Elevada rotatividade dos profissionais das equipes, especialmente o profissional médico.
- Número de médicos insuficientes para o número de equipes, gerando um quantitativo significativo de equipes de saúde da família sem esse profissional.
- Capacitações realizadas de forma desorganizada e desintegrada.
- Deficiência na formação de profissionais da área da saúde para trabalhar com a APS.
- Dificuldade no diálogo com os municípios ou no estabelecimento da cooperação técnica.
- Dificuldade na produção, circulação e utilização da informação.
- Fragilidades do sistema de referência e contra-referência que incidem negativamente sobre os princípios da integralidade e a continuidade da assistência, decorrentes de uma excessiva concentração da média e alta complexidade em um ponto único do sistema.

188 |

Ficou evidenciada ainda a desintegração e desarticulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e a necessidade de buscar a integralidade da atenção, mesmo respeitando as especificidades existentes entre elas.

Tem sido difícil superar essas dificuldades, pelo pouco investimento que tem sido feito na APS, mesmo considerando a existência do aumento de aporte de recursos dispendidos pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, ainda insuficientes para uma efetiva gestão da atenção primária. Em relação aos recursos alocados pelos estados, existe um mito que estes não investem de forma efetiva na atenção primária, mas convém lembrar que grande parte da estrutura das unidades básicas de saúde, recursos humanos, vigilâncias, assistência farmacêutica, cooperação

técnica, incentivos financeiros para os municípios, foi e continua sendo disponibilizada, reconhecendo-se, porém, a dificuldade dos estados em compilar esses recursos. Por sua vez, os municípios, que efetivamente gastam um percentual maior, em algumas circunstâncias, em vez de direcionar os recursos para a APS, direcionam para unidades hospitalares, quando nem sempre é de sua competência essa gestão.

Os municípios também convivem com outra problemática: profissionais pouco valorizados e, por isso, desmotivados, o que também dificulta a conversão do modelo, que infelizmente ainda continua fragmentado e organizado para atender às condições agudas, enquanto há um crescimento eminente no país das condições crônicas de saúde.

Uma reflexão que se faz também interessante é quando se analisa a cobertura dos municípios:

- 96,2% com agente comunitário de saúde;
- 94,1% com equipes de saúde da família;
- 82,6% com saúde bucal.

Isso corresponde a uma cobertura populacional de 49,5% considerando-se como base de cálculo o quantitativo de 3450 pessoas acompanhadas por cada equipe, tomando-se como referência os dados compilados no país até dezembro de 2008 (BRASIL, 2009). Embora tenha sido uma expansão de cobertura relevante, evidencia-se que supostamente 50,5% da população ainda é assistida no modelo tradicional, todavia, não se dispõe de dados que permitam analisar como isso ocorre. Provavelmente essa demanda procura o hospital nos eventos agudos, deixando de usufruir dos atributos da APS (BRASIL, 2008).

Outro aspecto a se considerar é que grande parte da população ainda não tem o entendimento da importância da vigilância à saúde na atenção e é, muitas vezes, vítima do modelo biomédico e tecnocrático hegemônico no país, além do muito pouco tempo de caminho percorrido na tentativa de conversão do modelo. Uma outra reflexão refere-se às expectativas

pautadas neste modelo que fazem as pessoas associarem um bom atendimento ao uso de tecnologias e medicamentos, desvalorizando os atos humanos, o acolhimento, a escuta e as relações diretas com as equipes de saúde da família (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2006).

Para Bastos (1992, p. 51) mudanças que possam ocorrer nos padrões tradicionais do comportamento, principalmente os mais recentes, possuem um ritmo quase imperceptível de instalação e necessita de um tempo maior para que se tornem conscientes e sejam assumidas pelos atores envolvidos. Em relação às ESF, detecta-se a necessidade de uma abordagem integrada, compreensiva e multidisciplinar de avaliação do impacto da estratégia, contemplando ao lado do eixo epidemiológico propriamente dito a dimensão comportamental e sociocultural.

As dificuldades elencadas não se constituem em obstáculos e sim em desafios que estão sendo transpostos, sempre de forma democrática e participativa, com o objetivo de se alcançar um sistema de saúde que venha a atender às necessidades de saúde da população.

190

IV. Como o CONASS vem enfrentando os desafios de transformar o discurso em prática

Com o resgate histórico dos movimentos que aconteceram no Brasil, nesse início de milênio, percebe-se a busca do novo caminho condutor das políticas públicas no país. As iniciativas do CONASS para fortalecer a APS se deram, principalmente, por meio das discussões com as Secretarias de Estado da Saúde, com o Ministério da Saúde, como o Conasems e também na busca incessante de novas parcerias internas e externas. Entre as principais iniciativas destacam-se:

- Seminário realizado para a “Construção de Consenso” em Salvador, nos dias 27 e 28 de novembro de 2003. Nesse Seminário, os Secretários Estaduais de Saúde aprovaram o propósito de fortalecer a Atenção Primária, entendendo-a como eixo fundamental para a

mudança do modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente ao gestor municipal pela organização e operacionalização da APS e entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. Consideram ainda que a ESF deve ser a principal organizadora da APS no âmbito do SUS, devendo ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo como princípios a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (CONASS, 2006).

- Realização da cooperação internacional para o fortalecimento das equipes de APS nas SES. Em negociação com o Diretor dos Programas Internacionais do Departamento de Medicina Familiar da Universidade de Toronto, o CONASS desenvolveu uma proposta de trabalho conjunta objetivando disponibilizar para as SES uma proposta metodológica de capacitação para equipes gerenciais de APS/PSF, com o apoio do Departamento da Atenção Básica (DAB/MS). Essa negociação se consolida por meio do Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Atenção Primária à Saúde, realizado em três módulos.
- Oficinas do CONASS realizadas com os coordenadores estaduais de atenção primária sobre monitoramento e avaliação da APS que contou com um diagnóstico da estrutura das SES, visando ao acompanhamento e à avaliação da APS; identificação de documentos, instrumentos e processos utilizados, monitoramento e avaliação com a disponibilização de textos de apoio para as equipes das SES elaborarem propostas de metodologia de avaliação e acompanhamento.
- Projeto de Fortalecimento da APS no Brasil e no Canadá: Um

Projeto para o Intercâmbio de Conhecimentos para a Equidade, que está sendo viabilizado em quatro estados do Nordeste. Essa proposta apresenta um programa que constrói conhecimentos e habilidades para conceituar, programar, avaliar e sustentar novas formas de gerenciar a APS, usando informação baseada em evidências, gestão baseada em resultados, criando espaços para as equipes de saúde impactarem positivamente na saúde da população. Esse projeto está sendo desenvolvido de maneira conjunta entre o Ministério da Saúde e organizações parceiras brasileiras e canadenses.

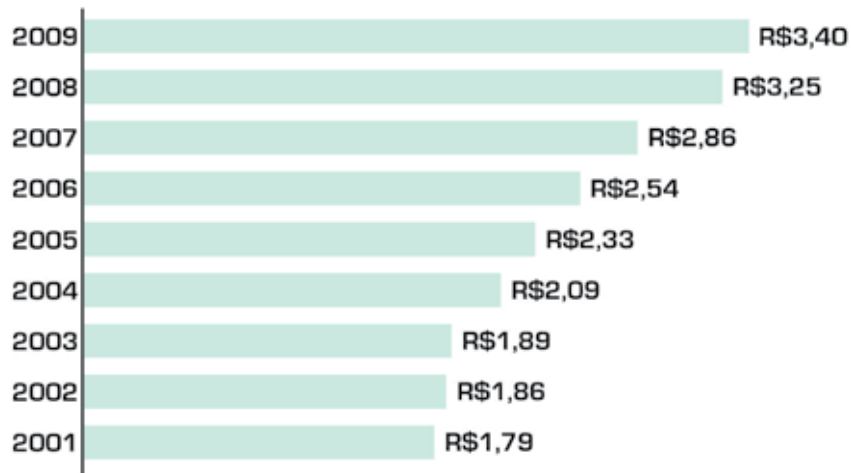
- Seminário com os Secretários Estaduais de Saúde para construção de consenso sobre modelo de atenção à saúde.
- Oficinas com vários estados sobre Redes de Atenção à Saúde, projetando uma APS forte e coordenadora do sistema.
- Luta por mais recursos financeiros para a saúde, através de constante mobilização.

192

No que se refere à APS, a solicitação de incremento de recursos no orçamento do Ministério da Saúde destinados a esse fim consta desde a análise feita pelo CONASS do Projeto de lei Orçamentária Anual (Ploa 2005). Apesar do incremento nos valores nominais do PAB fixo de 2001 a 2009 (variação de 89,94%) que podemos observar na Figura 1 a seguir apresentada, o CONASS sugeriu ao Relator do Orçamento de 2009 o incremento de recursos para o Piso de Atenção Básica Fixo, ampliando o repasse federal per capita para cerca de R\$ 20,00 habitante/ano. Tal proposta justifica-se, pois a inflação acumulada de janeiro de 1998, quando da implantação do PAB Fixo, até outubro de 2008 foi 98,91% conforme o Índice de Preços ao Consumidor (IPC) medido pela Fundação Instituto de Pesquisa Econômica (Fipe) para o setor saúde (BRASIL, 2008; FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS, 2008).

Figura 1

Execução/Alocação Orçamentária para PAB fixo – 2001 a 2009 (R\$ bilhões)



Fonte: Valor – 2001 a 2008, Relatório de Execução Orçamentária e Financeira da CAA/CGOF/SPO/MS, 2009; LOA 2009; IBGE 2008. Nota: anos de 2001 a 2008 – Valores Executados, 2009 – Valor alocado na LOA 2009.

Apesar dos incrementos de recursos no PAB fixo e variável, esse último, principalmente pelo aumento de cobertura nesses últimos anos, os recursos financeiros ainda não são condizentes com a importância da APS para organização do SUS, sendo necessária a ampliação dos recursos nessa área.

Os desafios são muitos, e algumas iniciativas foram desencadeadas considerando os limites da ESF nas responsabilidades mencionadas pelos gestores estaduais, principalmente no que se refere à reorganização do modelo de atenção à saúde, como uma estratégia de mudança. Franco e Merry (2006) consideram que a Saúde da Família é hoje, de fato, uma das principais respostas do modelo de saúde à crise vivenciada no setor, porém pode não ter mecanismo efetivo para reverter a configuração do modelo hegemônico.

Nunca é demais reafirmar o consenso geral de que a APS deve ser a organizadora dos sistemas, podendo não ser, entretanto, a ESF o único caminho para que a APS possa ser viabilizada, embora se reconheça que,

atualmente, seja o melhor. Todavia, deve-se refletir sobre o que está ocorrendo com a outra parcela da população descoberta pela ESF (50,5%). Para essa parcela da população, poderia se investir mais e melhor nas unidades de saúde existentes, incentivando a implantação do Pacs até que os municípios tenham condições para avançar na ESF.

V. Considerações finais

A partir dessas ponderações, questiona-se por que não se organiza a atenção à saúde para toda essa população, com territorialização e adscrição de clientela. Uma das opções para se tentar minimizar essa problemática poderia ser um escalonamento diferenciado de recursos valorizando quem efetivamente se esforça em cumprir o que preconiza a Portaria GM/MS n. 648, o que poderia ajudar a corrigir o descumprimento da Política de Atenção Básica e estimular aqueles que ainda não conseguiram sair do modelo de saúde tradicional.

194

Experiências exitosas estão sendo apresentadas pelos estados e municípios que se propuseram a organizar o sistema em Rede de Atenção, uma vez que têm conseguido avançar com a APS na coordenação do sistema, integradora e articuladora dos diversos pontos de atenção e não necessariamente utilizando a ESF em todas as suas localidades. A dificuldade de recursos humanos, especialmente profissionais médicos, é uma realidade, pois o país, atualmente, não dispõe de quantitativo suficiente para atender a toda a demanda, aliada a formação desses profissionais voltada para a área das especializações. Ressalta-se que as localidades que enfrentam essas dificuldades podem encontrar outras alternativas de organização, respeitando os princípios e atributos da APS.

Não se pode deixar de ressaltar que os avanços, nesses últimos vinte anos, foram imensuráveis, contudo as reflexões em torno do legado da APS e suas estratégias dos cuidados primários de saúde suscitam constantemente debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos

rumos da Política Nacional de Saúde e, conseqüentemente, emergem mais alguns questionamentos:

- As diferentes compreensões acerca das diversas concepções evidenciadas na literatura sobre a APS foram incorporadas no contexto nacional na organização do sistema de saúde?
- As influências decorrentes das variações conceituais e as diferentes interpretações da APS estão influenciando na organização dos modelos de saúde?

Observa-se que a APS é vivenciada de forma diferente no mesmo estado e até convive de forma diversa dentro de um mesmo município.

O Brasil é um país de grandes dimensões geográficas, com especificidades locais em termos de condições socioeconômicas, demográficas e de governança, que permeiam a criação de variados sistemas locais de saúde, o que pode contribuir para os diferentes entendimentos e concepções da APS.

A partir dessas reflexões, ainda indaga-se: a APS da teoria, ou seja, a APS organizadora do modelo de atenção, com capacidade de resposta justa e sustentável dos sistemas de saúde dos cidadãos, com participação, orientada para a qualidade e intersetorialidade, está sendo viabilizada? E, sobretudo, interroga-se se esta, de fato, está atendendo às reais necessidades da população brasileira.

O SUS faz parte de um processo de construção, assim, as respostas para todos esses questionamentos só poderá ser dada pela população brasileira que anseia por um SUS justo, com uma APS organizada por um contínuo de atenção, organizadora de uma rede poliárquica, orientada para atenção a condições crônicas e agudas e proativa, cumprindo na íntegra, o discurso e a prática da atenção integral à saúde, previsto na Constituição brasileira.

Referências bibliográficas

1. ALEIXO, J. L. M. A atenção à saúde e o Programa Saúde da Família: expectativas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n. 1, 2002.
2. ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1.727-42, 2008.
3. ASSIS, M. M. A; CEQUEIRA, E. M.; SANTOS, A. M.; JESUS, W. L. A. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodologia e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 10, n. 2, 2007.
4. BASTOS, A. C. S. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para investigação em saúde. **Revista Ciência em Saúde**, v. 13, n. 2, p. 325-30, 1992.
5. BRASIL. LOA 2009. Lei n. 11.897, de 30 de dezembro de 2008. [acessado em 6 fev. 2008]. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/orcamento_09/loa09/loa_VOL_IV.pdf>. Acesso em: dez. 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 29 mar. 2006a.
7. _____. **Pactos pela Vida e de Gestão**. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
8. _____. **Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação**. Departamento de Atenção Básica/SAS. Competência: dezembro de 2008. Brasília, 2008.

9. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Atenção Primária. **CONASS DOCUMENTA 2**. Brasília, abril, 2004.
10. CONNIL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 24, Sup. 1, p. 7-27, 2008.
11. ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). Curso "Atendimento aos cidadãos". Disponível em: <<http://www.ead.serpro.gov.br>>. Acesso em: dez. 2006.
12. FRANCO, T. B.; MERRY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: **Conferência Nacional de Saúde**. Tribuna Livre, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: dez. 2008.
13. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População residente**. Estimativas para o TCU-Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>. Acesso em: dez. 2008.
14. FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Disponível em: <<http://www.fipe.org.br/web/index.asp>>. Acessado em: nov. 2008.
15. GIL, C. R. Atenção primária de saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-81, 2006.
16. MENDES, E. V. **Distrito sanitário**; o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
17. _____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002, 92 p.
18. OLIVEIRA, A. C. O.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M.V. **A relação entre a atenção primária à saúde e as internações sensíveis por condições à atenção ambulatorial nos municípios mineiros**. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/AO7A048.pdf>>. Acesso em: jan. 2009.

19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud e del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. In: **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**, Alma-Ata (URSS), 6 de septiembre de 1978. Geneve: OMS, 1978.

20. _____. **La atención de salud**. Informe sobre la salud en el mundo, 2008.

21. OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata (URSS), UNICEF, 1979.

22. PAN AMERICAM HEALTH ORGANIZATION. **Renewing primary attention health care in the Americas**. Washington, DC: PAHO, 2007.

23. PAIM, J; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

198

24. PERIAGO, M. R. L. A renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2/3, p. 65-68, 2007.

25. ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

26. STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atencion Primaria de Salud**. Alma-Ata (URSS) 6-12 de septiembre. Geneva: WHO, 1978.



**A regionalização
e a organização
de redes de
Atenção à Saúde**

I. Introdução

Ao longo desses 20 anos, os gestores do SUS buscaram alternativas para melhorar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde com equidade, adequando a disponibilidade de recursos às necessidades e demandas da população. Desde a década de 1990, com a publicação das normas operacionais do SUS, a descentralização das ações e serviços tem sido uma diretriz do sistema de saúde.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/SUS, 2001) promoveu no país uma ampla discussão sobre a conformação de regiões de saúde com vistas a organizar a assistência à saúde, porém, devido à sua rigidez normativa e à impossibilidade de contemplar as diferentes realidades do país, acabou por não atingir os seus objetivos. Nesse contexto, nasceu o Pacto pela Saúde, que retoma a discussão da regionalização e, a partir da experiência da Noas 2001/2002, propõe um movimento dinâmico e flexível, indicando, para tal, espaços regionais de planejamento e gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) visando à implementação da Regionalização Solidária e Cooperativa.

A regionalização oferece os meios para melhorar a coordenação e integração do cuidado em saúde, melhorar os custos e proporciona a escala mais adequada e maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão. Contudo, a regionalização, apesar dos benefícios, apresenta desafios, tais como as dificuldades para

integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões e gerências para atender às necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados. Para isso requer a existência de sistemas de informação em tempo real para orientar a tomada de decisão e a busca constante de alternativas para otimizar recursos e organizar a gestão compartilhada.

II. A regionalização da Atenção à Saúde

A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização de ações e serviços de saúde.¹ A conformação de regiões de saúde no país é o fator determinante para a construção das redes de atenção à saúde no SUS. Ao se constituírem as regiões, é necessário considerar alguns critérios, tais como: contiguidade intermunicipal; a existência, entre esses municípios, de alguma identidade social, econômica e cultural; a existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; a identificação dos fluxos assistenciais; e a avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso.

202 |

No setor saúde, verifica-se uma relação estreita entre qualidade e quantidade, assim como pode ocorrer uma relação dialética entre escala e acesso, nesses casos apesar de ter serviços com baixa escala, deve-se garantir o acesso.² Todos esses critérios precisam ser analisados na conformação das regiões em cada estado para que de fato se definam territórios sanitários, que diferem dos territórios político-administrativos ainda vigentes em várias regiões do país. Os territórios

¹ PESTANA, 2004.

² MENDES, 2006

político administrativos são pré-definidos pela divisão político-administrativa do país, dos estados e dos municípios e necessariamente não são considerados na sua conformação os critérios de conformação dos territórios sanitários (MENDES, 2004).

Ao definirem-se os territórios sanitários, é preciso estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos gestores do SUS. Dessa forma, o Pacto pela Saúde propõe que no território municipal se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde e ações básicas de vigilância em saúde; nas microrregiões ou regiões de saúde, haja a suficiência em serviços especializados; e na macrorregião de saúde, haja serviços especializados de maior densidade tecnológica.

Objetivos da Regionalização

1. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal.
2. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade.
3. Garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de redes de atenção à saúde integradas.
4. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões.
5. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.³

³ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006.

III. Os Colegiados de Gestão Regional

São espaços permanentes de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre os gestores estaduais e municipais nas regiões.

A sua denominação e funcionamento devem ser acordados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e as suas decisões tomadas por consenso. A sua constituição deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região de saúde e a representação do estado.

Os colegiados de gestão regional constituem-se em um espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Realizam o planejamento regional, definindo prioridades, elaborando a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde, exercitando o seu monitoramento e avaliação, desenhando o processo regulatório, definindo as estratégias de controle social, estabelecendo as linhas de investimento e apoiando a programação local. Os colegiados devem ser apoiados por câmaras técnicas permanentes.

204

Os espaços territoriais devem contemplar de acordo com a escala, acesso e qualidade, os recortes microrregionais e macrorregionais, organizados em redes de atenção que possibilitem a conformação de um sistema integrado de saúde.

Esses espaços devem ser explicitados nos Planos Diretores de Regionalização (PDR), cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do processo de regionalização.

Ao se organizarem as redes de atenção à saúde, há de se considerar as peculiaridades regionais existentes no Brasil, especialmente no que concerne a regiões de baixa densidade demográfica, como, por exemplo, a Amazônia Legal, que terão, em razão da necessidade, de garantir o acesso a serviços com baixa escala.

IV. Redes de Atenção à Saúde no SUS

Os sistemas de saúde têm vários desafios a serem enfrentados, operacionais, estruturais e de gestão para garantir a proteção de todos, diminuir as iniquidades e melhorar o acesso. Compete aos governos enfrentar esses desafios para garantir uma infraestrutura adequada e os recursos humanos necessários para o setor.

Nos últimos anos entre os vários desafios na organização dos sistemas de saúde, tem sido frequente a preocupação com a fragmentação do cuidado e dos sistemas de saúde. Há também a compreensão de que a fragmentação do cuidado em saúde é um fator importante a ser enfrentado para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.

A organização de redes de atenção integradas e regionalizadas permeia toda a formulação do arcabouço constitucional do SUS, tanto nas proposições para organização do sistema de saúde como nas instâncias de gestão intergovernamentais que ampliaram as relações e vínculos entre os três Entes Federados na implantação da política de saúde.

205

A estratégia de Redes de Atenção à Saúde, como ação integrada de políticas no espaço regional, consiste em um movimento de afirmação dos princípios do Pacto pela Saúde, ao buscar a consolidação das diretrizes, responsabilidades e metas definidas para a construção do processo de regionalização.

As condições crônicas

Em 2003, a OMS, na publicação “Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas”, orientou os governos para adotarem medidas para enfrentar o aumento das condições crônicas que se constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis (*e.g.*, HIV/AIDS) e

não-transmissíveis (*e.g.*, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (*e.g.*, amputações, cegueira e transtornos das articulações), embora pareçam ser diferentes, incluem-se na categoria de condições crônicas, porque apresentam um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes.⁴

Prevenir as doenças crônicas é um investimento vital, considerando que as doenças que mais contribuem para a carga global de doenças são o AVC, doenças cardíacas, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. Estas são doenças que ocorrem em todo o mundo e são as principais causas de morte em países desenvolvidos e representam 80% dos óbitos em países com renda média ou baixa onde vive a maioria da população.

Até recentemente, o impacto e o perfil das doenças crônicas não eram bem avaliados. O impacto econômico das doenças crônicas é muito significativo. De 2005 a 2015, países como Reino Unido irão perder cerca de 40 bilhões de dólares do produto nacional, China perderá 550 bilhões de dólares e Índia perto 250 bilhões de dólares. Doenças crônicas significam cuidados de longo prazo, o que tem profundas implicações nos serviços de saúde.⁵

Comumente, fatores de risco estão associados à maioria das doenças crônicas. Estes fatores de risco explicam a vasta maioria das mortes por doenças crônicas em todas as idades, em homens e mulheres, e em todas as partes do mundo. Eles incluem dietas inadequadas, inatividade física e uso de tabaco. Há significativa inter-relação entre diferentes condições crônicas, por exemplo, a obesidade aumenta o risco de desenvolver diabetes tipo 2, e o diabetes aumenta o risco de ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, cegueira e disfunção renal. Cerca de 80% das doenças cardíacas, AVC e diabetes podem ser prevenidas. Cada ano, pelo menos 4,9 milhões de pessoas morrem

⁴ OMS/OPAS, 2003.

⁵ DEPARTMENT OF HEALTH, 2007.

pelo uso do fumo; 2,6 milhões morrem por doenças associadas ao sobrepeso; 4,4 milhões morrem por aumento do colesterol total; e 7,1 milhões por condições relacionadas ao aumento da pressão arterial. Enfrentar essas condições requer ação local, nacional e internacional.

A fragmentação no SUS

Na organização do sistema de saúde no SUS, observa-se uma pequena diversidade dos pontos de atenção à saúde, com polarização entre as unidades básicas de saúde e hospitais; uma concepção equivocada de que a atenção primária é menos complexa e, portanto menos importante que os demais níveis de atenção, induzindo a uma organização precária, com pouca resolutividade, inexistência da sua função de coordenação e de comunicação dos diferentes pontos de atenção à saúde, a atenção isolada nos pontos de atenção sem visão sistêmica, gerando pouco valor para os usuários em termos de uma condição ou patologia. Um dos resultados dessa forma de organização foi que, em 2004, um em cada três portadores de diabetes morreu antes de completar 60 anos de idade.⁶

207

Por consequência, a rede de serviços de saúde no país foi sendo construída e implantada ao longo dos anos: na lógica da oferta e não da necessidade de saúde da população, sem o compromisso com o princípio da escala; de forma fragmentada, ou seja, sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção; além disso, a rede é muito polarizada entre atenção ambulatorial e hospitalar, existindo poucos pontos de atenção à saúde não-convencionais; em função da baixa escala, há baixa produtividade e a qualidade fica comprometida, os serviços não são integrados e poucos conhecem os problemas de saúde na região em que atuam, inexistindo vinculação com a clientela; os recursos são despendidos para a realização de procedimentos e tratamentos que

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004.

não têm impacto na saúde da população, trabalhadores de saúde não estão preparados para atender às condições crônicas e interagir com o usuário estimulando a autonomia; e o paciente/usuário do sistema também está insatisfeito com a atenção recebida.

Existe, portanto, no SUS uma crise do modelo de atenção que é determinada pela incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pela dupla carga da doença com predominância relativa das condições crônicas e um modelo de organização dos serviços voltado para o privilegiamento das condições agudas.

Considerando as características distintas das condições agudas e crônicas, há necessidade de os sistemas de saúde organizarem-se de modo a dar conta dessas diferenças. A reformulação do modelo de atenção voltado para o atendimento das condições crônicas deve ser preocupação dos gestores do SUS, na busca pela eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços de saúde, e no alcance dos resultados.

208 | Mudar significa inovar na busca de um modelo de atenção à saúde que considere tanto os problemas agudos quanto os crônicos; com ação equilibrada na promoção da saúde, na prevenção das doenças e na cura, cuidado e reabilitação dos portadores de doenças ou agravos; baseado em evidências científicas; integrando os recursos da comunidade; estabelecendo padrões de padrões de qualidade e incentivos à saúde; e melhorando a capacitação dos trabalhadores em saúde.

A tomada de decisão deve ter como objetivo o alcance de resultados e melhoria da saúde da população, o cidadão como eixo do sistema com atenção integral, de diferentes profissionais, em diferentes espaços de atenção, em diferentes tempos, porém com seus processos integrados para garantir uma resposta adequada as suas demandas e necessidades.

Nesse sentido, o CONASS entende que a recomposição da coerência entre a situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde far-se-á por meio da implantação de redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde exigem uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção.

No Brasil, há enormes diferenças entre estados e, nos estados, mais de 75% dos municípios têm menos de vinte mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade. Por isso, as redes terão de se organizar com autosuficiência na média complexidade nas microrregiões ou regiões de saúde e com autosuficiência em alta complexidade nas macrorregiões. Essas situações colocam para as Secretarias Estaduais de Saúde o papel preponderante de coordenador e indutor de um novo modelo de atenção voltado para o atendimento às necessidades da população.

Para dar conta dessa missão, é necessário que as Secretarias Estaduais de Saúde estejam embasadas teórica e conceitualmente, como também possam, a partir da realidade epidemiológica, demográfica e socioeconômica, coordenar a conformação das redes de atenção à saúde nos seus estados.

209

Nesse sentido, o CONASS iniciou em 2006 um processo de fortalecimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde, por meio da realização de oficinas a respeito de redes de atenção à saúde para técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde com a finalidade de desenvolver competências e instrumentalizá-los no desenho e implementação dessas redes.

A construção da oficina de redes de Atenção à Saúde no SUS

Em 2006, os secretários estaduais de saúde destacaram o Modelo de Atenção no SUS como um dos desafios a ser trabalhado nos próximos anos.

O modelo de atenção à saúde do SUS caracteriza-se, à semelhança de quase todos os sistemas de saúde universais, por ser voltado para o atendimento às condições agudas. Esse modelo de atenção à saúde

não se presta para responder, com eficiência e efetividade, a uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das condições crônicas. Esse desafio só será superado por uma mudança no modelo de atenção à saúde vigente no sistema público brasileiro.⁷

Em razão disso, a assessoria técnica do CONASS com base no trabalho precursor desenvolvido pela SES/MG e com o apoio na orientação do conteúdo do Professor Eugênio Vilaça Mendes, desenvolveu uma metodologia que se consolidou na **“Oficina sobre Redes de Atenção no SUS”**, que vem sendo realizada para os dirigentes e técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde. Uma das preocupações foi buscar uma metodologia de aprendizagem para trabalhar com adultos com larga experiência na área de saúde, que considerasse esse acúmulo que as pessoas têm, mas também introduzisse uma reflexão sobre o modelo de atenção no sistema de saúde, com base em dados demográficos, epidemiológicos e da rede de serviços de saúde de cada estado.

210 |

Com a consultoria do Instituto Innovare do Ceará, do Professor João Batista, foram realizadas várias oficinas para a construção de uma proposta andragógica (arte e ciência de ajudar o adulto a aprender).⁸

Inicialmente, foi construído o mapa conceitual que orientou todo o desenvolvimento das técnicas e competências que seriam trabalhadas com os participantes. O Mapa Conceitual (MC) é um instrumento esquemático utilizado para representar um conjunto de significados (conceitos), é uma representação de maneira diagramática da interpretação de ideias ou percepção da realidade de um indivíduo ou grupo. O MC ajuda a elaborar os objetivos do curso e os objetivos de aprendizagem e demonstra os principais conceitos a serem abordados e suas inter-relações, além de facilitar a integração entre os conteúdos.

⁷ CONASS, 2006.

⁸ CHOTGUI, [s. d.].

O MC é contexto-dependente. Assim, o conhecimento prévio do indivíduo ou do grupo influencia o mapa produzido e é variável.⁹ A partir do mapa conceitual que identificou todos os conceitos a serem trabalhados no processo de discussão com os participantes, foram elaborados os conteúdos e as técnicas de apresentação destes durante a oficina. Desta forma, elaborou-se um guia do facilitador e um guia para o participante da oficina.

O guia do facilitador é um instrumento fundamental para o desenvolvimento do curso e tem como objetivo guiar todo o processo de desenvolvimento da oficina e orientar o facilitador e contribuir para a homogeneização do desempenho dos facilitadores.

O guia é composto por um sumário, definição da equipe de planejamento, introdução, competências a serem adquiridas/desenvolvidas objetivos gerais de aprendizagem e estratégias educacionais, programação, descrição dos roteiros das estratégias educacionais com orientações ao facilitador, incluindo os conhecimentos/habilidades prévios dos estudantes (opcional) e possíveis conceitos/práticas errôneas, recursos de aprendizagem, tais como bibliografia (se possível comentada), vídeos, modelos etc. E contém os anexos: Matriz – objetivos de aprendizagem x estratégias educacionais e Mapa Conceitual.

211

O guia do Participante tem o objetivo de orientar o estudante no desenvolvimento do curso. É composto por praticamente o mesmo conteúdo do Guia do Facilitador, com exceção das orientações ao facilitador.

Dessa forma, a oficina foi estruturada didaticamente em duas Unidades:

Unidade 1 – Situação de saúde e os modelos de Atenção à Saúde:

esta unidade tem o objetivo de analisar a situação demográfica e epidemiológica e estabelecer a sua interação com os modelos de atenção à saúde.

⁹ INSTITUTO INNOVARE, 2006.

Unidade 2 – Redes de Atenção à Saúde: nesta unidade são abordados os fundamentos e os componentes de rede e é simulada uma metodologia de implantação de redes.

Os tópicos e subtópicos abordados na oficina são: a situação epidemiológica; situação demográfica: conceito de pirâmide etária e suas relações com doenças crônicas e custos do sistema de saúde; conceitos e características de condição aguda e condição crônica do modelo fragmentado e modelo integrado; características e resultados dos sistemas orientados para atenção às condições agudas e crônicas; os fundamentos da construção das redes de atenção, as relações entre diretrizes clínicas e redes de atenção à saúde; princípios e funções da APS na rede; o conceito e os componentes das redes de atenção à saúde; desenho das redes temáticas ideais e modelagem das redes.

A realização de oficina sobre Redes de Atenção à Saúde é precedida de preparação dos guias do participante e do facilitador que são utilizados durante toda a oficina. Os guias são compostos por estudos de caso, estudos dirigidos, dramatização, exercícios de elaboração de matriz para a organização de redes em uma região de saúde no estado, aulas, e um exercício de modelagem de redes. Todos os textos que compõem os guias são elaborados com base nos dados epidemiológicos e demográficos do estado que deseja realizar a oficina.

A realização da oficina tem por objetivo proporcionar aos participantes a reflexão sobre a situação de saúde no estado, o modelo assistencial vigente, a coerência do modelo assistencial com a condição de saúde predominante e as dificuldades de acesso à saúde. Durante a oficina, os participantes discutem os fundamentos da construção de redes, o conceito de redes de atenção à saúde, os seus componentes e a elaboração de exercícios para conformação de redes. Portanto, além de apresentar uma proposta de organização de serviços, a oficina visa estimular a equipe da SES a implantar o processo.

A seguir apresentamos o roteiro das atividades que a equipe da SES necessita desenvolver previamente à realização da oficina.

A SES que deseja realizar a oficina deve definir uma equipe de coordenação, que desenvolverá as atividades para a preparação do material (guia do facilitador e guia do participante), com o apoio da equipe técnica do CONASS:

1. A equipe da SES deve elaborar um texto sobre a Situação de Saúde no estado, contendo dados sobre a situação epidemiológica (principais causas de óbitos e de internação) e demográfica. O CONASS disponibiliza um texto sobre a situação de saúde no Brasil, que poderá ser utilizado também, acrescido das informações do estado.
2. Deve preparar uma apresentação sobre a Situação de Saúde no estado, com os dados incluídos no texto anterior, para ser apresentado ao grupo de participantes da oficina.
3. A SES escolherá uma condição crônica (atenção materno-infantil, controle da hipertensão, ou diabetes, controle do câncer cérvico uterino ou de mama ou outra condição crônica) para se trabalharem os exercícios de desenho da rede e a sua programação. A partir dessa definição, será elaborado um Estudo de Caso, contendo dados sobre a situação demográfica, perfil da doença no estado, a oferta de serviços (atendimentos ambulatoriais e hospitalares), cobertura do PSF, assistência farmacêutica entre outras informações relevantes, para entender como se dá o atendimento da condição de saúde escolhida no sistema de saúde no estado.
4. O CONASS disponibiliza um texto sobre “Os Sistemas de Atenção à Saúde” que faz parte do guia.
5. No guia, também é apresentado um estudo dirigido que aborda “Os Fundamentos da Construção de Redes de Atenção à Saúde”.
6. Durante a oficina, é discutida a regionalização do estado, por meio de um estudo de caso. Os técnicos da SES devem elaborar um texto que descreva a regionalização no estado, quais os critérios utilizados para a conformação das regiões e macrorregiões,

as dificuldades de acesso, os fluxos assistenciais, a oferta de serviços, e distribuição espacial dos serviços entre outros.

7. Outro texto que é disponibilizado pelo CONASS é um estudo dirigido “A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde”.
8. Trabalho em grupos/Exercício (matriz) – Organizando a Rede de Atenção (de acordo com a definição da SES em uma macrorregião do estado). Para esta atividade, a equipe da SES deverá definir uma linha de cuidado que deseja trabalhar no estado e escolher uma macrorregião de saúde. Após definir a linha de cuidado, deve levantar todos os dados sobre o território e os protocolos clínicos ou assistenciais de que dispõe, para que seja elaborada a matriz para a modelagem da rede definida. Esse exercício é trabalhado de acordo com os dados reais de capacidade instalada e oferta de serviços, fluxos assistenciais, entre outros.

214

O exercício objetiva dimensionar as necessidades e comparar com a capacidade instalada disponível e ofertada ao sistema de saúde. É importante também dispor dos dados da PPI da região, para verificar se as necessidades estão de acordo com a programação disponível.

A oficina está organizada metodologicamente para ser realizada em três dias consecutivos, com carga horária de aproximadamente 24 horas, para dar conta dos conteúdos previstos.

Até o final de 2008, foram realizadas 12 oficinas, duas de caráter nacional para todas as SES, a primeira realizada em setembro de 2006 e a segunda realizada em outubro de 2007, nove específicas para equipes estaduais (DF, PE, GO, MT, SC, ES, TO, PI e CE) e uma para dirigentes e técnicos da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS).

Ao final da oficina, é feita sua avaliação, por meio de uma dinâmica e por um instrumento escrito. Na ficha de avaliação, há questões sobre a metodologia, os conteúdos, a qualidade do material didático, a atuação dos facilitadores e a infraestrutura da realização da oficina.

Mais de 85% dos participantes consideraram que a metodologia e o conteúdo estão adequados.

Recentemente, tem-se escrito e debatido muito sobre sistemas integrados ou redes de atenção à saúde, porém são poucos os textos que abordam concretamente o “como fazer” ou “como mudar” o sistema de saúde para melhorar a integração das ações e serviços.

O grande diferencial dessa oficina tem sido a realização de um exercício de programação de uma rede de atenção a saúde definida pela SES em uma macrorregião de saúde do estado. Esse exercício é realizado com base em duas matrizes, uma de desenho da rede com seus pontos de atenção, e outra com a programação das necessidades de ações e procedimentos de acordo com a população em determinado território. Esse exercício proporciona aos participantes a possibilidade de aplicar nas suas realidades os conceitos apreendidos durante a oficina, compreender a estrutura operacional das redes de atenção e os seus fundamentos. Além disso, proporciona à equipe da SES os elementos operacionais para a implantação dessa rede no estado.

215

O conceito de Rede de Atenção à Saúde

É a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população.¹⁰

Por que Rede de Atenção no SUS?

Os usuários de um sistema de saúde vão requerer, ao longo de suas vidas, ações e serviços de saúde de diversos prestadores em diferentes

¹⁰ MENDES, 2006.

níveis de atenção. Essas ações e serviços devem ser planejados e coordenados com base nas necessidades de saúde de determinada população, em determinado território e em determinado tempo.¹¹ As ações e serviços requeridos adquirem ao longo do tempo cada vez mais necessidade de especialização e devem ser integradas. Portanto, prestadores, gestores e usuários necessitam estar envolvidos no planejamento da atenção. Os gestores devem definir uma coordenação dessas ações para evitar a repetição de procedimentos desnecessários, a continuidade do cuidado e a melhoria do acesso, agregando valor aos usuários.

A implantação das redes de atenção à saúde no SUS possibilita melhorar a gestão por meio do estabelecimento dos pontos específicos da rede e os serviços que são necessários em cada ponto, assim como a relação entre os níveis de atenção.

216 | As redes permitem estabelecer metas e avaliar os resultados esperados em termos de melhoras clínicas e operativas desde o ponto de vista dos pacientes. Promovem o trabalho multidisciplinar de profissionais trabalhando com um objetivo único, melhoram o registro das informações e a prestação de contas a usuários e comunidade. Os serviços são estabelecidos de acordo com as necessidades da população e não em razão da oferta, portanto há de se rever o papel dos serviços existentes e implantar novos pontos de atenção e novas tecnologias com base em protocolos e evidências. Essa prática proporciona melhoria da qualidade, e permite o desenvolvimento de critérios de certificação – acreditação.

Em razão da necessidade de os sistemas de saúde se organizarem em redes de atenção, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) orienta em seu documento “Redes Integradas de Serviços de Saúde”, que a integração propicia o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS. Portanto, permite que os serviços sejam mais acessíveis,

¹¹ HARTZ, 2004.

equitativos, eficientes, de melhor qualidade técnica e que satisfaçam melhor às expectativas dos usuários.

Atributos das Redes Integradas de Serviços de Saúde¹²

De acordo com a Opas, considerando a grande variedade de contextos externos e fatores internos dos países, não é possível prescrever um único modelo organizacional de Redes Integradas, existem muitos modelos possíveis. Contudo, a experiência acumulada nos últimos anos indica que para se caracterizar como um sistema integrado ou redes integradas são necessários alguns atributos essenciais:

1. População/território definidos e amplo conhecimento das necessidades e preferências em saúde os quais determinam a oferta de serviços do sistema.
2. Uma extensa oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, os quais incluem ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de enfermidades, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, todos sob uma única coordenação organizacional.
3. A atenção primária que atua de fato como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado em saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população.
4. Disponibilização de serviços ambulatoriais de especialidade no lugar mais adequado, os quais devem ocorrer preferencialmente em ambientes ambulatoriais.
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo de serviços.
6. O cuidado de saúde centrado no usuário, na família e na comunidade em determinado território.

¹² OPAS/OMS, 2008.

7. Um sistema de governança participativo e único para toda a rede integrada de serviços de saúde.
8. Gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio clínico.
9. Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema.
10. Sistema de informação integrado e que vincula todos os membros do sistema de saúde.
11. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema.
12. Ação intersetorial ampla.

Fundamentos da construção de Redes de Atenção à Saúde¹³

218 |

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. O modo de organizar as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores ante outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se em uma rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos

¹³ MENDES, 2006.

suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.¹⁴ Portanto, a busca de escala é uma condição imprescindível para um sistema de saúde eficiente.

Outro fator importante para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados.

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a qualidade. Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade.

Portanto, as redes de atenção à saúde devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde, em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços. O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde.

O desenho de redes de atenção à saúde faz-se sobre os territórios sanitários, combinando, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos. Quando se der – como em regiões de baixa densidade demográfica –, o conflito entre escala e acesso, prevalece o critério do

¹⁴ MENDES, 2001.

acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, as microrregiões estarão definidas por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

Na construção de redes de atenção à saúde, devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

A integração horizontal dá-se entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva, e dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior produtividade.

A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. No desenvolvimento das redes de atenção à saúde os dois conceitos se aplicam.

220 |

A integração horizontal, que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, faz-se por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão ocorre quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize em uma carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles.

A integração vertical, nas redes de atenção à saúde, é feita por meio de um sistema de comunicação fluido entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a atenção terciária à saúde, e comunicá-los por sistemas logísticos potentes. Na integração vertical, há uma forma especial, na saúde de geração de valor em cada nó da rede de atenção, o que se aproxima do conceito de valor agregado da economia.

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde¹⁵

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde expressa-se materialmente em seus cinco componentes. As redes de atenção à saúde estão compostas por nós, pelo centro de comunicação, por sistemas logísticos, sistemas de apoio e sistemas de gestão.

Nas redes de atenção à saúde, os distintos **pontos de atenção à saúde** constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na atenção primária à saúde. Não há, contudo, uma hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas, ou seja, não há hierarquia, mas poliarquia entre os pontos de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde estruturam-se por meio de pontos de atenção à saúde, que são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos por uma função de produção singular.

O **centro de comunicação da rede de atenção à saúde** é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra-fluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto de atenção primária à saúde (unidade básica de saúde/equipe do PSF). Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a atenção primária à saúde deve cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, de corresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Um terceiro componente das redes de atenção à saúde são os **sistemas de apoio** que são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos

¹⁵ MENDES, 2006.

campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

Um quarto componente das redes de atenção à saúde são os **sistemas logísticos** que são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra-fluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são os cartões de identificação dos usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários.

O quinto componente das redes de atenção à saúde são os **sistemas de governança das redes**. A governança da rede é o arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação e a obter resultados sanitários efetivos e eficientes nas regiões de saúde (macrorregiões e microrregiões). No SUS, a gestão da rede é feita por meio de mecanismos interinstitucionais expressos em Colegiados de Gestão Regional, em conformidade com os PDRs.

222 |

V. Consensos do CONASS em relação ao modelo de atenção no SUS

O CONASS realizou em Brasília em agosto de 2008 o Seminário para Construção de Consenso sobre Modelos de Atenção à Saúde no SUS, em que foram debatidos os seguintes temas: O modelo de atenção à saúde no SUS; A importância da atenção primária nas redes de atenção à saúde; A organização das redes de atenção à saúde no SUS; O pacto pela saúde: regionalização e governança das redes.

Em relação à organização das redes de atenção à saúde no SUS, os gestores estaduais definiram os seguintes pontos de consenso:

1. Romper com a concepção hierárquica do atual modelo de atenção à saúde no SUS.
2. Há uma pequena diversidade de pontos de atenção, precariedade da função de coordenação da atenção primária à saúde e ausência de comunicação entre os pontos de atenção a saúde.
3. A Rede de atenção é uma estratégia de organizar serviços de saúde de maneira racional e efetiva e seu desenho e concepção devem ser de acordo com a realidade de cada estado, feito de forma pactuada entre estados e municípios nas CIBs.
4. A Rede de atenção à saúde é a organização horizontal de serviços de saúde, com centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma atenção contínua, para uma população definida, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população.
5. As redes de atenção à saúde permitem organizar a atenção com foco nas necessidades de saúde da população, adequar a oferta de serviços a essas necessidades e melhorar a qualidade e efetividade do cuidado.
6. Os elementos essenciais para conformar uma rede de atenção à saúde são uma população, em território definido, uma estrutura operacional e um modelo de atenção.
7. A conformação dos territórios sanitários deve observar as distintas realidades locais, buscando guardar coerência com os elementos essenciais para a construção de redes de atenção à saúde, de forma a garantir a integralidade.
8. Para fortalecer o processo de implantação das redes de atenção à saúde, é necessário integrar os pontos de atenção à saúde, os sistemas de informação do SUS e desenvolver a gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio.

9. As SES devem desenvolver em parceria com os municípios mecanismos de gestão integrada dos sistemas de apoio e sistemas logísticos.
10. É papel das Secretarias de Estado da Saúde a elaboração das diretrizes clínicas e das linhas de cuidado e o estímulo à adoção da classificação de risco, elementos essenciais para as redes de atenção, de forma articulada com os municípios.
11. É preciso promover uma interação entre a construção das redes de atenção à saúde e o arcabouço jurídico legal no âmbito do estado, notadamente em relação aos espaços de pactuação e aos instrumentos legais que sustentam os compromissos sanitários.

Em relação à regionalização e governança das redes, foram definidos os seguintes consensos:

1. A organização das redes de atenção à saúde e a definição dos fluxos assistenciais provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde por meio de uma oferta regulada possibilitarão o cumprimento do conjunto de compromissos sanitários do Pacto pela Saúde.
2. Os compromissos sanitários assumidos no Pacto pela Saúde devem ser expressos por meio de instrumentos como Termos de Compromisso de Gestão ou Contratos de Ação Pública, que explicitem as responsabilidades de cada Ente Federado, e que norteiem a valorização dos resultados alcançados com respectivos incentivos.
3. A qualificação do processo de regionalização implica o fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional como espaços de pactuação das prioridades para a região, das bases para a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde, do desenho do processo regulatório e das linhas de investimento, observadas as competências específicas das CIBs.

4. O planejamento regional deve expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.
5. O Plano Diretor de Investimento deve fortalecer a regionalização do SUS, expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas nos processos de planejamento regional e estadual e compatibilizar economia de escala e de escopo com equidade no acesso.
6. No processo de regionalização, é imprescindível a conformação dos territórios sanitários, espaços fundamentais para a construção das redes de atenção à saúde. A conformação destes territórios deve observar as distintas realidades locais e o processo de pactuação entre estados e municípios.
7. A coordenação do processo de regionalização e da construção de redes de atenção à saúde é uma tarefa inerente às Secretarias Estaduais de Saúde e deve ser feito de forma articulada e pactuada com os municípios.

225

VI. Considerações finais

O processo de regionalização, impulsionado a partir da Noas/2002, pela necessidade de se organizar com mais eficiência e melhorar o acesso da população aos serviços de saúde apresentou resultados positivos relacionados, entre outros fatores, ao financiamento, com o aumento de transferências diretas de recursos do gestor federal para o estadual e municipal, ao fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão do sistema de saúde e à expansão da rede de serviços de saúde nos estados e municípios.

Contudo, o avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no campo da gestão, quanto no que se refere à organização de redes de atenção à saúde. Com relação à gestão, diversos estados ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação do sistema de saúde e não definiram mecanismos para o planejamento e gestão regional das redes de atenção à saúde.

Em relação à organização de ações e serviços de saúde, a grande maioria dos municípios é de pequeno porte, o que traz dificuldades quanto à capacidade de planejamento do sistema, à regulação de prestadores e à construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento à população, já que não é possível nem há recursos para garantir a oferta de serviços de atenção especializada em todos eles.

226 | O Pacto pela Saúde trouxe uma nova orientação na direção do princípio constitucional de regionalização dos serviços de saúde, para que se alcance a melhoria do acesso da população a todos os níveis de atenção necessários, o que certamente se coloca como um desafio para todos os gestores do SUS.

Nesse sentido, é preciso evoluir no processo de conformação de regiões de saúde, território sanitário onde se organizam as redes de atenção à saúde, com a qualidade, escala e eficiência adequados para atender às necessidades de saúde da população.

Referências bibliográficas

1. BANCO MUNDIAL. **Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil**. Brasília: Banco Mundial/Unidade de Gerenciamento do Brasil, 2005.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis**. OPAS, 2005.

3. CHOTGUI, J. **Andragogia**: arte e ciência na aprendizagem do adulto. [s. d.]
4. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota Técnica n. 1, 2009.**
5. _____. **Oficina sobre Redes de Atenção à Saúde**, 2006.
6. _____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006.
7. DEPARTMENT OF HEALTH. **Health is Global**: Proposals for a UK Government-Wide Strategy. A report from the UK's Chief Medical Adviser – Sir Liam Donaldson. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/index.htm>>. 2007.
8. HARTZ, Z. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20, Sup. 2: S331-S336, 2004.
9. INSTITUTO INNOVARE. Professor João Batista Tomaz, 2006.
10. MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001, Tomo II.
11. _____. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
12. _____. **As redes de Atenção à Saúde**, 2006. (no prelo).
13. MENDES, E. V. *et al* **Oficina de gestão da clínica**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Mortalidade**, 2004.
15. _____. **Portaria GM/MS n. 399**, mar. 2006.

16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial. **Cuidados inovadores para condições crônicas**. Brasília, 2003.

17. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Redes Integradas de Servicios de Salud. **Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**, 2008.

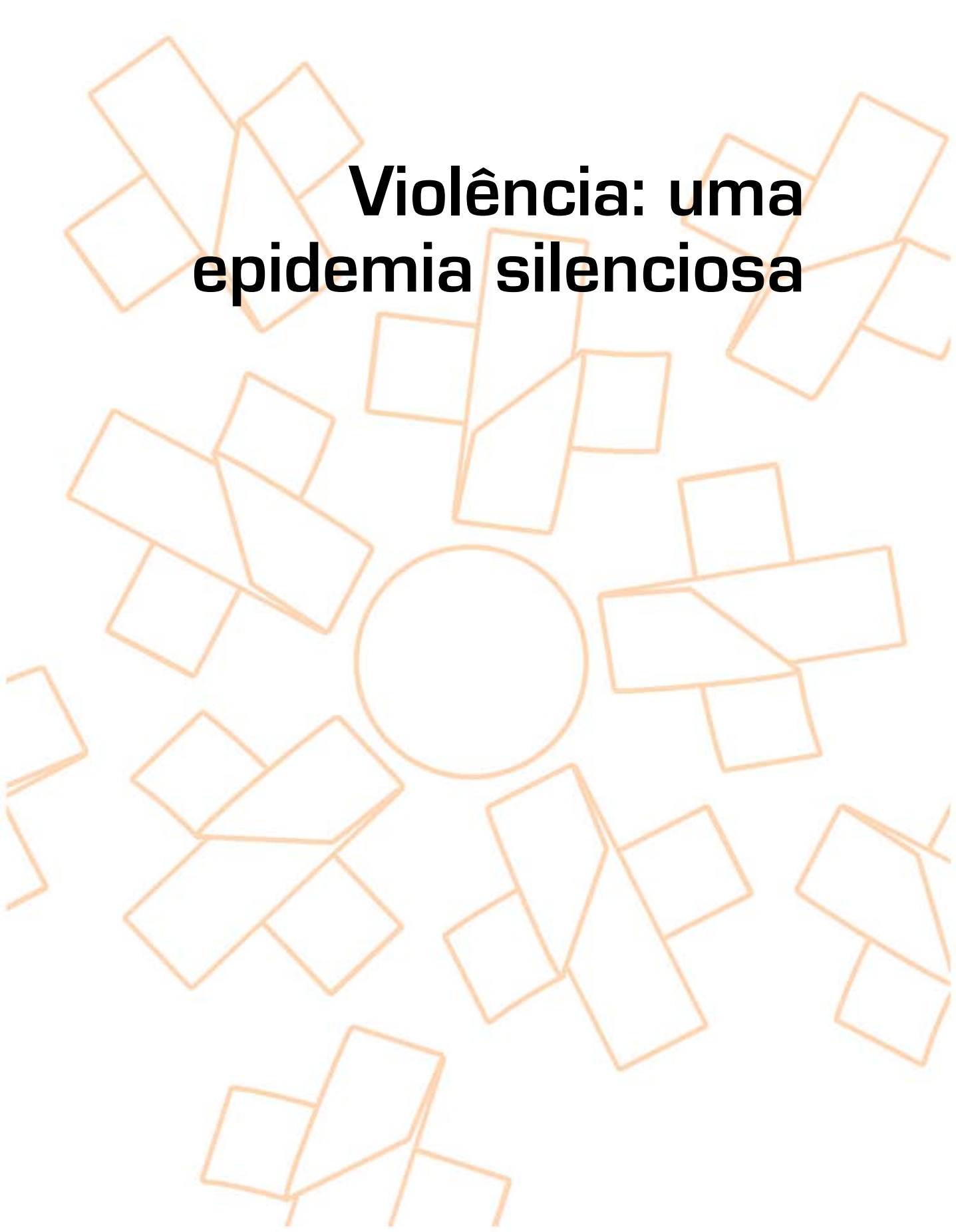
18. PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de Gestão**: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. 2004.

19. PORTER, M. **Repensando a saúde**: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. 2007.

20. SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

Violência: uma epidemia silenciosa



I. A violência como um problema de saúde pública

Informações preliminares do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde indicam que em 2006 ocorreram 47.477 óbitos por homicídio (média de 130 por dia); 34.954 mortes no trânsito (96 por dia) e 8.344 suicídios (23 por dia).¹ Somados estes números, tem-se uma média de 249 óbitos diariamente. Se alguma doença transmissível ocasionasse este número de mortes, ter-se-ia uma situação de comoção nacional.²

Não se pode esquecer que os óbitos correspondem apenas à “ponta do *iceberg*”, uma vez que o número de pessoas vitimadas pela violência é muito maior. Não se contabilizam todos os atendimentos de vítimas da violência que ocorrem diariamente nos serviços de saúde, as ocorrências de violência doméstica, muitas vezes acobertada, e o medo que angustia praticamente toda a população.

A violência configura-se, assim, como uma verdadeira epidemia, ocorrendo de forma silenciosa, uma vez que se destacam alguns episódios, mas não se tem a percepção da real dimensão deste grave problema, com grande repercussão social e especialmente no setor saúde.

Deve-se considerar também o impacto da violência nos custos dos serviços públicos de saúde, dado difícil de mensurar, devido à grande

¹ MINAYO, 2006.

² MANSANO, 2008.

precariedade nas informações, especialmente no atendimento ambulatorial e até mesmo nos gastos referentes às internações hospitalares.³

Técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) do Ministério do Planejamento, utilizando metodologia própria, em 2004 cruzaram informações do sistema de saúde com informações acerca da demanda por atendimento ambulatorial, do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) de 2003, e estimaram os custos **totais das causas externas**, incluindo quedas e outros acidentes que não podem ser caracterizados como violência, em 3 bilhões, 815 milhões e 310 mil reais.

Conforme Minayo, “por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico.” Ela afeta, porém, fortemente a saúde, pois:

- 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;
- 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e
- 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Vê-se que a violência não é uma questão que afeta somente à área de segurança pública. Por ter origem multicausal, em que estão imbricados “fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais, conjunturais, interpessoais, mentais e biológicos”,⁴ as soluções para o problema dependerão da adoção de políticas públicas coordenadas de todas as áreas envolvidas, entre as quais a saúde.

³ CERQUEIRA, 2007.

⁴ MINAYO, 2006.

Com base nessas considerações, em setembro de 2007 os secretários de estado da saúde reunidos na Assembleia do CONASS decidiram inserir o tema da violência na agenda de prioridades da entidade e do Sistema Único de Saúde, deliberando pela realização de uma série de seminários regionais e um nacional, denominados “Violência: uma epidemia silenciosa”.⁵

II. Os seminários “Violência: uma epidemia silenciosa”

A partir da deliberação do CONASS em discutir violência como um problema de saúde pública, a Secretaria Executiva da entidade iniciou a elaboração de projeto visando à organização e à realização de cinco seminários regionais e um seminário nacional.

Para subsidiar as discussões foi publicado o **CONASS DOCUMENTA 15 – Violência: uma epidemia silenciosa**, que enfocou o impacto da violência em seus diversos eixos (violência interpessoal, violência autoinfligida, violência no trânsito, violência relacionada a gênero e ciclos de vida), na mortalidade, na morbidade e nos custos da atenção à saúde, e sua relação com o uso abusivo do álcool e das drogas.

|233

Foram também abordadas propostas de diretrizes para atuação das secretarias de saúde no enfrentamento da violência como problema de saúde pública e ações como a organização da rede de atenção à saúde.

Entre as atividades desencadeadas, o CONASS articulou-se com os parceiros do Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e com organismos internacionais envolvidos com o tema, como a Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Escritório das Nações

⁵ CONASS, 2007.

Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud).

Os seminários regionais foram realizados de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008, nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Maranhão e Rio de Janeiro. O seminário nacional aconteceu em abril de 2008 no Rio Grande do Sul.

Para a organização dos seminários, foi de fundamental importância o envolvimento das 27 Secretarias Estaduais de Saúde, que trabalharam ativamente na identificação das experiências de enfrentamento da violência nos serviços públicos estaduais e municipais, e de instituições de ensino e pesquisa realizadas em parceria com estes serviços e posteriormente encaminhadas ao CONASS e selecionadas pela Secretaria Executiva.

234 | No total, foram selecionadas 118 experiências de 25 estados brasileiros. Destas, 102 foram apresentadas e debatidas nos seminários regionais, sendo 20 na Região Sul, 21 na Região Centro-Oeste, 16 na Região Norte, 17 na Região Nordeste e 28 na Região Sudeste. O resumo destas experiências foi publicado no **CONASS DOCUMENTA 16**.⁶

III. As propostas para enfrentamento da violência

O processo de mobilização coordenado pelo CONASS e seus parceiros resultou no documento: **O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas** que agregou as contribuições das experiências estaduais e municipais, assim como experiências internacionais (com destaque para as do Canadá e Colômbia)

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008.

⁷ CONASS, 2009.

e ao mesmo tempo incorporou contribuições dos diversos pesquisadores e profissionais que participaram dos seminários e oficinas.⁷

O documento produzido foi entregue formalmente ao Ministério da Saúde em 27 de agosto de 2008. As propostas foram publicadas na íntegra na 2ª parte do **CONASS DOCUMENTA 17**, em que consta também a síntese das discussões do seminário nacional.

A seguir o resumo dessas propostas organizadas em seis áreas de atuação: Vigilância; Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social); Organização da Assistência; Formação e Educação Permanente; Pesquisa; e Legislação.

Vigilância

- a) Implementar os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.** Além de executar estratégias de promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes, os núcleos vêm contribuindo na sistematização, análises e disponibilização das informações a respeito de violência. Para esse fim, são estratégias fundamentais fortalecer sua capacidade de análise da situação de saúde, bem como estabelecer fonte de financiamento estável para sua manutenção e custeio. Os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde devem estar envolvidos na articulação e execução de todas as demais propostas apresentadas a seguir.
- b) Instituir “Observatórios de acidentes e violências”** com vistas a articular as informações e trocar de experiências entre os serviços e instituições que lidam com acidentes e violências.
- c) Implementar em toda a rede de assistência à saúde a Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências.**
- d) Implementar e ampliar os “Serviços Sentinela de Violências e Acidentes”.**

- e) **Mapear as áreas com maior frequência de lesões e mortes ligadas à violência e acidentes**, integrando os dados dos diversos sistemas de informações, tanto da área de saúde como da segurança, trânsito, entre outros.
- f) **Aprimorar a qualidade e agilizar as informações dos sistemas de informações já existentes**, com especial atenção ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), com vistas a agilizar o fluxo de coleta, processamento e divulgação das informações. Entre as ações neste sentido, propõe-se implantar a investigação de óbitos por causas externas.
- g) **Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado aos casos de tentativas de suicídio/suicídio nos estados e municípios.**

Prevenção e promoção

236 |

- a) **Incentivar a promoção, o acompanhamento do desenvolvimento integral e o atendimento às necessidades essenciais da primeira infância**, incentivando o acompanhamento familiar mais próximo pelas equipes de saúde, especialmente em áreas de maior risco, enfocando a atenção pré-natal, os primeiros cuidados, o incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do desenvolvimento infantil. O Programa de Saúde da Família deve ser incorporado a essa atividade, reduzindo, se necessário, em áreas de maior risco o número de famílias a serem acompanhadas por equipe ou por agente de saúde. Deve-se buscar a articulação das equipes de saúde com as equipes de creches e centros de educação infantil, bem como com as áreas de educação e ação social para qualificar e ampliar a oferta de vagas nesses serviços.
- b) **Ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde**, implantando e definindo fonte estável

de financiamento para os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, com vistas a executar além das ações de vigilância, estratégias de promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes, articulando rede de atenção intersetorial e interinstitucional e apoiando o desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento da violência e promoção da saúde e da cultura de paz.

Os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde devem também estar envolvidos na articulação e execução das demais propostas aqui apresentadas.

c) Inserir na organização da rede de atenção à saúde as ações de prevenção da violência e promoção da saúde, especialmente nas atividades cotidianas da atenção primária e Programa de Saúde da Família:

- Identificar e mapear situações de risco na comunidade, como alcoolismo, uso de *crack* e outras drogas, violência doméstica, doença mental e ambientes que estimulam situações de risco e violência.
- Desenvolver estratégias, por meio da articulação com as escolas e centros de educação infantil, para detecção precoce e encaminhamento adequado das crianças com Transtorno de *Déficit* de Atenção com Hiperatividade.
- Apoiar o Conselho Tutelar, escolas e creches, na avaliação de situações que indiquem violência e negligência.
- Notificar e registrar o acompanhamento familiar dos casos identificados e acompanhado pela Unidade de Saúde, averiguando reincidências, dificuldades na realização dos encaminhamentos propostos, prestando orientação às famílias ou responsáveis, encaminhando, se necessário, a outros serviços existentes na comunidade.

- Capacitar as equipes no sentido de que estejam aptas a garantir o respeito às diversidades nas relações humanas; à preservação da identidade, imagem e dados pessoais das vítimas; fiquem alertas para os sinais de violência em crianças, adolescentes e suas famílias; promovam a socialização, participação e convívio do idoso com as demais gerações e mecanismos de negociação e mediação nos conflitos na família e na comunidade.

d) Implementar ações de mobilização social, comunitária e de promoção da cultura de paz, não só pelo controle social formal, com a participação dos conselhos de saúde, mas especialmente pela adoção de uma ação efetiva, focalizando o “empoderamento” e o “protagonismo” por parte dos atores envolvidos:

- Desenvolver ações educativas com adolescentes, por meio de atividades artísticas, culturais ou de pré-qualificação profissional, formando agentes multiplicadores para uma cultura de paz e de prevenção à violência.
- Criar espaços coletivos que contribuam para uma prática reflexiva sobre cidadania e direitos humanos.
- Oficinas interativas às famílias, vítimas e autores de violência, com atividades recreativas, culturais, físicas, pedagógicas e de capacitação profissional, ajudando-as a rever suas representações masculinas e femininas, acerca de violência e sexualidade, valores, hábitos e atitudes.
- Estimular a elaboração de “Planos Operativos Locais” nos municípios, com vistas ao enfrentamento ao abuso e exploração sexual, por meio da aplicação de diagnóstico rápido e participativo com os operadores da Rede de Proteção à Criança e Adolescente e da realização de oficinas técnicas.
- Capacitar profissionais que pela natureza do seu trabalho mantenham contato direto com as pessoas da comunidade

(cabeleireiros, benzedores, membros de instituições religiosas) para servirem de moderadores sociais.

- Envolver as parteiras tradicionais na discussão sobre o tema da violência contra as mulheres, promovendo a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos em uma perspectiva de gênero.
- Organizar e coordenar “grupos focais” com vistas a mobilizar uma “rede de proteção” para a violência contra crianças e adolescentes, por meio do resgate das competências nas escolas e nas famílias, bem como o envolvimento da “rede de amigos”.
- Na perspectiva da iniciativa “Escolas Promotoras de Saúde”, instituir comissões de prevenção de acidentes e violência nas escolas, com vistas a favorecer uma cultura de prevenção, de cuidados e de promoção de saúde e diminuir a morbimortalidade por acidentes e violências na comunidade escolar.
- Desenvolver iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool, *crack* e outras drogas que envolvam a corresponsabilização e autonomia da população.
- Desenvolver ações educativas que promovam a análise e reflexão sobre o tema da violência no trânsito, buscando implementar uma nova consciência urbana.

e) Implementar campanhas de comunicação social, envolvendo a grande mídia em estratégias de comunicação de massa ou dirigidas a grupos prioritários:

- Campanhas de esclarecimento a respeito do impacto da violência na saúde e no dia a dia das pessoas e de promoção da cultura de paz.
- Campanhas pelo desarmamento.

- Desenvolver campanhas de mobilização social com vistas à educação para o trânsito e disseminação de informações (incluindo os dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito) que permitam a mudança na conduta dos usuários de vias públicas: pedestres, condutores, passageiros, ciclistas, motociclistas, condutores de veículos de tração animal etc.
- Buscar envolver a mídia com vistas a ampliar a divulgação de informações acerca dos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool, *crack* e outras drogas e acidentes e violências.
- Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população acerca dos malefícios do uso abusivo do álcool e outras drogas, direcionando especial atenção quanto às complicações referentes ao uso do *crack*, considerando que é uma das drogas mais potentes e indutoras de dependência.

240 |

- f) Instituir nas três esferas de governo câmaras setoriais das políticas de saúde, segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz**, envolvendo as diversas áreas e instituições públicas pertinentes (segurança, saúde, educação, ação social, entre outras), com o objetivo de formular diretrizes, coordenar, articular e acompanhar periodicamente os resultados dos programas governamentais para enfrentamento e prevenção da violência, priorizando a atuação nas áreas com piores indicadores de mortalidade por causas ligadas à violência. Buscar a articulação também com outras políticas públicas, como o Programa Bolsa Família, Campanha do Desarmamento; Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci); Política Nacional de Trânsito, entre outros.
- g) Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado nos casos de tentativas de suicídio/suicídio nos estados e municípios**, com vistas a discutir o tema da violência autoinfligida e aumentar

possibilidade de ações em vigilância, prevenção e cuidado. Para esse fim, sugerem-se estratégias como a organização de comitês de atenção (assistência, prevenção e vigilância) a tentativas de suicídio e suicídios; organização e capacitação dos serviços e programas municipais de saúde mental; inclusão da discussão do tema na área de saúde escolar (voltadas especialmente a orientadores educacionais e psicólogos escolares, buscando evitar ações alarmistas e a banalização do tema); introduzir a discussão de temas como depressão, alcoolismo, esquizofrenia, transtornos mentais orgânicos, transtornos de personalidade e transtornos afetivos junto às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial. Deve também ser discutido o papel das equipes do PSF e dos Núcleos de apoio à Saúde da Família no acolhimento e acompanhamento destes casos.

Organização da Assistência

241

- a) Organizar a atenção com base nos indicadores de saúde e no diagnóstico elaborado pelas equipes de saúde, com o objetivo de disponibilizar ações e serviços de saúde (pontos de atenção) de acordo com território sanitário e o nível de atenção.** Para esse fim, propõe-se uma matriz de **rede de atenção à saúde**:
- A atenção primária, por meio das equipes das unidades básicas e das equipes de Saúde da Família, deve-se constituir na porta de entrada para o atendimento integral à saúde tanto para atender às vítimas de violência, como para apoiar os familiares dos autores de violência. Nos casos graves, quando se tratar de lesões e/ou condições agudas que exigem uma atenção específica, os hospitais e pronto-socorros serão a porta de entrada preferencial.
 - Nos casos moderados e graves, o atendimento à criança, ao

adolescente, à mulher e ao idoso e ao autor de violência será priorizado pela unidade de saúde, seja na própria unidade ou com o encaminhamento ao pronto atendimento. Para os casos de violência sexual deve-se definir um protocolo específico de atendimento devido as questões jurídico legais específicas para o adequado atendimento e acompanhamento.

- Em áreas identificadas de risco para a violência, as equipes de saúde da família devem adequar-se com recursos humanos em quantidade e com multidisciplinariedade necessária para atender a essas necessidades da população. É necessário que o sistema de saúde local e municipal adeque até mesmo a cobertura populacional dessas equipes, considerando que esses grupos populacionais exigirão maiores cuidados e ações de diferentes profissionais de saúde.
- As Secretarias de Saúde devem estabelecer protocolos de atendimento à saúde física e mental contendo os diversos procedimentos indicados, como: Avaliação clínica da vítima e procedimentos imediatos necessários (curativos, suturas, medicação etc.); quando necessário encaminhamento para exames complementares, serviços hospitalares (sendo obrigatório o encaminhamento imediato para os hospitais de referência quando se tratar de violência sexual); agendamento de retorno para acompanhamento; encaminhamento para atendimento em saúde mental (especialmente nos casos de violência sexual e casos de drogadição); agendamento de visitas domiciliares para avaliação inicial e acompanhamento familiar, incluindo a violência como critério de risco; inclusão da violência familiar nas atividades educativas com grupos de gestantes e mães, bem como nos programas de saúde; a detecção e o acolhimento a gestantes e mães com dificuldades para estabelecer vínculos com o bebê ou que apresentam depressão pós-parto; encaminhamento de alcoolistas para o grupo de alcoólicos anônimos ou instituições comunitárias; iden-

tificação dos usuários de drogas e das drogas mais utilizadas na comunidade para adoção de medidas, em parceria com os demais órgãos, para o enfrentamento deste problema na comunidade.

- Dimensionar a necessidade de serviços (UBS, equipes, ambulatórios de referência, CAPS, CAPS AD e CAPS I, hospitais, hospitais psiquiátricos, entre outros), de acordo com o perfil de necessidade para o adequado atendimento às vítimas e aos autores de violência, e de acordo com as suas causas e determinantes.
- Definir os serviços no município, região de saúde e macrorregião de saúde, para o atendimento adequado a cada caso, tanto das vítimas quanto dos autores de violência, incluindo o encaminhamento para outros recursos comunitários de apoio às famílias de risco; internamento hospitalar, sempre que o estado clínico da vítima indicar (ou como medida de proteção à vítima que se encontra em situação de risco para novas agressões); encaminhamento para instituições correspondentes no caso de violência contra grupos específicos (mulher, criança e idoso) que tenham desdobramentos legais já instituídos.
- Organização da atenção para o atendimento das sequelas e consequências de situações de violência.
- Organizar os serviços de saúde mental (CAPS, CAPS AD, Ambulatórios e Hospitais Psiquiátricos) com vistas a aprimorar a atenção aos pacientes usuários de álcool e outras drogas, especialmente o *crack* (por seu alto papel indutor de dependência, maior potência e aumento de consumo pelo menor custo em relação a outras drogas).

243

Formação e educação permanente

a) Promover a capacitação das equipes do Programa de Saúde da

Família e Agentes comunitários de Saúde, especialmente aqueles com atuação em áreas mais violentas, com vistas a desenvolver habilidades cognitivas para identificar possíveis violências no ambiente familiar e na comunidade, encaminhando as vítimas à Rede de Atenção, além de desenvolver ações de promoção da cultura de paz e prevenção da violência.

- b) Desenvolver atividades de educação permanente** com vistas a desenvolver nos profissionais envolvidos as competências necessárias para torná-los aptos a prestar atenção integrada e humanizada às vítimas de violência doméstica e organizar a Rede Local de Atenção às Vítimas de Violência.
- c) Desenvolver programas de transferência de tecnologia de abordagem da violência e construção da paz nos estados e municípios**, com vistas a mapear, sistematizar e organizar experiências de abordagem da violência e de construção de cultura da paz, desenvolver ação multiplicadora de capacitação aos gestores, gerentes e profissionais dos diferentes setores para a abordagem da violência; contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico da violência (por meio da análise dos bancos de dados disponíveis, rotinização dos mecanismos de notificação e produção de dados primários); desenvolver a atenção às vítimas de violência e agressores e divulgar medidas de responsabilização, desenvolvimento e disseminação de práticas de prevenção da violência e construção da paz.
- d) Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente**, por meio de atividades artísticas, culturais ou de pré-qualificação profissional, formando agentes multiplicadores para fomentar uma cultura de paz e de prevenção à violência, a partir de uma construção coletiva permitida pela ampla discussão de idéias, fatos estatísticos e planejamento.

Pesquisa

- a) **Realizar estudos sobre morbimortalidade por violência:** Avaliar sua magnitude, dinâmica, tendências, fatores de risco, sobretudo as consequências do uso/abuso de álcool e drogas.
- b) **Realizar estudos relacionados ao conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores:** Articulam-se com o conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores não apenas as variáveis epidemiológicas, mas também os aspectos psicológicos, sociais e culturais: dar um rosto, uma identidade e um território às vítimas e aos agressores da violência doméstica, no trânsito, no trabalho, na escola, nos serviços de saúde. E não apenas às pessoas individualmente, mas também aos grupos sociais mais vulneráveis.
- c) **Realizar avaliação das políticas públicas, programas e serviços existentes:** Refere-se ao conhecimento da realidade local e à avaliação das políticas, programas e serviços, como os hospitais de urgência/emergência, o Samu, os CAPS e outros serviços assistenciais para dependentes de álcool e drogas, as campanhas informativas e educativas promovidas pelos órgãos governamentais, os programas de promoção à saúde, o trabalho das entidades não-governamentais sejam grupos religiosos, de auto-ajuda, entre outros.
- d) **Realizar estudos sobre custos e impacto econômico e financeiro:** Também importante para a investigação é o conhecimento do custo e do impacto econômico-financeiro, social e humano da violência em todas as suas manifestações e dimensões: interpessoal, auto-provocada e no trânsito.
- e) **Organizar um observatório de divulgação dos conhecimentos produzidos:** A articulação com a mídia é fundamental, no dia-a-dia, em campanhas de divulgação e prevenção, na formação de

uma consciência cidadã de repúdio à violência. A utilização de recursos de mídia eletrônica é uma exigência dos tempos atuais: a proposta de um observatório que divulgue em rede o conjunto de conhecimentos produzidos pelas pesquisas constitui uma grande possibilidade de comunicação e divulgação.

Legislação

a) Intersetorialidade: instituir por meio de legislação específica de cada esfera de governo (municipal, estadual e federal) Câmaras Setoriais das políticas de segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz:

A legislação por si só não é a garantia de sucesso de uma ação intersetorial, no entanto é fundamental na medida em que institucionaliza os compromissos assumidos por cada área / instituição.

246|

b) Controle sobre o consumo e publicidade de bebidas alcoólicas: promover mudanças na legislação que trata da comercialização e consumo de bebidas alcoólicas com ênfase nos seguintes pontos:

- Reforço na fiscalização e punição sobre venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
- Aumento de taxaço de bebidas alcoólicas.
- Controle sobre o consumo e publicidade de bebidas alcoólicas: Restringir o acesso às bebidas alcoólicas (licenças de pontos de vendas, horários de vendas, áreas restritas em supermercados); restrição total de uso de bebida alcoólica nos campos de futebol e em eventos com grande concentração de pessoas em que por sua natureza haja um forte potencial de situações de violência; limitação do horário de funcionamento de bares; restrições à venda e ao consumo na proximidade de escolas, estradas, postos de gasolina, hospitais e em transportes coletivos.

- Promover mudanças na legislação que trata de propaganda de bebidas alcoólicas, com restrição de horário de veiculação e inserção obrigatória de informações sobre os malefícios que provocam bem como a proibição de publicidade e patrocínio de eventos esportivos e culturais, a exemplo do que ocorre hoje com cigarro.
- c) Violência no trânsito:** sugerir mudanças na legislação de trânsito tornando mais rigorosas as punições das infrações relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas.
- Apoiar a Implementação da Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008, que altera o Código de Trânsito Brasileiro, com a finalidade de estabelecer alcoolemia zero e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, definindo uma fiscalização mais sistemática e rigorosa.
 - Revisão da legislação para aumentar o rigor na habilitação e fiscalização dos condutores de motocicleta.
 - Revisão da legislação para aumentar o rigor das penas relacionadas à violência no trânsito.
- d) Ações de combate e repressão ao crime:** alterar a legislação reforçando as ações que tratam de combate e repressão ao crime:
- Ampliar as restrições à comercialização de armas;
 - Rever o regime de progressão de penas e reinserção do apenado;
 - Instituição de uso de pulseira eletrônica em caso de regime semiaberto.
- e) Violência de gênero e contra grupos etários mais vulneráveis.**
- Reforçar as ações de fiscalização para o cumprimento das legislações que tratam da violência de gênero, contra a criança, adolescente e idoso, promovendo uma avaliação da implementação das referidas leis e, se for o caso, promover mudanças.

IV. Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância

Entre as propostas acima apresentadas, destaca-se o incentivo à promoção e ao acompanhamento do desenvolvimento integral e o atendimento às necessidades essenciais da primeira infância, objeto já de ações concretas do CONASS, no sentido de sua adoção como política pública para prevenção da violência.

Esta proposta tem sido discutida desde o primeiro seminário regional, após a apresentação do Programa de Prevenção à Violência da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, em que, entre as atividades se destacava o programa “Primeira Infância Melhor”.

248 | Quando da realização do Seminário Nacional, considerando o impacto da Conferência Magna "Trajetórias de agressão física na infância: fatores de risco e programas de prevenção" proferida pelos professores Sylvana M. Cote e Richard Tremblay, do Centre d'Excellence pour le Développement des Jeunes Enfants – CEDJE (Centro de Excelência para o Desenvolvimento da Primeira Infância – Universidade de Montreal – Québec/Canadá), foram iniciados os contatos para uma parceria entre a referida instituição e o CONASS.

Na Conferência Magna do Seminário Nacional, foram apresentados estudos que demonstram que o comportamento violento já está presente em crianças menores de seis anos de idade e que elas recorrem com frequência e de maneira espontânea à agressão física para atingir seus objetivos. Ao contrário do senso comum, elas não aprendem a agredir a partir do meio que as circunda, na verdade aprendem a não recorrer à agressão e a utilizar soluções alternativas para resolver seus problemas. Foi destacada a importância de investir no acompanhamento das jovens mães (a partir da concepção) e do desenvolvimento infantil, bem como o efeito protetor das creches sobre as crianças de risco. Demonstrou-se que o custo-benefício comparando o investi-

mento na primeira infância com os gastos potenciais com pessoas de comportamento violento aos 27 anos de idade, foi 7 vezes maior, e aos 40 anos, 13 vezes. Ficou claro que é possível prevenir a agressão já na primeira infância e a partir da concepção e que, quanto mais cedo se investe no desenvolvimento humano, melhor o retorno. Quanto mais tardio, mais caro e menos eficaz.

O CONASS assinou ainda em junho de 2008 um termo de cooperação com o CEDJE, que permite a tradução para o português de materiais didáticos e pedagógicos sobre a prevenção da violência, com foco na intervenção na primeira infância.

Considerando a necessidade de reforçar e gerar sinergia entre os diferentes organismos do continente que trabalham para a melhoria da qualidade de vida na primeira infância, o acordo de cooperação tem como objetivo geral estabelecer uma relação de colaboração e de desenvolvimento entre as partes, sobre aspectos ligados à qualidade da saúde e do desenvolvimento integral da primeira infância no Brasil. Segundo o documento, o CONASS e o CEDJE comprometem-se a envidar esforços no sentido de desenvolver estratégias e ações específicas com vistas a favorecer melhores opções de desenvolvimento integral para as crianças em idade pré-escolar no Brasil, oferecendo maiores oportunidades de desenvolvimento integral às crianças mais vulneráveis. O objetivo específico do termo de cooperação é traduzir e difundir em língua portuguesa os conteúdos dos grandes temas da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento da Primeira Infância, começando pelos seguintes temas: agressividade, afetividade, importância do desenvolvimento na primeira infância, desenvolvimento da linguagem e da alfabetização e prevenção da violência contra a criança.⁸

⁸ CONASS, 2008b.

⁹ CONASS, 2008a.

Entre os resultados já alcançados com a cooperação com o CEDJE, podemos destacar a tradução para o português e publicação do relatório “Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância” e a distribuição do filme (documentário) “As origens da agressão” para todo o Brasil objetivando ampliar o debate e possibilitar a utilização destes instrumentos na formulação de políticas públicas que ajudem a prevenir a violência.⁹

O documentário, produzido pelo Grupo de Pesquisa sobre Inadaptação Psicosocial na infância, da Universidade de Montreal, aborda a origem da agressividade humana e questiona se esta é inata ou tem sua origem na educação. O filme apresenta imagens de crianças que dão vazão a seus impulsos violentos, analisando a complexidade dos fatores que contribuem para a socialização dos comportamentos agressivos entre seres humanos e propõe soluções para o problema. O relatório, publicado pelo CEDJE, complementa as informações do filme, além de apresentar uma pesquisa que mostra a percepção da população canadense acerca dos comportamentos agressivos entre seus jovens.

250 |

V. Novas parcerias: o esforço continua

A associação com os parceiros do SUS (Ministério da Saúde e Conasems) e Organismos Internacionais foi fundamental para a organização dos seminários e a sistematização das ações e propostas de intervenção.

Além da já citada parceria com o CEDJE novas parcerias estão sendo estabelecidas, visando o fortalecimento das ações de enfrentamento da violência no âmbito do SUS, tendo como principal enfoque a prevenção da violência pelo aprendizado na primeira infância.

Durante visita ao Canadá foram iniciados contatos com a Junta Nacional dos Jardins de Infância (Junji), órgão vinculado ao governo do Chile, que também iniciou parceria com o CEDJE, visando a uma

cooperação trilateral para a realização de pesquisas e estudos sobre a prevenção da violência, que associadas às informações disponíveis possam auxiliar no estabelecimento de bases para políticas públicas voltadas à primeira infância.

A realização do Seminário Internacional da Primeira Infância, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), propiciou a troca de informações com diversas experiências e pesquisas em desenvolvimento a respeito do tema, com a participação de representantes do Canadá, Chile, Cuba, Colômbia, Equador, Reino Unido e das equipes que atuam no Brasil com o desenvolvimento do Programa “Primeira Infância Melhor” da SES-RS.

Durante este seminário, ficou clara a importância das iniciativas de acompanhamento e promoção do desenvolvimento na primeira infância na melhora do rendimento escolar das crianças acompanhadas em diversas das experiências apresentadas e a participação da área de educação para o desenvolvimento de políticas públicas para a primeira infância, mas também nas demais iniciativas de articulação intersetorial para o enfrentamento da violência.

Em janeiro de 2009 foi estabelecida parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Educação (Consed), ficando evidente os interesses convergentes de ambas as entidades e a necessidade de definição de estratégias comuns de atuação.

Novas articulações com vistas à mobilização da sociedade na promoção da cultura de paz e prevenção da violência estão sendo iniciadas, neste sentido destaca-se o contato já realizado com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), que demonstrou grande interesse no projeto.

VI. Considerações finais

A violência gera sérias consequências para as pessoas e a sociedade, com fortes repercussões no setor saúde, tanto por ser importante causa de mortalidade e morbidade como por seu impacto nos custos da atenção à saúde. Sendo determinada por questões sociais e históricas, não pode ser vista como uma mera questão de segurança pública, e seu enfrentamento depende da articulação de diversas políticas públicas, dentre elas a de saúde.

O CONASS, ao desencadear um amplo debate sobre o tema, compilou uma série de propostas de intervenção do setor saúde, baseadas em experiências que já estão sendo desenvolvidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, envolvendo em sua maioria parcerias com outros setores governamentais e da sociedade.

252 | O esforço para atender ao compromisso assumido pelo CONASS de “fazer frente” à violência enquanto problema de saúde pública apenas começou, cabe agora a decisão política para desenvolver as ações necessárias para implementar as propostas aqui apresentadas em cada estado brasileiro, de forma articulada entre as três esferas de governo.

Referências bibliográficas

1. CERQUEIRA, D. R. C.; CARVALHO, A. X. Y; LOBÃO, W. J. A; RODRIGUES, R. I. Análise dos Custos e Consequências da Violência no Brasil. **Texto para discussão n. 1.284**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.
2. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Violência: uma epidemia silenciosa. **CONASS DOCUMENTA 15**. Brasília: CONASS, 2007. p. 11.

3. _____. CONASS lança tradução de filme documentário e de relatório que abordam as origens da agressividade humana. **Consensus** – Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, n. 37, p. 12-04, 2008a.
4. _____. Centre d'Excellence pour le Développement des Jeunes Enfants. **Memorando de acordo de cooperação**. Montreal, jun. 2008b.
5. _____. Violência: uma epidemia silenciosa. Propostas, estratégias e parcerias por áreas de atuação. **CONASS DOCUMENTA 17**. Brasília: CONASS, 2009.
6. MANSANO, N. H. M. O impacto da violência na saúde: a epidemia silenciosa. **Consensus** – Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, n. 34, p. 3-5, 2008.
7. MINAYO, M. C. S. Violência e Saúde. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 45.
8. MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 43.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Temático Prevenção da Violência e Cultura da Paz**. Painel de Indicadores do SUS 5. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2008. p. 50-51.

The background features a pattern of orange-outlined geometric shapes, including various rectangles and a central circle, scattered across a white background. The shapes are of different sizes and orientations, creating a dynamic and abstract visual field.

Dengue: desafio do SUS e da sociedade brasileira

I. Introdução

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, podendo manifestar quadro benigno ou mais grave, conforme sua forma de apresentação: infecção inaparente, dengue clássica, febre hemorrágica da dengue (FHD) ou síndrome de choque da dengue. É causada por um arbovírus (vírus transmitidos por artrópodes) do gênero *Flavivírus*, família *Flaviviridae*, apresentando quatro sorotipos conhecidos (1, 2, 3 e 4).¹

Seus vetores são os mosquitos do gênero *Aedes*, sendo a espécie *Aedes aegypti* a mais importante para sua transmissão nas Américas. Teve sua origem na África subsaariana, adaptando-se ao ambiente urbano e se domesticado, tornando-se antropofílico, passando a utilizar para sua oviposição depósitos artificiais. Esta capacidade de adaptação, utilizando diversos meios de transporte, permitiu uma rápida difusão espacial e um explosivo crescimento nas áreas urbanas (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).²

A dengue tornou-se assim a arbovirose mais importante do mundo, principalmente nos países tropicais, onde a temperatura e a umidade favorecem a proliferação de seu vetor. Segundo Taail (2002), entre as doenças reemergentes, a dengue é a que se constitui no mais grave problema de saúde pública.³

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

² BARRETO; TEIXEIRA, 2008.

³ TAUIL, 2002.

A dengue tem sido relatada nas Américas há mais de 200 anos, tendo sua circulação se intensificado a partir dos anos 1960. No Brasil, há relatos de epidemias desde 1846. As primeiras citações na literatura datam de 1916 em São Paulo e 1923 em Niterói. Inquérito sorológico realizado em 1953 e 1954 na região amazônica encontrou soros positivos para anticorpos contra o vírus da dengue, levantando-se assim a hipótese de que o vírus circulou na região. A primeira epidemia confirmada no país ocorreu em Roraima em 1982, quando foram isolados os sorotipos do tipo 1 e 4 (oriundos provavelmente do Caribe e Venezuela), tendo sido inclusive realizado inquérito sorológico que comprovou a infecção de onze mil pessoas. Essa epidemia foi rapidamente debelada, e o vírus da dengue não se expandiu para outras áreas, pois o *Aedes aegypti* ainda não estava disperso no território brasileiro (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

258 |

Em 1986, ocorreu a reintrodução do vírus (sorotipo 1) no país, com os primeiros casos identificados no estado do Rio de Janeiro, município de Nova Iguaçu, disseminando-se para toda a região metropolitana da capital deste estado, com a notificação de mais de 33.500 casos e no ano seguinte cerca de 60 mil. Nesses mesmos anos, ocorreram epidemias também no Ceará, Alagoas e Pernambuco além de surtos localizados em pequenas cidades da Bahia, Minas Gerais e São Paulo. Após dois anos de baixa endemicidade, em 1990 volta a ocorrer aumento do número de casos, com a introdução do sorotipo 2 do vírus novamente em Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro, e aumento da transmissão do vírus de sorotipo 1. Concomitantemente neste ano ocorrem os primeiros casos de FHD no país, sendo registrados 462 casos e oito óbitos (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

Na década de 1990, ocorre aumento significativo da incidência da doença, devido à dispersão do *Aedes aegypti* no território nacional. Esse fenômeno associado à grande mobilidade da população leva à disseminação dos sorotipos 1 e 2 para 20 dos 27 estados do país. Entre os anos de 1990 e 2000, ocorrem várias epidemias, principalmente nos

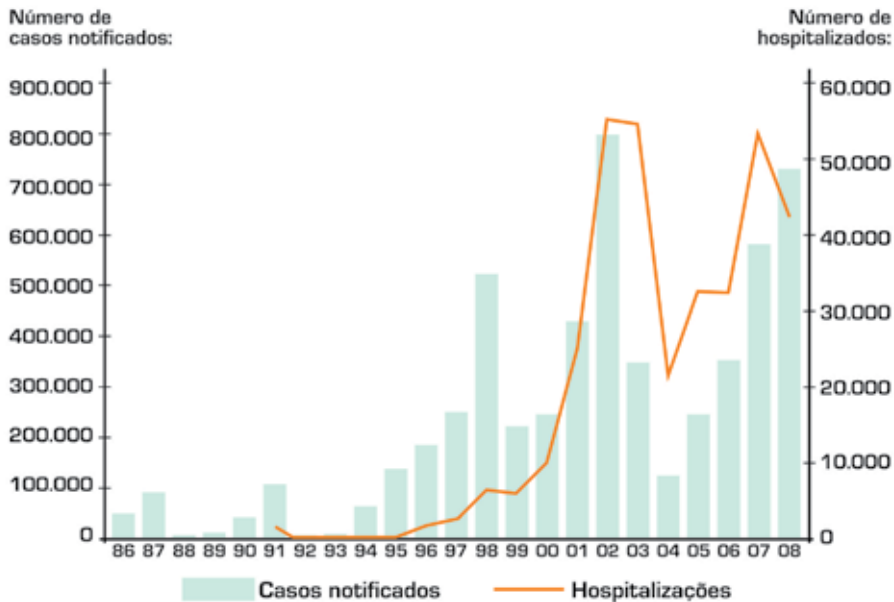
grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Nordeste. Somente na segunda metade da década, são registradas epidemias nas regiões Centro-Oeste e Norte.

Em dezembro de 2000 é identificada pela primeira vez a circulação do sorotipo 3 do vírus, mais uma vez no estado do Rio de Janeiro. No mês de novembro do ano seguinte, esse sorotipo é também identificado no estado de Roraima, sendo responsável por grande aumento dos casos em 2002, quando foram notificados mais de 800.000 casos (cerca de 80% das ocorrências das Américas). A partir desse ano ocorre uma rápida dispersão desse sorotipo nos demais estados, chegando a ocorrer o registro, já no primeiro semestre de 2004, da circulação simultânea em 23 dos 27 estados do país dos sorotipos 1, 2 e 3 do vírus da dengue.

Em 2003 e 2004 ocorre queda no número de notificações, retornando a tendência de crescimento a partir de 2005. Em 2008 dados preliminares demonstram novo e importante aumento da incidência, com o registro de mais de 700 mil casos e mais de 45 mil hospitalizações por dengue, e significativo aumento no número de casos graves. Dos 8.885 casos de FHD notificados entre 1990 e julho de 2008, somente 10,7% (995 casos) ocorreram entre 1990 e 2000. Quase 90% (7.980 casos) ocorreram entre 2001 (ano de introdução do sorotipo 3) e a primeira metade de 2008. Entre estes casos, foram observados 661 óbitos, com taxa de letalidade de 7,4% (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

Gráfico 1

Casos notificados de dengue e hospitalizações, Brasil e regiões, 1986-2008*



Fonte: SVS/MS.

*Dados preliminares.

(Extraído de: BARRETO, M.L., TEIXEIRA, M.G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. *Estudos Avançados*, 2008, p. 61.)

Destaca-se também o fato de que até 2006 os casos de FHD predominavam na faixa etária de 20 a 40 anos de idade. A partir de 2007, inverte-se esta tendência, com predomínio em menores de 15 anos (53% dos casos em 2007), tendência que se manteve na epidemia de 2008 (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

II. Os desafios para o controle da dengue no Brasil

Segundo Tauil (1992), “na ausência de uma vacina preventiva eficaz, de tratamento etiológico e quimioprofilaxia efetivos, o único elo vulnerável para reduzir a transmissão da dengue é o mosquito *Aedes aegypti*, seu principal vetor.” O autor destaca as dificuldades para combater o

mosquito especialmente nas grandes e médias cidades, onde a complexidade da vida urbana atual gera facilidades para sua proliferação e limita a redução de seus índices de infestação.

Entre as principais dificuldades geradas na modernidade para o controle da Dengue, Coelho (2008) destaca vários fatores que extrapolam o setor Saúde, como o surgimento de grandes aglomerados urbanos, frequentemente sem condições adequadas de habitação e abastecimento de água, o trânsito de pessoas e cargas entre países cada vez maior e mais rápido, devido ao desenvolvimento dos meios de transporte e à globalização das relações econômicas, além das “mudanças climáticas provocadas pelo aquecimento global, que influem no regime e duração das chuvas”.⁴

No Brasil, todos estes fatores são importantes. Entre 1970 e 2000 a população brasileira dobrou, concentrando-se principalmente nas cidades (81% da população urbana, segundo o IBGE) com aproximadamente 18 milhões de pessoas vivendo em áreas urbanas sem acesso a água encanada. Onde existe esse abastecimento, segundo a Pesquisa Nacional de Saneamento (2000), ocorre intermitência em 20% dos distritos pesquisados. Essa mesma pesquisa também mostra sérios problemas na destinação do lixo, que geralmente é inadequada, com a utilização de “lixões” em 63% dos municípios brasileiros, ocorrendo ainda concentração de sua produção, com 32% do volume de lixo gerado no país proveniente de 13 cidades com mais de 1 milhão de habitantes. A grande circulação de turistas (mais de 21 milhões de 1990 a 2004) facilita também a introdução dos novos sorotipos do vírus e conseqüentemente novas epidemias.

Dificuldades para o controle da dengue vêm sendo encontradas em todo o mundo. Tauil cita o exemplo de Cuba, ilha com dimensões e população muito menores que o Brasil, com sistema de saúde reconhecidamente organizado, onde após a ocorrência em 1981 da

⁴COELHO, 2008.

primeira epidemia de FHD nas Américas, com grande mobilização do governo e sociedade, conseguiu-se reduzir drasticamente a infestação, atingindo níveis residuais. Ocorreu, porém, uma reinfestação, ocasionando nova epidemia de dengue entre o final de 2001 e início de 2002. Em Cingapura, considerado um modelo no controle do mosquito, persiste ainda resíduo de infestação, ocorrendo transmissão esporádica da doença. Todos os 18 países das Américas que anteriormente eliminaram o *Aedes aegypti* estão novamente reinfestados.

Para o autor, com base nos conhecimentos científicos e recursos tecnológicos atualmente disponíveis em relação à dengue, “os objetivos do controle desta doença devem estar bem claros”. Considera possível reduzir os atuais coeficientes de letalidade para valores próximos a 1% com a organização do sistema de assistência médica aos casos suspeitos, e diminuir as dimensões das epidemias com o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e consequente detecção precoce dos surtos da doença com uma resposta mais efetiva no combate ao vetor infectado, quando este ainda está restrito a algumas áreas das cidades. Considera, porém, difícil, mesmo com baixos níveis de infestação, evitar que casos de dengue ocorram, “pois evitar a entrada do vírus, por meio de portadores, em uma área infestada é praticamente impossível”. Segundo Tauil, “realisticamente, a eliminação desse vetor das grandes e médias cidades parece inexecutável nos dias de hoje, considerando toda a complexidade da vida urbana”.

262 |

Percebe-se assim que são muitos os desafios. É óbvio que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel fundamental no enfrentamento do problema, tanto no desenvolvimento de ações de vigilância e controle do vetor, como na organização dos serviços de saúde para o adequado atendimento às vítimas da dengue.

É preciso ter clareza, especialmente nas questões relativas ao controle da infestação pelo *Aedes aegypti*, que o setor saúde atuando de forma isolada nunca atingirá esse objetivo. É necessário que esse

problema seja enfrentado por todas as áreas de governo, como uma política de Estado e com o envolvimento consciente da população.

Nenhuma ação de controle terá êxito sem a efetiva participação de cada cidadão. Não é viável para o poder público estar presente, com a frequência necessária, em todos os imóveis; portanto, torna-se necessário não só informar, mas buscar mudanças de atitude diante do problema.

Os desafios para o SUS

O SUS tem como principais responsabilidades no enfrentamento da dengue a coordenação das ações de controle do vetor, a vigilância epidemiológica e a adequada assistência às pessoas afetadas pela doença.

O **controle do vetor** dependerá de uma ampla participação das diversas políticas públicas envolvidas e da sociedade. A **vigilância epidemiológica** e a **adequada assistência** são obrigações inequívocas do sistema de saúde e os resultados dependerão principalmente de uma boa organização da rede de atenção à saúde.

O modelo atualmente proposto pelo Ministério da Saúde para fazer frente a esses desafios foi delineado em 2002, tendo em vista o incremento da incidência e do elevado risco de aumento dos casos de febre hemorrágica da dengue, e efetivado por meio da implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue.

Segundo Coelho (2008), o programa fundamentou-se nos seguintes aspectos:

- Necessidade de elaborar programas permanentes, uma vez que não existia evidência técnica alguma da possibilidade de erradicação do mosquito *Aedes aegypti* em curto prazo.
- Desenvolvimento de campanhas de informação e mobilização das pessoas, de forma a estimular a maior responsabilização de

cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor.

- Fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica, para ampliar a capacidade de predição e detecção precoce de surtos da doença.
- Melhoria da cobertura, qualidade e regularidade do trabalho de campo no combate ao vetor.
- Integração das ações de controle da dengue na atenção primária.
- Utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc.
- Atuação multissetorial, por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e utilização de recipientes seguros para armazenagem de água.
- Desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios.

264

O SUS e as ações de prevenção e controle da dengue

Em seu artigo publicado em 2002 nos **Cadernos de Saúde Pública** Tauil considera que “em função da situação político-institucional do Brasil, particularmente do setor saúde, não se admite mais uma estratégia de combate ao mosquito nos moldes da realizada no passado, por meio de uma campanha centralizada, verticalizada e hierarquizada”. Ao mesmo tempo lembra que “não há experiência no mundo de eliminação de um vetor de doença realizada de forma descentralizada, com direção única em cada nível de governo, a exemplo do preconizado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro”.

O autor identifica como principais desafios para o combate ao *Aedes aegypti*, os seguintes aspectos críticos do ponto de vista institucional:

- As atividades de vigilância sanitária em nível municipal carecem de legislação de apoio, e/ou de práticas de fiscalização, para eliminarem os criadouros do mosquito em pontos considerados estratégicos, como borracharias, cemitérios, depósitos de ferro velho a céu aberto, terrenos baldios não-cuidados e caixas d'água domiciliares descobertas.
- Dificuldades na ampliação e regularização do abastecimento de água encanada e da coleta frequente do lixo, com destinação adequada, particularmente nas periferias das cidades.
- As grandes e médias cidades possuem hoje áreas de difícil acesso aos domicílios pelos servidores públicos, tanto por motivos de segurança (o que ocorre não só nos bairros de população mais abastada, mas também naqueles mais pobres) como pelo fato de as inspeções serem feitas durante o dia, quando muitos prédios encontram-se fechados. As inspeções ficam assim quantitativamente prejudicadas, muitos focos de mosquito não são identificados e conseqüentemente não são tratados.
- A inspeção de domicílios para levantamento dos índices de infestação e eliminação de focos é uma atividade de mão de obra intensiva, exigindo “contratação, treinamento e supervisão de pessoal de campo, em quantidade suficiente para dar cobertura abrangente dos domicílios”. Em virtude de limitações legais para contratação de pessoal, a terceirização tem sido utilizada como alternativa para superá-las, com contratos geralmente temporários e às vezes sem garantias trabalhistas, gerando grande rotatividade do pessoal, assim “mesmo que sejam bem treinados, não chegam a adquirir experiência suficiente para um trabalho de boa qualidade”. Esta situação se torna ainda mais crítica com a falta de supervisão adequada.

Outro importante elemento institucional considerado pelo autor é relativo à informação, educação e comunicação da população a respeito

da necessidade e das formas de reduzir os fatores domiciliares que favorecem a multiplicação dos mosquitos.

Diante das citadas dificuldades e das já relatadas situações de surtos e epidemias recorrentes, tem sido observadas críticas ao modelo de controle implantado.

Em artigo publicado nos **Cadernos de Saúde Pública**, em 2003, Penna considera que existe senso comum de que a principal e tradicional estratégia para controle da dengue se dá “por meio do trabalho de guardas sanitários, que devem periodicamente visitar todas as edificações urbanas” e que esta estratégia “jamais teria sido implementada desde o reaparecimento da doença no país na década de 80”. Considera que não podemos encarar a questão da dengue “simplesmente como um problema entomológico, virológico e médico, mas como um problema de saúde coletiva”, e que a estratégia de guardas sanitários não teria, na época, “factibilidade administrativa”. Para a autora, a “reforma sanitária brasileira em um primeiro momento priorizou a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde, de modo a atender ao princípio da universalidade de acesso à saúde, e não ações de controle de doenças específicas”, especialmente aquelas que não tinham efeito sinérgico para a atenção primária. A situação da dengue na época refletia “a decisão política de não priorizar o controle vetorial no país no primeiro momento da construção do SUS” e que, apesar das críticas à atuação verticalizada da antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em que ocorria a “tomada de decisões técnicas em nível nacional com execução acrítica de atividades por todo o país”, durante o processo de descentralização, o que se via no controle da dengue era a “municipalização de uma execução acrítica, cujas normas continuavam vindo do nível federal” e a “transposição de antigas práticas de organização verticalizada para os municípios executarem descentralizadamente”.⁵

⁵PENNA, 2003.

Em 2008, na mesma publicação, Medronho considera ser “essencial repensar a estratégia de controle do vetor”, e que, além da necessidade de adoção de políticas integradas entre diversos setores e não apenas da saúde, “as políticas de combate à doença devem extrapolar o âmbito municipal nas grandes metrópoles [...] ter a humildade de reconhecer que a atual estratégia, pelo menos nos grandes centros urbanos, não deu certo e ter a ousadia de mudá-la”. Acredita ser necessário “mobilizar a academia e os técnicos dos serviços de saúde para a formulação de estratégias inovadoras e inteligentes de combate ao vetor, adaptadas à nossa realidade”, e que o país necessita “se apropriar melhor do conhecimento acerca de todos os aspectos do problema em seus diferentes níveis: virológico, entomológico, epidemiológico e social”. O autor destaca que as agências de fomento à pesquisa e o Ministério da Saúde devem estimular “a criação de redes de pesquisa entre as diversas instituições para otimizar esse processo”.⁶

Já Coelho (2008) considera que desde a implantação do PNCD, com o esforço articulado do Ministério da Saúde com os estados e municípios, progressos foram obtidos, particularmente no que diz respeito à consolidação e aperfeiçoamento das diretrizes programáticas e das estruturas locais dos programas de controle. Para o autor, “a complexidade dos fatores que interferem na dinâmica de transmissão da dengue impõe novos desafios e procedimentos a serem implementados, para seu enfrentamento”, destacando os seguintes avanços:

- Financiamento sustentável das atividades de controle, com o repasse regular dos recursos financeiros para os fundos estaduais e municipais de saúde.
- Desenvolvimento do Levantamento de Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) – levantamento larvário amostral, realizado em tempo menor que o método tradicional, capaz de

⁶MEDRONHO, 2008.

identificar a densidade larvária e os criadouros preferenciais nos espaços intraurbanos –, que demonstrou seu papel de “sinal de alerta e orientação aos responsáveis locais pelos programas de controle da dengue na adoção das medidas preventivas anteriores ao período de maior transmissão da doença”.

- Elaboração de estratégias integradas de controle da dengue envolvendo grandes Regiões Metropolitanas e capitais dos estados de Minas Gerais, São Paulo e Pará.
- Atualização e disseminação de informações aos profissionais de saúde, para o adequado diagnóstico e conduta do paciente com dengue, por intermédio de protocolos clínicos padronizados e processos de capacitação.
- Iniciativa de alguns municípios pela inserção da estratégia Saúde da Família (ESF) nas atividades de controle da dengue.
- Ordenamento jurídico e amparo legal para orientar o trabalho dos agentes de saúde em imóveis fechados ou abandonados ou naqueles em que o proprietário recuse a visita.
- Realização de campanhas de comunicação e mobilização da população com elaboração de pesquisa de opinião pública e mídia regionalizada.

268 |

Em resposta aos questionamentos a respeito da efetividade e resultados das ações empreendidas pelo PNCD, o autor reconhece que apesar das muitas ações empreendidas, ainda ocorrem epidemias e óbitos por dengue. Considera que “uma análise de impacto necessitaria de avaliações e estudos mais aprofundados”, destacando que, ao se comparar os cinco anos anteriores (1998-2002) com os cinco anos posteriores (2002-2007) à implantação do PNCD, ocorreu uma redução de 25% no total de casos notificados no país e redução de 3% nos casos de febre hemorrágica da dengue, porém observou-se um aumento de 1,6 vez dos óbitos no mesmo período. Avalia ser provável que o Brasil

estaria em situação pior caso todo o esforço de implementação do PNCD não tivesse sido realizado. O autor lembra que análises globais podem estar sujeitas a crítica, tendo em vista as grandes diferenças regionais do país, na medida em que existem situações de maior gravidade regionais e locais.

O SUS e as ações de vigilância epidemiológica

Entre as principais atribuições do SUS no enfrentamento da Dengue, destaca-se o aprimoramento das ações de Vigilância Epidemiológica (VE), cujo principal objetivo é conseguir agilidade suficiente para a detecção precoce de epidemias e dos casos de evolução grave, com vistas a reduzir a letalidade.⁷ Para atingir este fim, “precisa ter disponível informação consistente e oportuna, diagnóstico laboratorial otimizado, critério de caso bem definido e profissionais de saúde com um bom conhecimento clínico da doença” (DUARTE; FRANÇA, 2006).

As ações, condutas e prioridade de objetivos vão ser diferenciadas de acordo com a situação entomológica e da circulação prévia do vírus em cada região.

269

Em áreas não infestadas, o objetivo principal é “impedir a introdução do *Aedes*, procurando detectar precocemente os focos (vigilância entomológica), debelá-los em tempo hábil e fazer a vigilância de casos suspeitos, de acordo com as definições de caso preconizadas”. Nessas áreas, todos os casos suspeitos devem ser investigados e submetidos à coleta de sangue para confirmação laboratorial. Na investigação, é essencial detectar o local provável de infecção. Caso exista suspeita de autoctonia deve ser imediatamente acionada a equipe de controle de vetores para pesquisar a presença do *Aedes aegypti* na área.

Já em áreas infestadas sem transmissão de dengue, a VE deve “monitorar os índices de infestação predial, acompanhando as atividades das

⁷DUARTE, 2006.

equipes de controle, com vistas a conhecer a distribuição geográfica do vetor e seus índices de infestação, identificando as áreas de maior risco para a introdução do vírus e acionando as medidas pertinentes, detectando oportunamente os casos e determinando o local provável de infecção”. Nesta situação, recomenda-se também implementar a vigilância das febres agudas exantemáticas e a vigilância sorológica (realizar sorologia de dengue em pacientes com suspeita inicial de rubéola e/ou sarampo, que tiveram resultado sorológico negativo para ambos). Todos os casos suspeitos devem ser notificados e imediatamente investigados.

Nas áreas com história prévia de transmissão de dengue o principal objetivo é “detectar precocemente a circulação viral nos períodos não-epidêmicos, diminuir o número de casos e o tempo de duração da epidemia nos períodos epidêmicos”. Em períodos não epidêmicos, todos os casos devem ser notificados e investigados, realizando-se também uma busca ativa de casos nos locais de residência, trabalho ou outros frequentados pelo paciente suspeito, coletando-se material de sorologia de eventuais casos suspeitos. É importante o monitoramento viral com vistas a detectar o(s) sorotipo(s) que estão circulando na região. Todos os óbitos suspeitos devem ser investigados com vistas a “identificar e corrigir seus fatores determinantes”. A constante integração e comunicação com as equipes de controle vetorial e com a comunidade são de fundamental importância.

Nos períodos epidêmicos, todas as medidas destacadas para períodos não-epidêmicos deverão ser mantidas, porém se recomenda a realização de exames sorológicos de apenas uma amostra dos pacientes com dengue clássico, confirmando-se a maioria dos casos por critério clínico-epidemiológico, após confirmado laboratorialmente que está ocorrendo circulação viral na área. Já para os casos suspeitos de FHD, a coleta é obrigatória para todos os casos. Nas situações de epidemia, é importante reorganizar o fluxo de informação, garantindo o acompanhamento da curva epidêmica e analisar a distribuição espacial

dos casos, orientando assim as medidas de controle e acompanhar os indicadores epidemiológicos (taxa de ataque, índices de mortalidade e letalidade). Concomitantemente deverão ser tomadas todas as medidas para a organização da rede de atenção à saúde.

O SUS e as ações de assistência aos pacientes com Dengue

É indiscutível o papel do setor saúde na organização dos seus serviços com vistas ao adequado atendimento das vítimas de dengue e consequente redução da sua letalidade. Esta necessidade ficou evidente nas epidemias mais recentes, em que tem sido observada maior frequência de casos graves, e consequentemente maior número de internações e letalidade.

A experiência tem demonstrado que “nem as epidemias são imprevisíveis, nem as altas taxas de letalidade imutáveis”. Portanto, se as epidemias são eventos previsíveis, é mais lógico organizar a rede de serviços de saúde com antecedência e planejamento.⁸

|271

Segundo Torres (2006), “tão importante quanto evitar a transmissão de dengue é a preparação dos sistemas de saúde para atender adequadamente aos doentes e evitar sua morte. Um bom administrador de saúde é capaz de salvar mais vidas durante uma epidemia de dengue que os médicos e intensivistas”.⁹

Propõe-se assim que sejam elaborados com antecedência “planos de contingência” – planos estratégicos de organização da assistência aos casos suspeitos de dengue. Cada cidade deve contar com um plano de atendimento, facilitando o acesso precoce dos pacientes aos serviços de saúde. Estes devem contar com pessoal treinado nos procedimentos para classificar os casos e tomar as condutas indicadas, seguindo protocolos previamente estabelecidos, nos diferentes níveis

⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s. d.]

⁹ TORRES, 2006.

de complexidade da assistência médica. Nesse processo, cuidados devem ser tomados na organização dos serviços de referência, reservando leitos hospitalares e mantendo os estoques dos insumos necessários para este atendimento.¹⁰

Destaca-se a importância da hierarquização da rede, planejada e estabelecida antes do início da epidemia, o que possibilita otimizar o papel das unidades básicas e intermediárias de saúde, evitando-se assim o congestionamento das unidades terciárias. Este processo se viabiliza com maior facilidade em localidades que já contam com os serviços de atenção primária bem organizados. A experiência recente demonstrou que são acompanhadas de alta letalidade as epidemias ocorridas em regiões metropolitanas onde a atenção primária é incipiente e o sistema centrado na atenção hospitalar. O oposto ocorre em cidades em que a organização da atenção primária está consolidada como centro de comunicação da rede de atenção à saúde com suas unidades especializadas e hospitalares.

272 |

Assim, conforme Torres (2006), “a qualidade da atenção à saúde determina em grande medida a ausência ou menor frequência da mortalidade por dengue, e depende por sua vez de um conjunto de medidas organizativas e de capacitação que se deve desenhar e adequar a cada localidade. Estas medidas devem ser postas em prática como parte das ações de prevenção e controle, **antes** que surjam as epidemias”.

O autor também considera que a principal medida é a capacitação dos recursos humanos envolvidos nos diversos níveis de atenção. Outra prioridade deve ser o trabalho de informação e educação da população, com vistas a conseguir que esta participe ativamente em seu autocuidado, reconhecendo oportunamente os sinais de gravidade. É importante deixar claro à população que existe a possibilidade de ocorrerem formas graves e letais, estimulando a busca precoce de assistência médica.

¹⁰ TOLEDO, [s. d.]

Os desafios para as demais políticas públicas

Os fatores determinantes para a expansão da infestação pelo *Aedes aegypti* nos grandes centros urbanos, extrapolam consideravelmente a governabilidade do setor saúde, neste sentido se destaca a importância da articulação intersetorial.

Segundo Penna (2003), o problema da dengue “diz respeito ao meio ambiente urbano, um problema de todos, população e autoridades, não apenas da área de saúde”. Entre os setores a serem envolvidos, a autora destaca o setor de urbanismo das prefeituras, de forma a “evitar edificações com arquitetura que permitam possíveis criadouros”, além de alertar e fiscalizar construções que possam se transformar em grandes geradoras de criadouros, com seus entulhos e recipientes e exigir boa drenagem de superfícies impermeabilizadas como as lajes.

Há necessidade de se estabelecer cooperação com a área de meio ambiente, na medida em que se está tratando da ecologia de vetores e reservatórios, além do uso de inseticidas. O setor ambiental pode atuar ainda de forma bastante efetiva no estímulo e fiscalização da destinação adequada do lixo, promovendo a reciclagem de diversos materiais como latas, recipientes plásticos e vidros, que dispersos na área urbana se transformam em reservatórios.

Outra área com importante papel no controle vetorial é a de abastecimento de água, geralmente administrada pelas companhias estaduais de saneamento, sob concessão das prefeituras. Tanto as regiões sem abastecimento de água, como aquelas com abastecimento intermitente levam a população a manter reservatórios para armazenamento de água como tanques e tambores. A falta de regularidade no abastecimento gerou a necessidade das caixas d'água (pouco comum em países mais desenvolvidos), que destampadas ou mal vedadas acabam se transformando em criadouros.

Destaca-se a necessidade de criação de regras e fiscalização de atividades comerciais, industriais e da construção civil, procurando evitar

especialmente a formação de macrocriadouros, como grandes poças em lajes, tanques e piscinas sem tratamento. Cabe ao poder público o cuidado com os espaços sob sua responsabilidade direta, evitando deixar que logradouros públicos se transformem em grandes criadouros.

As políticas públicas das áreas de educação, cultura e comunicação social têm papel fundamental nas ações de educação e mobilização da sociedade com vistas ao conhecimento da doença e às mudanças de atitudes necessárias para o controle do vetor.

Cabe destacar as dificuldades enfrentadas na busca da articulação intersetorial. Os outros setores nem sempre conseguem se apropriar do problema, especialmente quando estes estão afetos a outra área. Frequentemente, ocorre um maior envolvimento nos momentos de epidemia, porém com ações geralmente pontuais e fragmentadas. Melhores resultados são obtidos quando se vê o problema como uma prioridade de todo o governo, geralmente pela maior sensibilidade do chefe do poder executivo. O desejado, contudo, é que a dengue seja vista como uma questão de Estado, com ações integradas e duradouras das diversas políticas públicas.

274

Os desafios para a sociedade

É fundamental a participação da população nas ações de controle do vetor, como manter as caixas d'água vedadas, dar uma destinação adequada ao lixo, manter os quintais limpos, não deixar pneus expostos à chuva, manter os pratos de plantas com areia até a borda etc. A sensibilização da população para desenvolver essas ações deve ser feita por meio dos veículos de comunicação social, agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias, entre outros.

Pesquisa de opinião realizada a pedido do Ministério da Saúde mostrou que 91% dos entrevistados se sentem informados sobre como se pega dengue, 96% dos entrevistados recordam-se das campanhas, porém 55% acham que se o vizinho não tomar as precauções necessárias

para evitar o mosquito, as medidas que ele mesmo adota não adiantarão.¹¹ Percebe-se assim que apesar de a população estar informada sobre a doença, pouco se consegue quanto à mudança de atitude, no sentido de adotar as medidas necessárias em seu cotidiano.

Assim, a maioria da população absorve os conhecimentos, sabe onde o vetor coloca os ovos, que recipientes contendo água devem ser eliminados, da necessidade de colocar tampa nos depósitos que não podem ser eliminados etc. Porém, estes conhecimentos não têm sido eficazes no sentido da indução de mudanças de práticas e comportamentos fazendo com que os ambientes domésticos se mantenham receptivos à manutenção e proliferação do *Aedes aegypti*.¹²

Por que isso acontece? Segundo Rangel, este insucesso evidencia que ainda há dificuldades e limites nas estratégias de educação, comunicação e mobilização que vêm sendo utilizadas, apontando a necessidade de mudança nas abordagens que têm sido aplicadas. Para a autora, estas trazem ainda subjacente “uma visão unicausal da produção da doença, com cunho campanhista/higienista”. Reproduzem-se táticas da antiga “polícia sanitária”, realizando intervenções no ambiente privado da família, muitas vezes descartando objetos, imiscuindo-se, criticando, ou “condenando” determinados hábitos, que culturalmente pode ser importantes, como, por exemplo, o uso de vasos para fins religiosos e decorativos.¹³

Para a autora, podem ser estimulados alguns princípios e diretrizes para as ações de comunicação, educação e participação, tais como: participação democrática; sensibilidade cultural; multimidiatização: meios e recursos disponíveis e preferenciais; dialogicidade/criação de espaços de conversação; mobilização e educação por pares; capacitação profissional e comunitária; antecedência de pesquisas culturais (crenças, valores,

¹¹ PIMENTA, 2008.

¹² TEIXEIRA, 2008.

¹³ RANGEL, 2008.

saberes, percepções) e realização de pesquisas avaliativas destas práticas. Alerta para os limites destas ações, considerando relativo seu poder para produzir ou induzir mudanças de comportamentos e atitudes, “especialmente em contextos tão adversos à proteção e promoção da saúde”. A comunicação, educação e mobilização social seriam assim “campos de ação fundamentais para o bom desempenho de programas de prevenção e promoção da saúde, mais pela sua capacidade de abrir espaços de diálogo e conversação entre profissionais, agentes de saúde e população, na busca de solução para os problemas que os afetam, do que pelo seu potencial de mudar comportamentos e atitudes individuais frente a riscos à saúde”.

III. As medidas propostas pelo CONASS para o enfrentamento da dengue

276 |

A questão do enfrentamento da dengue vem sendo objeto frequente de discussão nas assembleias do CONASS, ocasiões em que são abordados diversos aspectos já citados neste texto, além de questões relativas ao financiamento e gestão do Programa Nacional de Controle da Dengue.

Apresentam-se aqui as principais propostas apresentadas na reunião do CONASS, com a participação do Ministério da Saúde, para discussão da situação da dengue no país, ocorrida em 3 de abril de 2008, no estado do Rio de Janeiro e na reunião da Câmara Técnica de Epidemiologia do CONASS ocorrida em 15 de maio do mesmo ano.

Entre os principais encaminhamentos da reunião do Rio de Janeiro, destacam-se as questões referentes ao financiamento do SUS, considerando o temor da ocorrência de novos surtos concomitantemente a uma situação crítica de insuficiência de recursos financeiros. Neste sentido todos os esforços com vistas à regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 devem ser reforçados.

Considerou-se a importância de enfrentar as dificuldades encontradas no processo de descentralização, ressaltando-se a necessidade de se avançar no aperfeiçoamento do Pacto pela Saúde, com a definição

clara das competências das três esferas de gestão e dos mecanismos de cooperação entre as mesmas.

Outra questão levantada foi a necessidade de concretizar a atuação intersetorial, sendo proposta a criação nas três esferas de governo de Câmaras Setoriais de Combate a Dengue, com a participação dos órgãos responsáveis por todas as políticas públicas envolvidas. As câmaras teriam o papel de formalizar as competências, definir metas e mecanismos de avaliação e acompanhamento das ações a serem desenvolvidas por cada setor/órgão.

Foi proposta a criação da Força Sanitária Nacional (FSN) baseada na experiência organizada pelo CONASS, na qual a maioria das Secretarias Estaduais de Saúde encaminhou equipes ao Rio de Janeiro para atendimento às vítimas da epidemia.

Nos mesmos moldes foi proposta a organização pelas Secretarias Estaduais de Saúde de uma “força tarefa” para combate à dengue, que, quando necessário e de acordo com cada realidade epidemiológica, atuaria como um reforço no apoio aos municípios em situação de maior dificuldade.

|277

A Câmara Técnica de Epidemiologia do CONASS no sentido de fortalecer o processo de descentralização sugeriu a criação de um Grupo Técnico permanente com representação do MS, CONASS e Conasems para debater nacionalmente as ações de combate à dengue. Foi destacada a importância do fortalecimento e ampliação das ações de atenção primária visando a uma maior capilaridade para o controle do mosquito e para a atenção aos doentes e a necessidade do cumprimento integral das diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue com as seguintes recomendações:

- a) Na área de gestão:
 - Rever a questão do financiamento federal das ações de controle da dengue no sentido de aumentar os recursos financeiros para estados e municípios.

- Reavaliar a capacidade gerencial das três esferas de gestão.
- Fortalecer o papel das SES nas áreas de capacitação de recursos humanos, mobilização social e supervisão.
- Dar sustentabilidade técnica ao PNCD, com a manutenção de equipes de apoio aos estados e municípios, garantindo a descentralização das ações.

b) Na área de controle do vetor:

- Garantir a existência de um quadro efetivo de agentes de controle de endemias nos municípios, executando trabalho de campo no decorrer de todo o ano conforme preconizado pelo PNCD, com sustentabilidade na transição dos governos municipais. Para tal é essencial solucionar o problema dos vínculos precários de contratação desses agentes.
- Utilizar a estratégia do LIRA como forma de avaliar as áreas de maior risco, atuando prioritária e preventivamente nestas, com atenção especial àquelas de difícil acesso e dificuldade de realização efetiva da visita domiciliar.
- Envolver efetivamente as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde na tarefa de orientação à comunidade.
- Avaliar o território de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, da ESF e dos Agentes de Controle de Endemias, para que suas áreas de ação sejam coincidentes.
- Implantar as Câmaras Intersetoriais de Combate à Dengue nas três esferas de governo.

c) Na área de vigilância epidemiológica:

- Fortalecer o papel da Vigilância Epidemiológica como norteadora das ações de controle da dengue.

- Descentralizar as referências laboratoriais para os estados, proporcionando rapidez no retorno de retestes e resultados de isolamento viral.
- Necessidade de segurança na utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) como ferramenta para notificação e monitoramento dos casos.
- Melhorar a classificação final dos casos de dengue na ficha de investigação individual.

d) Na área da assistência:

- Garantir que todos os municípios tenham plano de contingência consolidado.
- Organizar a assistência aos doentes com dengue, com instalação de serviços de referência dentro dos municípios com epidemia.
- Discutir os critérios de definição de caso de Febre Hemorrágica da Dengue.
- Organizar a rede de atenção à saúde, buscando a integralidade da assistência.
- Capacitar os profissionais de saúde em manejo clínico do paciente com FHD.

e) Na área de comunicação e mobilização social:

- Elaborar Plano de Comunicação e Mobilização Social nas três esferas de gestão.

279

IV. Considerações finais

Nas duas últimas décadas, a dengue tem-se mostrado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Periodicamente, observam-se epidemias em diversas regiões do país

acompanhadas de aumento significativo do número de casos graves, hospitalizações e óbitos.

Essa situação precisa ser enfrentada de forma eficiente e tempestiva, intervindo-se nas causas da dengue. É equivocada atribuir-se somente ao setor saúde a responsabilidade pela solução do problema, uma vez que a atuação isolada dessa área é incapaz de superar esse desafio.

A solução de problemas como a ocupação desordenada dos espaços urbanos, a deficiência de saneamento básico, a inadequação do acondicionamento, coleta e destino do lixo, a mudança de atitude da população e a manutenção das ações de controle dos vetores precisam ser enfrentadas com a efetivação de políticas públicas integradas e contínuas.¹⁴ O controle da dengue exige, portanto, uma ação responsável, forte e coordenada de todas as áreas governamentais que tenham correlações com os seus determinantes, em uma ação conjunta das três esferas de governo.

280 |

A atuação do poder legislativo é determinante na definição de fontes de financiamento claras e suficientes para o SUS por meio da aprovação da Emenda Constitucional n. 29 e da elaboração de legislação que possibilite intervenções efetivas e penalidade em situações de clara irresponsabilidade sanitária.

Ao setor saúde, cabe organizar-se para cumprir com as suas responsabilidades ante a este desafio: atuar com eficiência na execução das ações de vigilância em saúde (ambiental, entomológica, epidemiológica e sanitária); na organização da assistência à saúde (da atenção primária aos serviços de referência); no controle do vetor e no estabelecimento de estratégias de promoção da saúde que impliquem na mudança de atitude da população e de educação permanente para as equipes envolvidas nas atividades cotidianas.

¹⁴FRUTUOSO, 2009.

Referências bibliográficas

1. BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 53-72, 2008.
2. COELHO, G. Dengue: desafios atuais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 3, p. 231-233, 2008.
3. DUARTE, H. H. P.; FRANÇA, E. B. **Qualidade dos dados da vigilância epidemiológica da dengue em Belo Horizonte**, MG, v. 40, n. 1, p. 134-142, 2006.
4. FRUTUOSO, J. A dengue de todos nós. **Jornal O Povo**, Fortaleza. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/opovo/ceara/854667.html>>. Acesso em: 11 fev. 2009.
5. MEDRONHO, R. A. Dengue no Brasil: desafios para o seu controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 948-949, 2008.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dengue: Decifra-me ou devoro-te. **Organização dos Serviços**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://www.dengue.lcc.ufmg.br/dengue_cd/files/organizacao/textos/livreto_orgservicos.pdf>. [s. d.]
7. _____. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. p 231-253.
8. PENNA, M. L. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 305-309, 2003.
9. PIMENTA, F. **Situação da dengue no Brasil**. Apresentação realizada na reunião extraordinária do CONASS para discussão da situação da dengue no Brasil. Rio de Janeiro, 3 de abril de 2008.
10. RANGEL, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle – propostas inovadoras. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 25, p. 433-441, 2008.

11. TAUIL, P. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867-871, 2002.
12. TEIXEIRA, M. G. Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 25, p. 442-451, 2008.
13. TOLEDO, L. M. **Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao paciente de febre hemorrágica da dengue**. Projeto de pesquisa. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/pos-graduacao/site/projetos-de-pesquisa/detalhes/?site=1&id=1507>>. [s. d.].
14. TORRES, E. M. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n. 1, p. 60-74, 2006.

