



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 39, NÚMERO ESPECIAL  
RIO DE JANEIRO, DEZ 2015

Políticas,  
planejamento  
e gestão  
em saúde

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa Isabela Soares Santos Liz Duque Magno Lucia Regina Fiorentino Souto Thiago Henrique dos Santos Silva

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha  
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues  
David Soeiro Barbosa  
Luisa Regina Pessôa  
Maria Gabriela Monteiro  
Nilton Pereira Júnior

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Cristiane Lopes Simão Lemos  
Grazielle Custódio David  
Helena Rodrigues Corrêa Filho  
Jairnilson Silva Paim  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Ligia Giovanella  
Nelson Rodrigues dos Santos  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Roberto Passos Nogueira  
Sarah Maria Escorel de Moraes  
Sonia Maria Fleury Teixeira

### SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

## SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

### EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Vera Lucia Luiza (RJ)  
Luciana Dias de Lima (RJ)  
Maria Lucia Frizon Rizzotto (PR)  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (RJ)  
Ruben Araújo de Mattos (RJ)

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha  
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil  
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Catalina Eibenschütz - Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México  
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil  
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália  
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México  
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra  
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil  
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina  
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica  
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil  
José da Rocha Carneiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil  
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil  
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil  
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil  
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Sulamís Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

### SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo  
Luiza Nunes

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS  
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX  
Scientific Electronic Library - SciELO  
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos  
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Apoio

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 39, NÚMERO ESPECIAL  
RIO DE JANEIRO, DEZ 2015

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

- 5 **EDITORIAL** | EDITORIAL
- 7 **APRESENTAÇÃO** | PRESENTATION
- ARTIGO ORIGINAL** | ORIGINAL ARTICLE
- 11 **Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes**  
*Decentralization and regionalization in health in Spain: trajectories, characteristics and conditions*  
Adelyne Maria Mendes Pereira, Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado, José Manuel Freire
- 28 **Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira**  
*Prospects for the region and networks in Brazilian health policy*  
Mariana Vercesi de Albuquerque, Ana Luiza d'Ávila Viana
- 39 **O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil**  
*The public-private mix and the hospital financing arrangements in Brazil*  
Juliana Pires Machado, Mônica Martins, Iuri da Costa Leite
- 51 **O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo**  
*The public and the private in the health regionalization in Espírito Santo*  
Ana Paula Santana Coelho Almeida, Luciana Dias de Lima
- 64 **O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB)**  
*The ambiguity-conflict model as tool for the analysis of Pharmaceutical Services challenges in João Pessoa, Paraíba, Brazil*  
Suelma de Fátima Bruns, Egléubia Andrade de Oliveira, Maria Auxiliadora Oliveira, Vera Lucia Luiza
- 76 **O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso**  
*The pact for health and the regionalization process in the state Mato Grosso*  
Nereide Lúcia Martinelli, Ana Luiza d'Ávila Viana, João Henrique Gurtler Scatena
- 91 **A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política**  
*A National Health Promotion Policy: text and context of a policy*  
Patrícia Ferrás Araújo da Silva, Tatiana Wargas de Faria Baptista
- 105 **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro**  
*The Family Health Support Centre: national proposal and implementation in towns of Rio de Janeiro*  
Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio, Cristiani Vieira Machado, Márcia Cristina Rodrigues Fausto
- 120 **A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional**  
*The health of the adolescent deprived of freedom: a look at policies, laws, norms and its effects on institutional performance*  
Fernando Manuel Bessa Fernandes, José Mendes Ribeiro, Marcelo Rasga Moreira

- 
- 132**      **Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013**  
*Participation of institutions of social control in Mental Health Policy of Bahia, 2001-2013*  
Tarcio de Almeida Oliveira, Carmen Fontes Teixeira
- 145**      **Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social**  
*Social Organizations and State Foundations of Private Law at the Unified Health System: relation between the public and the private and social control mechanisms*  
Vanice Maria da Silva, Sheyla Maria Lemos Lima, Marcia Teixeira
- 160**      **Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras**  
*Evaluation of the Health Care Network in small towns from the perspective of management teams*  
Cássia Regina Gotler Medeiros, Tatiana Engel Gerhardt
- 171**      **Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul**  
*Pharmaceutical Services and litigation in small Brazilian municipalities: a study in Mato Grosso do Sul*  
Cláudia Du Bocage Santos Pinto, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro
- 184**      **De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial**  
*Facing medical doctors: a communicative management strategy to qualify ambulatory access regulation*  
Flavius Augusto Olivetti Albieri, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
- 196**      **Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil**  
*Secondary dental care implementation in two municipalities in the state of Bahia/Brazil*  
Thaís Regis Aranha Rossi, Sônia Cristina Lima Chaves
- 207**      **A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil**  
*Contracting as a management tool of Primary Health Care in the perception of professionals of the Municipal Health Department of Curitiba, Brazil*  
Rafael Gomes Ditterich, Thabata Cristy Zermiani, Simone Tetu Moysés, Samuel Jorge Moysés
- 221**      **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde**  
*Family Health Support Nucleus: potentials as change device in Primary Health Care*  
Paula Roberta Rozada Volponi, Mara Lúcia Garanhani, Brigida Gimenez Carvalho
- 232**      **Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades**  
*Primary Health Care in Brazilian municipalities: efficiency and disparities*  
Grazielle Custódio David, Helena Eri Shimizu, Everton Nunes da Silva

**246 Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua**

*Care practices and homeless population: the street clinic case*

Carolina Cruz da Silva, Marly Marques da Cruz, Eliane Portes Vargas

**257 Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária**

*Dental surgeons' work in the identification of child and adolescent abuse in primary health care*

Gracyelle Alves Remigio Moreira, Ana Carine Arruda Rolim, Maria Vieira de Lima Saintrain, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

**268 Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes *Mellitus*: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE)**

*Health Care Network to people with Diabetes Mellitus: an analysis of implementation in the SUS in Recife (PE)*

Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos, Luciana Caroline Albuquerque Bezerra, Eduardo Freese de Carvalho, Annick Fontbonne, Eduarda Ângela Pessoa Cesse

**ENSAIO | ESSAY**

**283 Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional**

*Implementation of public policies: analysis methodology under the focus of institutional policy*

Eduardo Tonole Dalfior, Rita de Cássia Duarte Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade

**298 A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da enfermagem em oncologia**

*The unbearable lightness of health work: overdemand and invisibility on nursing work in oncology*

Maria Liana Gesteira Fonseca, Marilene de Castilho Sá

**REVISÃO | REVIEW**

**307 Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática**

*Performance evaluation of health interventions in Latin America: a systematic review*

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, Vanessa de Lima Silva, Isabella Chagas Samico, Eduarda Ângela Pessoa Cesse

**320 O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica**

*The patient with severe mental disorders in general hospital: a literature review*

Marina Fernandes do Prado, Marilene de Castilho Sá, Lilian Miranda

**ENTREVISTA | INTERVIEW**

**338 Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos**

Gastão Wagner de Sousa Campos, Luciana Dias de Lima, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Vera Lucia Luiza, Ruben Araújo de Mattos

**RESENHA | CRITICAL REVIEW**

**340 Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local**

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

# Editorial

---

O direito à saúde consagrado na Constituição Federal de 1988 vem, desde o início de sua implantação, confrontando-se com interesses políticos de grupos da sociedade contrários às políticas universalistas e à presença do Estado nas políticas sociais. O resultado da presença e força desses grupos se expressa no fato de que, ao final dos anos 1990, o sistema de saúde brasileiro criado para ser único e regido pelo interesse público encontrava-se francamente fragmentado e com um setor privado fortalecido e ampliado.

Ao longo dos últimos anos, o cenário não se modificou, e, desde o início de 2015, é possível perceber alterações nos rumos das políticas públicas consolidadas no Brasil nas duas últimas décadas. A crise instalada no País possui diferentes dimensões entre as quais sobressai uma crise política que coloca em cheque a coalização que sustentou os governos nos últimos 12 anos. Ainda que sob os efeitos contraditórios dos dois projetos em curso – a convivência de formas neoliberais e intervencionistas de atuação do Estado –, essa coalizão permitiu, por meio de políticas redistributivas e aumento do salário mínimo, a redução da pobreza e das desigualdades de renda da população.

O convívio entre esses grupos políticos e suas respectivas ideologias parece ter atingido a condição de tensão extrema, e as exigências se explicitam nas mudanças que vêm sendo realizadas no conjunto dos direitos sociais consagrados na Constituição Federal, entre os quais a saúde se destaca.

A política econômica que prevaleceu resultante desse tenso cenário é a que favorece o mercado financeiro com elevadas taxas de juros, ajustes fiscais e, conseqüentemente, encolhimento dos investimentos públicos. O desemprego e o acirramento das desigualdades são reflexos e repercussões imediatas dessa política, que na saúde se traduzem em piora nos padrões de mortalidade e de morbidade.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que já vem sofrendo um crônico subfinanciamento, a tendência é de agravamento ainda maior, e isso significa que há riscos de retrocesso nos avanços conquistados. O melhor cenário é aquele que dificilmente incluirá os avanços necessários à sua consolidação como sistema universal e de qualidade.

Mas qual o papel da investigação e da produção de conhecimentos da área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (PPG) no momento atual? A trajetória da área de PPG confundiu-se com a construção do próprio campo da saúde coletiva, descrito na literatura como um híbrido de saberes e práticas. Essa área se diferencia pelo engajamento ético-político dos estudos conduzidos, tendo em vista a proposição de alternativas para melhoria dos sistemas e serviços e para a consolidação da saúde como um direito de todos os cidadãos.

Nesse momento, renovam-se as expectativas das contribuições de pesquisas desenvolvidas em políticas, planejamento e gestão, em diferentes contextos (internacional, nacional, regional e local), para a compreensão e o enfrentamento dos problemas vividos no SUS. E é com este espírito, de convocação ao debate, à reflexão crítica e à proposição de alternativas, que a revista 'Saúde em Debate' reúne nesse suplemento importantes trabalhos da pós-graduação acadêmica em saúde coletiva no Brasil.

Boa leitura!

*Ana Maria Costa*  
*Diretora Nacional do Cebes*

# Editorial

---

The right to health enshrined in the Federal Constitution of 1988 has, since the beginning of its implementation, been clashing with political interests of social groups opposed to universal policies and to the State's presence in social policies. The result of the presence and strength of these groups is expressed in the fact that, by the late 1990s, the Brazilian health system created to be unified and governed by the public interest was frankly fragmented, and with a private sector strengthened and expanded.

The scenario has not changed over the past few years and, since the beginning of 2015, we could see changes in the direction of the public policies consolidated in Brazil over the last two decades. The crisis installed in the country has different dimensions, among which it stands out a political crisis that puts into question the coalition that supported the governments in the last 12 years. Albeit under the contradictory effects of the two ongoing projects – the coexistence of neoliberal and interventionist forms of State action –, that coalition allowed, through redistributive policies and raise of the minimum wage, the reduction of poverty and income inequalities of the population.

The conviviality among those political parties and their respective ideologies seems to have reached the condition of extreme tension, and the demands are made explicit in the changes that have been made in the set of social rights enshrined in the Federal Constitution, among which health stands out.

The economic policy that prevailed as a result of that tense scenario is one that favors the financial markets with high interest rates, fiscal adjustments and, consequently, the shrinking of public investments. Unemployment and the intensification of inequalities are reflexes and immediate repercussions of that policy, which in health translates into the worsening of mortality and morbidity patterns.

In the scope of the Unified Health System (*SUS*), which has already been suffering a chronic underfunding, the tendency is that there is an even further aggravation, and that means there is the risk of a throwback in the advances achieved. The best scenario is one which will hardly include the advances necessary for its consolidation as a universal and quality system.

But what is the role of research and the production of knowledge of the area of Policies, Planning and Health Management (*PPG*) at the moment? The trajectory of *PPG* area overlaps with the construction of the very field of public health, described in the literature as a hybrid of knowledges and practices. This area is distinguished by the ethical and political engagement of the studies conducted, in view of proposing alternatives to improve the systems and services for the consolidation of health as a right of all citizens.

At this point, there are new expectations of contributions of research undertaken in policy, planning and management, in different contexts (international, national, regional, and local) for the understanding and confronting of the problems experienced in the *SUS*. And it is with that spirit of call for debate, critical reflection, and proposal of alternatives that the journal '*Saúde em Debate*' brings in this supplement important works of the academic post-graduation in public health in Brazil.

Enjoy your reading!

*Ana Maria Costa*  
*National Director of Cebes*



# Apresentação

---

A ideia deste suplemento foi gestada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Nasceu em conversas desprentensiosas, regadas a cafezinhos, durante as quais se ponderava sobre a importância da produção científica da área de Políticas, Planejamento e Gestão no campo da saúde coletiva, assim como da necessidade de dar visibilidade à produção de pesquisadores neófitos, na tentativa de arejar saberes, ideias e discursos.

A opção de fazê-lo na revista ‘Saúde em Debate’, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), colocou-se de forma tanto natural quanto oportuna, uma vez que, desde sua criação em 1976, o principal objetivo da revista tem sido fomentar o pensamento crítico no campo da saúde, por meio da difusão de produções teóricas articuladas ao direito universal à saúde e seus correlatos. Entendemos, portanto, que a missão histórica da revista se confunde com a consolidação da saúde coletiva e, particularmente, da área de políticas, planejamento e gestão enquanto campo de saberes e práticas, voltado para os sistemas e serviços de saúde, comprometido com a transformação social e com a formulação de alternativas para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Já nos momentos iniciais, tornou-se claro que era imprescindível produzir uma chamada aberta, que possibilitasse o envio de trabalhos de diversas instituições de ensino e pesquisa em saúde coletiva no Brasil.

Assim, este número contém artigos originais, ensaios e revisões resultantes de dissertações e teses produzidas em 12 diferentes programas de pós-graduação acadêmicos no País. Envolve 64 autores afiliados a 32 instituições situadas em diferentes níveis de gestão e regiões do Brasil e a 2 estrangeiras. Ressalta-se que alguns autores possuem distintos vínculos e que muitos que eram alunos na época do estudo encontram-se inseridos no mercado de trabalho, confrontando-se com o desafio de traduzir a reflexão acadêmica em melhores práticas na gestão e na produção do cuidado em saúde.

Os trabalhos aqui publicados foram concluídos no período de janeiro de 2011 a março de 2015, e muitos deles expressam os dilemas e conquistas do SUS no contexto político e econômico vigente à época. Por um lado, os aspectos analisados nesses estudos vêm a público revertidos e adicionados de novos acontecimentos, como é o caso da introdução do zika vírus e de alterações no ambiente político-institucional que colocam em cheque a universalização do direito à saúde no Brasil. Por outro, essa publicação coincide com a realização da XV Conferência Nacional de Saúde que possibilitou renovar reflexões e ampliar a base político-social de apoio à implantação do SUS em uma conjuntura adversa.

Foram recebidos 149 artigos de todo o Brasil, que, por meio do trabalho desenvolvido pela equipe de editores convidados, foram submetidos à avaliação (*peer review*), revistos pelos autores e, após aprovação, cuidadosamente selecionados para integrar este suplemento especial da revista. Os temas tratados, examinados sob diferentes abordagens e lentes metodológicas, abrangem desde o cenário internacional até o nacional, envolvendo tanto aspectos da macro quanto da microgestão. A riqueza e a diversidade do campo são ilustradas

em análises que englobam as relações entre Estado, sociedade, políticas e sistemas de saúde, e as formas de organização e prestação da atenção à saúde.

Esperamos que desfrutem da leitura.

*Vera Lucia Luíza*

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Luciana Dias de Lima*

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Maria Lucia Frizon Rizzotto*

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Brasil.

*Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato*

Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social – Niterói (RJ), Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Brasil.

*Ruben Araújo de Mattos*

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

# Presentation

---

The idea of this supplement was gestated within the Post-Graduation Program in Public Health at the Sergio Arouca National School of Public Health of the Oswaldo Cruz Foundation (*Ensp/Fiocruz*). It was born from unpretentious conversations, between sips of coffee, during which we reflected about the importance of the scientific production in the areas of Policies, Planning, and Management in the field of public health, as well as the need to give visibility to the production of neophytes researchers, in an attempt to freshen up knowledges, ideas, and speeches.

The option to do it in the journal '*Saúde em Debate*' (Health in Debate), from the *Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes* (Brazilian Center for Health Studies), came up as both natural and well-timed, once, since its creation in 1976, the journal's main goal has been to foment critical thinking in health, through the dissemination of theoretical productions articulated with the universal right to health and its correlates. We understand, therefore, that the historic mission of the journal is intertwined with the consolidation of public health and particularly the areas of policies, planning, and management as fields of knowledges and practices, focusing on the health systems and services, committed to social transformation and to the formulation of alternatives to improve the living and health conditions of the population.

Since the earliest stages, it became clear that it was essential to perform an open call for articles, which would allow the submission of papers from various educational and research institutions in public health in Brazil.

Thus, this issue contains original articles, essays, and reviews derived from dissertations and theses produced in 12 different academic post-graduate programs in the country. It involves 64 authors affiliated with 32 institutions located in different management levels and regions of Brazil and with 2 foreign ones. It is noteworthy that some authors have different links and that many of those who were still students at the time of the study are now included in the job market, clashing with the challenge of translating the academic reflection into best practices in the management and production of care in health.

The papers that are here published were completed from January 2011 to March 2015, and many of them express the dilemmas and achievements of the *SUS* (Unified Health System) in the political and economic context prevailing at the time. On the one hand, the aspects analyzed in these studies come up reversed and added of new events, such as the introduction of the zika virus and the changes in the political-institutional environment that put into question the universal right to health in Brazil. On the other hand, this publication coincides with the happening of the XV National Health Conference that allowed to renew reflections and expand the political and social bases of support for the implementation of the *SUS* in an adverse environment.

One hundred and forty-nine articles were received from all over Brazil, which, through the work developed by the team of invited editors, underwent assessment (peer review), revised by the authors and, after approval, carefully selected to integrate this special supplement of the journal. The topics discussed, examined from different approaches and methodological lenses, have a coverage that goes from the international to the national scenario, involving aspects of both the macro and the micromanagement. The richness and diversity of the field are illustrated in analyzes that embrace the relations between

the State, society, health policies and systems, and the forms of organization and delivery of health care.

We hope you enjoy reading.

*Vera Lucia Luíza*

Oswaldo Cruz Foundation (*Fiocruz*), Sergio Arouca National School of Public Health (*Ensp*) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

*Luciana Dias de Lima*

Oswaldo Cruz Foundation (*Fiocruz*), Sergio Arouca National School of Public Health (*Ensp*) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

*Maria Lucia Frizon Rizzotto*

State University of Western Paraná (*Unioeste*) – Cascavel (PR), Brazil. Brazilian Center for Health Studies (*Cebes*) – Brazil.

*Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato*

Fluminense Federal University (*UFF*), School of Social Work, Program of Postgraduate Studies in Social Policy – Niterói (RJ), Brazil. Brazilian Center for Health Studies (*Cebes*) – Brazil.

*Ruben Araújo de Mattos*

State University of Rio de Janeiro (*Uerj*), Institute of Social Medicine (*IMS*) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

# Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes

*Decentralization and regionalization in health in Spain: trajectories, characteristics and conditions*

Adelyne Maria Mendes Pereira<sup>1</sup>, Luciana Dias de Lima<sup>2</sup>, Cristiani Vieira Machado<sup>3</sup>, José Manuel Freire<sup>4</sup>

**RESUMO** O artigo aborda a descentralização e a regionalização do sistema de saúde espanhol no período de 1980 a 2012. Sob o enfoque do institucionalismo histórico, o estudo privilegiou a análise da trajetória, características e condicionantes desses processos, no contexto mais geral de redemocratização e reforma do Estado. Os resultados sugerem diferentes graus de poder entre os governos subnacionais e central nas dimensões política, administrativa e fiscal/financeira. Conclui-se que a redemocratização, as pressões regionalistas, a descentralização político-territorial e os antecedentes do sistema sanitário foram os principais fatores que influenciaram a configuração do sistema de saúde na Espanha.

**PALAVRAS-CHAVE** Descentralização; Regionalização; Sistemas de saúde.

**ABSTRACT** *The article discusses the decentralization and regionalization of the Spanish health system from 1980 to 2012. Considering the historical institutionalism approach, the study analyzed the trajectory, characteristics and conditions of these processes, in broader the context of democratization and reform of the State. The results suggest different degrees of power between the central and subnational governments in the political, administrative and fiscal/financial dimension. It is concluded that the return to democracy, the regionalist pressures, the political-territorial decentralization and the antecedent of the health system were the main factors that influenced the configuration of the health system in Spain.*

**KEYWORDS** *Decentralization; Regional health planning; Health systems.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [adelyne@fiocruz.br](mailto:adelyne@fiocruz.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [luciana@ensp.fiocruz.br](mailto:luciana@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [cristiani@ensp.fiocruz.br](mailto:cristiani@ensp.fiocruz.br)

<sup>4</sup>Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad – Madrid, Espanha. [jmfreire@isciii.es](mailto:jmfreire@isciii.es)

## Introdução

A partir da década de 1970, a descentralização destacou-se como uma das principais características dos processos de reforma dos Estados nacionais na Europa e América Latina. As reformas descentralizadoras assumiram sentidos e significados variados, desde a expressão de tendências democratizantes e participativas até a modernização gerencial da gestão pública com ênfase na eficiência e qualidade (FIORI, 1995; MELO, 1996; ARRETICHE, 1997; ABRUCIO, 2006).

As reformas de cunho descentralizador, implementadas por governos socialistas na Itália, França e Espanha, trouxeram impactos para a organização político-territorial desses Estados nos anos 1970 e 1980 (MELO, 1996). Salvo as diferenças, em geral, houve mudanças nas estruturas centralizadas de governo a partir da descentralização de poder para estruturas regionais. No caso da Espanha, a descentralização resultou na conformação de um novo nível de governo (as Comunidades Autônomas – CCAA) que, em um contexto de transição democrática, buscou responder à força e às pressões das identidades regionais (ARRETICHE, 1997; GARCIA; SOTELO, 1999).

Além das influências sobre a organização político-territorial dos Estados, as reformas descentralizadoras condicionaram processos de mudança nas políticas públicas e, entre elas, na saúde. Diversos países na Europa e América Latina implementaram reformas em seus sistemas sanitários, tendo a descentralização como uma diretriz importante, com início nos anos 1970 (ALMEIDA, 2008). Assim, a relação entre descentralização e regionalização no âmbito das reformas dos sistemas de saúde tem sido destacada nas experiências internacionais (SALTMAN; BANKAUSKAITE; VRANGBÆK, 2007; MAINO ET AL., 2007) e na literatura nacional (LIMA ET AL., 2010; VIANA; LIMA, 2011), vinculadas à valorização do papel dos níveis regionais no planejamento e gestão desses sistemas.

Nos sistemas públicos – sejam universais ou baseados no emprego, constituídos em

Estados unitários ou federados –, salvo suas especificidades, descentralização e regionalização têm sido encontradas como diretrizes comuns para a organização do sistema de saúde. Sobretudo nos sistemas universais, a implementação articulada dessas diretrizes está relacionada com a garantia do acesso integral e equitativo a todos os cidadãos.

No tocante à regionalização da saúde, pode-se afirmar que, desde 1920 (DAWSON, 1964) até os anos 2000 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; VIANA; LIMA, 2011), tal conceito encontra-se remetido à organização do sistema de serviços em uma base territorial, considerando-se acesso, financiamento, infraestrutura e logística, a partir de um processo de planejamento que articula níveis regionais e níveis de atenção à saúde.

Contudo, para além da dimensão organizativa, o conceito de regionalização envolve questões políticas e de distribuição de poder no território. Assim, configura-se como um processo político dependente das relações intergovernamentais (VIANA ET AL., 2008) e entre Estado e sociedade civil (FLEURY; OUVRENEY, 2007).

Diante disso, e tendo em vista o marco institucionalista histórico, a análise empreendida está fundamentada em três argumentos principais:

- 1) Descentralização e regionalização configuraram-se como processos políticos no quadro mais geral de reformas dos sistemas de saúde, que envolvem a articulação entre esferas de governo e assumem sentidos variados de acordo com o contexto institucional no qual são formuladas e implementadas. A descentralização se caracteriza pela transferência de poder e responsabilidades nas dimensões política, administrativa e fiscal/financeira. A regionalização está associada à organização do sistema de serviços de saúde em uma base territorial, por meio de um processo no qual níveis regionais são relacionados a níveis de atenção. Não obstante, a regionalização também pode estar referida à (re)organização do poder sobre o território.

2) Existem visões e interesses diferentes entre os diversos atores envolvidos na arena de decisão da política sanitária, com repercussões sobre os processos de descentralização e regionalização dos sistemas de saúde. Como o conceito de descentralização é bastante amplo, o recorte do estudo irá privilegiar os atores governamentais.

3) Os processos de descentralização e regionalização dos sistemas de saúde, bem como a temporalidade e sequência entre as dimensões que os caracterizam, podem estar condicionados pelas mudanças no equilíbrio territorial do poder do Estado derivados dos processos de descentralização. Do mesmo modo, pode haver especificidades do setor saúde que influenciam tais processos.

Partindo desses argumentos, algumas questões foram construídas: Que fatores (históricos, políticos e institucionais) favoreceram os processos de descentralização e regionalização no sistema de saúde espanhol? Como tais fatores influenciaram a configuração recente desse sistema de saúde? Visando responder a tais questões, este estudo analisou os processos de descentralização e regionalização do sistema de saúde espanhol, no contexto de redemocratização e reforma desse Estado.

As justificativas do estudo repousam na relevância da compreensão dos condicionantes históricos, políticos e institucionais que se fazem presentes na trajetória da descentralização e da regionalização da política de saúde, bem como sua repercussão sobre a organização dos sistemas sanitários. Em que pesem as limitações inerentes ao desenvolvimento de estudos de caso (YIN, 2005), acredita-se que a análise do caso espanhol pode contribuir para ampliar olhares

e horizontes sobre o caso brasileiro, favorecendo o entendimento do fenômeno e as discussões dessa natureza no campo da saúde coletiva no Brasil.

## Metodologia

A partir da abordagem do institucionalismo histórico (THELEN; STEINMO, 1992; IMMERGUT, 1998; HALL; TAYLOR, 2003), sobretudo em suas contribuições para o estudo de políticas públicas, três eixos de análise foram definidos: 1) trajetória da descentralização e da regionalização da política de saúde; 2) institucionalidade da descentralização e da regionalização da saúde; e 3) condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde.

A análise realizada articulou o estudo da descentralização e da regionalização da política de saúde com o contexto mais geral de descentralização do Estado. Para tanto, foram identificados os marcos institucionais e as principais características da descentralização do Estado e da saúde em cada uma das seguintes dimensões: política, administrativa e fiscal/financeira. Assim, foi possível estabelecer a sequência na qual se desenvolveram tais dimensões (no contexto do Estado e no âmbito da saúde) e compreender suas interfaces temporais (FALETTI, 2010).

Em cada uma das dimensões citadas, foram definidas variáveis, apresentadas no *quadro 1*. Visando facilitar a comparação entre tais dimensões em cada plano da investigação, tais variáveis foram valoradas segundo o grau de poder dos governos central e subnacionais. Na escala de valoração, foi atribuído (0) para ausência de poder, (1) para poder restrito e (2) para amplo poder, sendo o escore final de cada dimensão o resultado da média simples dos escores das variáveis.

Quadro 1. Dimensões da descentralização no contexto do Estado e da política de saúde: definições e variáveis

Dimensões da Descentralização	Contexto do Estado		Contexto da Política de Saúde	
	Definições	Variáveis	Definições	Variáveis
<b>Política</b>	Compreende a distribuição de poder entre as esferas subnacionais no que tange à tomada de decisão, formulação e regulação de políticas em seus territórios. Inclui a eleição dos seus governos.	- Grau de poder dos governos subnacionais para tomar decisões acerca das políticas públicas (competência na formulação e regulação de políticas regionais); - Competência para formular leis em matérias regionais/locais; - Eleição por voto direto; - Competência para tratar questões que envolvem o compartilhamento de atribuições (representação regional dos órgãos do judiciário). Obs.: Valoração das variáveis: 0 = sem poder 1 = poder restrito 2 = amplo poder	Compreende a transferência da autoridade sanitária, que envolve o poder para a tomada de decisão quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde.	- Grau de poder de formulação, planejamento e regulação da política sanitária pelos governos subnacionais. Obs.: Valoração das variáveis: 0 = sem poder 1 = poder restrito 2 = amplo poder
<b>Administrativa</b>	Compreende a transferência de poder e responsabilidades para a gestão das políticas públicas pelos governos subnacionais.	- Grau de poder dos governos subnacionais para gerir os setores das políticas públicas (competência para executar a política e realizar a gestão do trabalho e dos serviços). Obs.: Valoração das variáveis: 0 = sem poder 1 = poder restrito 2 = amplo poder	Compreende a transferência de poder e responsabilidades para a gestão e prestação de serviços de saúde pelos governos subnacionais. Inclui a gestão das unidades, equipamentos e trabalhadores.	- Grau de poder dos governos subnacionais para exercer a gestão das unidades, equipamentos e força de trabalho, bem como para realizar a coordenação da rede de serviços. Obs.: Valoração das variáveis: 0 = sem poder 1 = poder restrito 2 = amplo poder
<b>Fiscal/Financeira</b>	Compreende a transferência de poder e autoridade para instituir e arrecadar tributos da sua competência, bem como para gestão orçamentária pelos governos subnacionais.	- Grau de poder dos governos subnacionais para instituir e arrecadar tributos da sua competência, bem como para manejar seu orçamento. Obs.: Valoração das variáveis: 0 = sem poder 1 = poder restrito 2 = amplo poder	Compreende a transferência de poder e autoridade para manejar o orçamento e decidir sobre gastos em saúde pelos governos subnacionais.	- Grau de poder fiscal e de gasto (gestão do orçamento) dos governos subnacionais no âmbito da saúde. Obs.: Valoração das variáveis: 0 = sem poder 1 = poder restrito 2 = amplo poder

Fonte: Elaboração própria.

O período de estudo compreendeu os anos de 1980 a 2012. Tal recorte temporal buscou abranger o período de reformas com ênfase na descentralização e regionalização, marcado inicialmente pela redemocratização e reforma do Estado (com início no final dos anos 1970) e que se estende até os dias atuais. A extensão do período de estudo foi importante para que se pudesse analisar a trajetória das diretrizes de descentralização e regionalização ao longo processo de implementação do sistema nacional de saúde.

A pesquisa envolveu levantamento e análise de material empírico acerca da trajetória da descentralização no contexto geral do Estado espanhol, bem como no contexto específico da saúde. Foram utilizadas fontes primárias (leis, atos normativos e documentos oficiais), secundárias (dados disponíveis publicamente em *sites* oficiais e publicações bibliográficas) e consultas a especialistas. Essa etapa foi desenvolvida durante estágio de doutorado no exterior, incluindo visitas técnicas a três comunidades autônomas (Andalucía, Cataluña



e País Vasco), que facilitaram a compreensão das especificidades regionais que envolvem os processos em estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer n.º 14/2012.

## Resultados e discussão

### Descentralização do Estado espanhol: o caso das autonomias

A Espanha é o segundo maior país da União Europeia em extensão territorial (505.987 Km<sup>2</sup>, depois da França) e o quinto maior em população (aproximadamente 46 milhões de habitantes, estando depois da Alemanha, França, Reino Unido e Itália) (INE, 2010). Após cerca de 40 anos de ditadura, marcada por

fortes restrições às especificidades étnicas e linguísticas regionais, a Constituição de 1978 selou a redemocratização com um modelo de organização político-territorial que faz da Espanha um dos países mais descentralizados da Europa. Sendo chamada de Estado das Autonomias (REQUEJO, 2006; GARCÍA; SOTELO, 1999), funciona de maneira semelhante a uma federação, apesar de ser, legalmente, um país unitário cujo regime político é uma Monarquia Parlamentarista.

Ao criar as CCAA, a Constituição (1978) definiu uma divisão político-administrativa em quatro níveis de governo: Governo central; 17 governos autônomos (CCAA); 50 governos provinciais e cerca de 8 mil governos locais. Além das 17 CCAA, a Constituição (1978) instituiu duas cidades autônomas (Ceuta e Melilla). O quadro 2 resume essas características.

Quadro 2. Divisão política e administrativa da Espanha: 17 Comunidades Autônomas (CCAA) e 50 províncias

CCAA	População*	Capital	Número de províncias
Andalucía	8.371.270	Sevilla	8
Cataluña	7.519.843	Barcelona	4
Madrid	6.421.874	Madrid	1
Comunidade Valenciana	5.009.931	Valencia	3
Galicia	2.772.928	Santiago de Compostela	4
Castilla-León	2.540.188	Valladolid	9
País Vasco	2.185.393	*1	3
Ilhas Canarias	2.082.655	*2	2
Castilla La Mancha	2.106.331	Toledo	5
Região de Murcia	1.462.128	Murcia	1
Aragón	1.344.509	Zaragoza	3
Extremadura	1.104.499	Mérida	2
Asturias	1.075.183	Oviedo	1
Ilhas Baleares (*3)	1.100.503	Palma de Mallorca	1
Navarra	640.129	Pamplona	1
Cantabria	592.542	Santander	1
La Rioja	321.173	Logroño	1
Total	46.815.916	Total	50

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos de La Moncloa (2012); INE (2013).

Notas: \* População segundo Censo de 2011.

\*1 País Vasco: Vitoria é a sede das instituições comuns da CCAA, mas a capital não está oficializada por lei.

\*2 Ilhas Canárias: constituem um arquipélago formado por sete ilhas no Atlântico, quatro situadas na província de Santa Cruz de Tenerife e três na província Las Palmas de Gran Canaria. Em 1927, o Decreto Real de 21 de setembro definiu que, a cada legislatura, a sede do governo se alternaria entre as capitais das duas províncias.

\*3 Ilhas Baleares: arquipélago formado por cinco ilhas (Menorca, Mallorca, Ibiza, Formentera e Cabrera) situadas no Mediterrâneo constituindo uma única província.

Embora a Constituição (1978, art. 137) tenha definido que municípios, províncias e CCAA têm autonomia para a gestão de seus respectivos interesses, o que se nota é que a distribuição efetiva do poder se dá entre governo central e CCAA, restando às províncias e aos municípios um papel marginal e de responsabilidades restritas (GARCÍA; SOTELO, 1999; AGRANOFF; RAMOS, 1998; ROCHA, 2013). O grau de poder e autonomia das províncias e municípios é variável entre as CCAA, pois depende do que foi estabelecido nos Estatutos de Autonomia de cada uma delas. Assim, nota-se, por exemplo, que os governos provinciais têm mais poder no País Vasco e menos, na Cataluña.

A disputa com relação à divisão de poderes e atribuições torna tenso o campo das relações intergovernamentais na Espanha. De maneira geral, a polarização entre governos central e regionais se manteve ao longo das décadas, com variações de intensidade. Tal disputa também assume os contornos da luta política e ideológica entre os partidos de esquerda e de direita que ocupam o executivo e legislativo nacional e regionais, manifestando-se nos fóruns de negociação compartilhada com prejuízos para seu funcionamento. O pêndulo dessa balança se mostrou mais favorável às CCAA, que ampliaram progressivamente suas competências ao longo dos anos 1980 e 1990, concretizando a descentralização política e administrativa, como se verá a seguir.

A análise do processo de descentralização do Estado espanhol revelou um sequenciamento, ainda que não linear, das dimensões política, administrativa e fiscal. Quanto à descentralização política, pode-se definir como período-chave aquele compreendido entre os anos 1979 e 1984, marcado institucionalmente pela definição do mapa político-territorial do Estado, seguido das eleições para as assembleias regionais e conformação dos governos autônomos. O desenho das CCAA evidencia diferenças importantes em extensão territorial, porte populacional, aspectos culturais e variações linguísticas, associadas

à história de conformação desses territórios. Tais limites guardam relação com, ao menos, dois caminhos: a presença de uma identidade regional e características históricas que justifiquem a configuração de uma determinada CCAA; ou a vontade das províncias em se unirem ou não, enquanto uma CCAA. A análise do processo não sugere a relevância de critérios de eficiência administrativa.

A descentralização política criou condições para uma descentralização administrativa efetiva. O chefe do executivo regional tem ampla autonomia para tomar decisões quanto às políticas públicas, incluindo a formulação e regulação dessas políticas, tais como saúde e educação. Desde a constituição das CCAA, os governos regionais têm buscado legitimar e dar visibilidade a essa nova organização política por meio da coordenação e execução de políticas regionais.

Embora o processo de transferência de competências em algumas matérias tenha se estendido até os anos 2000, é possível destacar o período de 1980 a 1994 como um momento fundamental para a descentralização administrativa do Estado espanhol. Isto porque se caracterizou pelo intenso debate entre os diversos atores acerca da divisão de tarefas e responsabilidades entre os níveis de governo, bem como pela transferência da maior parte das competências na prestação de serviços às CCAA (JORDANA, 2006). Ao assumirem a responsabilidade pela gestão das políticas públicas, nota-se que as CCAA promoveram um aumento do gasto público, incluindo o aumento do gasto com pessoal e a ampliação do gasto social (CARRILLO, 1998).

A descentralização fiscal se estendeu e sofreu mudanças ao longo dos anos 1990 a 2000. Sobretudo nos anos 2000, quando se reduziram as tensões no que se refere à repartição de responsabilidades e competências, ganharam força as discussões acerca do financiamento das CCAA, bem como sobre a criação de símbolos e identidades territoriais. O modelo espanhol se caracteriza por uma centralização fiscal importante, na qual

o governo central é responsável pela arrecadação praticamente total dos tributos e sua redistribuição, sendo exceções os casos do País Vasco e Navarra (que arrecadam todos os tributos e transferem ao nível central a parcela correspondente a serviços nacionais prestados em seus territórios).

As transferências financeiras realizadas pelo governo central se baseiam em critérios demográficos, geográficos e administrativos, bem como na renda *per capita* e no esforço fiscal de cada CCAA. Há que se reconhecer que o sistema fiscal espanhol logra um alto grau de cooperação e redistribuição, características viabilizadas pelo papel que ocupa o nível central nesse processo. Apesar da concentração central na arrecadação dos tributos, as CCAA possuem ampla autonomia para manejar seu orçamento e definir suas prioridades de gasto. As transferências se dividem em condicionadas e não condicionadas, e grande parte das condicionadas podem ser geridas livremente.

Há outra questão interessante que conforma uma espécie de paradoxo entre autonomia e responsabilidade fiscal no jogo de poder entre governos central e regionais (BAÑON I MARTINEZ; TAMAYO, 1998). Da parte das CCAA, ao mesmo tempo em que há a reivindicação pela autonomia na arrecadação de seus tributos visando à ampliação de seus recursos, há a rejeição dos custos políticos inerentes à responsabilidade pela pressão fiscal. Da parte do nível central, seria interessante repassar a competência de arrecadação para as CCAA, porque assim poderia responsabilizá-las por seus gastos; por outro lado, ao tomar essa medida, veria reduzido seu poder sobre a política econômica, o que não deseja. É notável um desajuste entre responsabilidade fiscal e de gasto que parece carecer de solução, sobretudo em tempos

de crise econômica. Em geral, o modelo espanhol permitiu que as CCAA ampliassem seus gastos e suas dívidas e transferissem ao nível central o ônus político pela não execução de algum serviço social. Na ausência de um sistema de controle mútuo, tem-se como consequência um desequilíbrio financeiro para todo o Estado. Tal modelo também permitiu que o nível central se desresponsabilizasse pelas políticas sociais, transferindo ônus (e bônus) às CCAA.

Se por um lado o modelo de financiamento global favorece o poder e a autonomia das CCAA, permitindo que efetivem a descentralização política e administrativa; por outro, restringe a atuação do governo central, que na ausência de incentivos financeiros vê ainda mais reduzida sua capacidade de coordenar territorialmente as políticas públicas. Atualmente, a discussão em torno do financiamento autônomo se dá no âmbito do Ministério da Fazenda, tendo como instrumento o Conselho de Política Fiscal e Financeira, no qual não tem assento o Ministério da Saúde ou outro vinculado a políticas sociais. Tal Conselho possui potencial como espaço de gestão compartilhada, mas até o momento se configura como um fórum no qual se concretizam relações laterais entre cada CCAA e o Ministério da Fazenda, em um processo de negociação segmentada e assimétrica.

O *quadro 3* apresenta algumas características da descentralização do Estado espanhol, em cada uma das dimensões estudadas. A partir das variáveis selecionadas (*quadro 1*), buscou-se valorar o grau de poder dos governos regionais no que diz respeito às dimensões política, administrativa e fiscal. A escala de valoração foi de (0) a (2), sendo: (0) para ausência de poder; (1) para poder restrito e (2) para amplo poder.

Quadro 3. Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto geral do Estado espanhol

Dimensões da descentralização	Grau de poder dos governos regionais	Escore	Fontes
Dimensão política	- Amplo poder do executivo para tomar decisões (ampla competência na formulação e regulação de políticas regionais)	2	Constituição, Estatutos de Autonomia, Documentos oficiais emitidos por órgãos de cada poder, Literatura secundária
	- Amplo poder para formular leis em matérias regionais, embora assimétrica entre as CCAA	2	
	- Poder parcial para eleger seus governantes (eleição por voto direto em sistema de lista fechada para o legislativo; e indireta para o executivo)	1	
	- Poder parcial do judiciário para tratar dos temas de compartilhamento de atribuições (competência centralizada, contudo, há representação regional dos órgãos do judiciário com competência para atuar sobre temas regionais)	1	
	Escore final	1,5	
Dimensão administrativa	- Amplo poder para realizar a gestão de recursos humanos no âmbito das políticas públicas	2	Constituição, Leis Orgânicas, Literatura secundária
	- Amplo poder para realizar a gestão de equipamentos/serviços no âmbito das políticas públicas	2	
	Escore final	2	
Dimensão fiscal	- Ausência de poder para instituir e arrecadar tributos da sua competência*	0	Constituição, Lei 21/2001, Lei 22/2009, LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas), Literatura secundária
	- Amplo poder para manejar seu orçamento	2	
	Escore final	1	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: \*Exceção para as CCAA de País Vasco e Navarra.

Valoração das variáveis: 0 = sem poder; 1 = poder restrito; 2 = amplo poder. O escore final em cada dimensão é o resultado da soma dos escores de cada variável dividido pelo número de variáveis. O escore máximo em cada dimensão é 2.

A análise desse quadro sugere diferenças entre as dimensões, evidenciando maior poder dos governos regionais na dimensão administrativa, seguida pela política e, por último, a fiscal. A descentralização política, primeira dimensão a se desenvolver na trajetória espanhola, condiciona o grau de autonomia alcançado pelos governos regionais no que tange à dimensão administrativa – o mais alto entre o grupo de dimensões. A descentralização fiscal, última a se desenvolver, parece carecer de uma possível reformulação entre as competências e responsabilidades dos governos central e regionais.

## Descentralização e regionalização da saúde na Espanha: análise histórica, institucional e política

### TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE ESPANHOLA

A trajetória da descentralização e da regionalização da saúde na Espanha está diretamente relacionada com o contexto político vivido pelo Estado no final dos anos 1970 e início dos 1980. A redemocratização do país trouxe consigo a reorganização territorial, na qual a descentralização política foi um marco fundamental, uma

vez que respondia aos anseios nacionalistas (fortemente reprimidos ao longo da ditadura) e mantinha a unidade nacional. Pode-se afirmar que a descentralização política do Estado espanhol viabilizou a descentralização da política de saúde, que, por sua vez, colaborou para a visibilidade da nova organização político-territorial ante a população.

A Constituição Espanhola (1978) pode ser considerada o principal marco institucional dos processos de descentralização do Estado e da saúde. Por um lado, definiu a descentralização política, administrativa e fiscal mais geral do Estado, instituindo as CCAA; por outro, assegurou a proteção à saúde como direito fundamental dos cidadãos espanhóis, listou a 'saúde e higiene' entre as competências que poderiam ser transferidas às CCAA e definiu critérios para a regionalização.

Ao lado da Constituição (1978), a Lei Geral da Saúde (ESPAÑA, 1986) também é um marco da primeira grande reforma da saúde espanhola, pois lançou os pilares para a estruturação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a progressão da universalização e o financiamento por impostos. Tal fato, somado ao Decreto de Universalização da Atenção Sanitária (1989), promoveu uma 'universalização de fato' (quase de 100% ao início dos anos 1990), ainda que não 'de direito', como argumenta Freire (2005).

A análise da dimensão política põe em evidência o período de 1979 a 1994, sendo possível destacar ao menos dois momentos: o primeiro (1979 a 1985), marcado pela transferência das competências em saúde pública e autoridade sanitária do nível central para as CCAA, após aprovação dos seus Estatutos de Autonomia; e o segundo (1981 a 1994), no qual se deu a organização dos Serviços de Saúde Regionais em sete CCAA. Cabe destacar que a descentralização política se caracteriza pela transferência do poder de decisão quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde, bem como dos serviços, do nível central para os níveis regionais (CCAA). Tal processo não foi acompanhado pelo desenvolvimento de condições ideais de coordenação geral do SNS

pelo governo central, de modo que o balanço entre os poderes (central e regional) indica uma limitação da atuação central para induzir políticas nacionais ou conduzir o fórum de negociação interterritorial.

A dimensão administrativa se mistura com a política em função do processo assimétrico de constituição das CCAA espanholas. Tem início com a transferência da gestão de centros e redes específicas (quantitativamente pouco significativos) em 1980 e se encerra com a finalização da descentralização dos serviços vinculados ao Seguro Social (por meio do *Instituto Nacional de la Salud – Insalud*) em 2002. Caracteriza-se pela transferência de amplo poder às CCAA para realizar a gestão dos equipamentos, trabalhadores e rede de serviços, em um processo que destituiu o nível central de qualquer competência nesse sentido (salvo nas cidades autônomas de Ceuta e Melilla, embora haja uma discussão que essa atribuição deveria ser repassada à CCAA de Andalúcia em função da proximidade territorial). Cada CCAA organizou (e reorganizou ao longo dos anos) o serviço de saúde a sua maneira, havendo diferentes formas de gestão implementadas (algumas pautadas pela Administração Direta, outras por Organizações Públicas de Direito Privado e outras por convênios com o setor privado).

A dimensão fiscal/financeira da descentralização sanitária se confunde temporalmente com a segunda reforma do SNS, tendo como marco o ano de 2002. Em 1995, quando a competência sanitária já havia sido transferida para sete CCAA, o gasto da Seguridade Social em Saúde correspondia a cerca de 24% do gasto público em saúde; a partir de 2002, quando tal transferência se concluiu, esse percentual se manteve em cerca de 7% (WHO, 2014). Em 2002, ocorreram as mudanças nas regras do financiamento da saúde, que passou de um 'financiamento finalista' para compor o orçamento geral das CCAA. Esse fato foi decisivo para a conclusão do processo de descentralização administrativa. Além disso, foi promulgada a Lei de Coesão e Qualidade do SNS (2003), que trouxe, entre seus dispositivos mais

importantes, o Fundo de Coesão, com o objetivo de financiar os serviços de alto custo prestados a cidadãos fora das CCAA de domicílio.

A terceira reforma do SNS se deu em 2012. Foi marcada pela publicação do Real Decreto 16/2012, que visou promover a redução da ‘universalização’ (com a exclusão da cobertura sanitária aos imigrantes ilegais e a jovens de mais de 25 anos que nunca contribuíram para a Seguridade Social). Tal Decreto buscou destituir o SNS espanhol do marco *beveridgiano*, em um regresso a um modelo no qual o acesso é dado pela vinculação à Previdência Social. Foi gestado em um contexto político-institucional de crise econômica e de um governo nacional de direita (Partido Popular – PP), tendo como principal objetivo a redução dos gastos em saúde (inclusive pela incorporação de copagamentos mais extensivos na área de medicamentos). Tal momento veio acompanhado por processos (ou tentativas) de privatização em diferentes CCAA, com destaque para os casos de Madrid e da Comunidade Valenciana. Algumas CCAA reagiram a essa proposta, entrando com ações na justiça para derrubá-la.

Em um balanço da descentralização da saúde na Espanha, pode-se afirmar que as CCAA possuem amplo poder para formular, planejar e regular a política sanitária em seus territórios, bem como para gerir a rede de serviços, equipamentos e trabalhadores. Ainda que não tenham amplo poder fiscal, as CCAA possuem amplo poder para gerir os recursos da saúde. Além disso, o nível central possui baixa capacidade de induzir ou coordenar a política de saúde, pois as características da descentralização política, administrativa e fiscal mais geral do Estado atuam como condicionantes e contingenciam sua atuação.

O quadro 4 busca sintetizar a discussão realizada, apresentando o grau de poder dos governos central e regionais em cada uma das dimensões da descentralização da saúde. As variáveis selecionadas foram valoradas de (0) a (2), sendo: (0) para ausência de poder, (1) para poder restrito e (2) para amplo poder; sendo o escore final de cada dimensão o resultado da média simples dos escores das variáveis. A análise sugere que a descentralização sanitária significou a ampliação do poder regional em todas as dimensões estudadas. O grau de poder do governo central

Quadro 4. Descentralização política, administrativa e fiscal no contexto do sistema de saúde espanhol

Dimensões da Descentralização	Grau de poder do Governo central	Escore	Grau de poder dos Governos regionais	Escore
<b>Dimensão política</b>	- Poder restrito na coordenação geral da política de saúde.	1	- Amplo poder para tomar decisões quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde.	2
	- Poder restrito na condução do fórum de negociação interterritorial.	1		
	Escore final	1	Escore final	2
<b>Dimensão administrativa</b>	- Ausência de competência quanto à prestação ou gestão direta de serviços. Salvo nos casos de Ceuta e Mellila.	0	- Amplo poder sobre a gestão e prestação de serviços (estrutura, equipamentos e trabalhadores).	2
	Escore final	0	Escore final	2
<b>Dimensão fiscal/financeira</b>	- Poder amplo no que tange à redistribuição territorial dos recursos para saúde.	2	- Amplo poder para manejar o orçamento e decidir sobre gastos em saúde (ausência de recursos vinculados).	2
	- Ausência de poder para promover a indução da política por meio de incentivos financeiros.	0		
	Escore final	1	Escore final	2

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Valoração das variáveis: 0 = sem poder; 1 = poder restrito; 2 = amplo poder. O escore final em cada dimensão é o resultado da soma dos escores de cada variável dividido pelo número de variáveis. O escore máximo em cada dimensão é 2.

parece reduzido nesse contexto, em função da baixa capacidade de exercer a coordenação e/ou indução da política de saúde.

Quanto à regionalização da saúde, há evidências de que ela foi influenciada pelo processo de expansão da cobertura populacional e territorial na vigência do modelo de seguro social, bem como pela reforma da atenção primária, que se deu em 1984, antes da maior parte da descentralização sanitária. Tais aspectos contribuíram para que o sistema espanhol recebesse um legado de menores desigualdades em termos da distribuição territorial dos serviços de saúde.

#### **CARACTERÍSTICAS FORMAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

O arcabouço legal no qual se ancoram os princípios e diretrizes organizativos do SNS espanhol está conformado pela Constituição Espanhola (1978), Lei Geral da Saúde (ESPAÑA, 1986) e Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (2003). A ideia/sentido formal da descentralização está relacionada com a devolução da competência sanitária às CCAA, ou seja, à transferência de poder decisório nas dimensões política, administrativa e financeira. Trata-se de uma característica intrínseca e condicionada pelo processo mais geral de descentralização do Estado espanhol, que se efetivou com a aprovação dos Estatutos de Autonomia das CCAA.

Quanto à regionalização, a ideia/sentido formal diz respeito à organização territorial dos serviços de saúde, a partir do desenho de áreas e zonas. As áreas de saúde foram definidas legalmente como estruturas fundamentais do sistema sanitário, estabelecidas para garantir a integralidade da atenção (ESPAÑA, 1986). Foi proposto que elas abrangessem entre 200 e 250 mil habitantes, salvo as exceções que se fizessem necessárias, e que desenvolvessem atividades de atenção primária e especializada. As zonas de saúde foram instituídas como o marco territorial da atenção primária, onde se desenvolveriam atividades sanitárias vinculadas aos centros de saúde.

Sobre os objetivos ou desenho formal da descentralização e regionalização da saúde, é possível afirmar que envolvem a integralidade da atenção, a coordenação assistencial, a gestão descentralizada e participativa, bem como a ideia de que os serviços estejam mais próximos dos usuários. Entre as instituições presentes no processo de formulação e implementação da política sanitária, estão os governos central e autonômicos, partidos políticos (destaque para o Partido Socialista Espanhol – PSOE e Partido Popular – PP) e o Tribunal Constitucional, responsável por mediar conflitos entre os níveis de governo.

Como resultado do processo mais geral de descentralização do Estado Espanhol, e do processo específico de descentralização e regionalização da saúde, as CCAA se constituíram como nível intermediário de governo dotado de amplo poder e responsabilidade sobre a gestão e prestação dos serviços. Do ponto de vista organizativo, o Serviço Sanitário Regional, em cada CCAA, reuniu todos os centros de saúde, serviços e estabelecimentos da própria CCAA, das províncias e municipalidades. Esse pode ser um aspecto diferencial do caso espanhol, uma vez que a constituição do Serviço Sanitário Regional representou a concentração e integração da gestão dos serviços no nível político e administrativo das CCAA, desprovido províncias e municipalidades dessa responsabilidade, nos termos da Lei Geral da Saúde (ESPAÑA, 1986).

O governo central é responsável por garantir níveis de equidade entre os Serviços Regionais de Saúde, cabendo a ele definir a Carteira de Serviços Básicos comuns a todas as CCAA. Essa carteira, que se refere ao conjunto de técnicas, tecnologias ou procedimentos mediante os quais se torna efetiva à assistência à saúde, é atualizada periodicamente, sendo a última publicada pelo Real Decreto 1.030/2006. Sendo assim, a atual carteira inclui serviços de saúde pública; saúde mental; atenção primária; atenção especializada; urgência; atenção à dependência química; cuidados paliativos; atenção odontológica (extrações e urgências); assistência

farmacêutica; órtese e prótese; nutrição (especial, enteral); transporte sanitário; informação e documentação sanitária.

Foram previstos, legalmente, órgãos participativos nas áreas de saúde tanto para interação com a sociedade civil (Conselhos de Participação) quanto para integração entre os gestores (Conselhos de Direção e Gestão). Segundo Aguilar (2001), os Conselhos de Participação funcionam razoavelmente (com regularidade moderada e assimétrica entre as CCAA), mas os Conselhos de Direção e Gestão não funcionam, estando o poder de decisão concentrado na CCAA. O Conselho Interterritorial tem dificuldades para se efetivar como fórum de negociação e gestão compartilhada, dado que é frequentemente palco de disputas políticas e da expressão da lógica de maximização das autonomias (FREIRE, 2008).

#### CONDICIONANTES DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A democracia espanhola está marcada pela sucessão de partidos de esquerda e de direita no executivo nacional, comumente relacionada com momentos de crise institucional, política ou financeira. As posturas político-ideológicas desses partidos trazem consequências para a organização e funcionamento do sistema de saúde espanhol, atuando como condicionantes da descentralização e da regionalização. Nuances variadas podem ser notadas entre as CCAA, uma vez que elas possuem ampla autonomia na formulação, gestão, prestação e regulação da política de saúde, bem como grande autonomia para decidir sobre seu orçamento e os gastos em saúde. Esse fato faz com que a presença de governos de direita ou de esquerda nos governos regionais seja também um condicionante para o sistema de saúde.

Cabe ao nível central exercer a coordenação nacional e atuar no sentido de reduzir essas diferenças, papel que tem dificuldade de executar diante das características e condicionantes do processo de descentralização do Estado e da

saúde. Ainda cabe ao governo central responsabilizar-se pela saúde exterior e pela política de medicamentos, enquanto as províncias e municípios têm um papel marginal nos rumos do sistema de saúde. Identificam-se as seguintes estratégias de atuação das instituições e dos atores: o governo central busca manter algum poder no seu nível, os governos regionais buscam ampliar suas autonomias e o Tribunal Constitucional atua como moderador.

Em suma, entre os fatores político-institucionais que atuaram/atua como condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde na Espanha, situam-se o contexto de redemocratização e o ideal de manutenção da unidade, decisivos para a descentralização política do Estado; os regionalismos e tendências separatistas, que atuam como maximizadores das autonomias regionais; a descentralização do Estado espanhol e constituição das CCAA, fato inicial para a descentralização no âmbito da saúde; o ingresso da Espanha na União Europeia e o aporte financeiro que trouxe para as CCAA investirem na área social; a expansão do sistema de proteção social antes da criação do SNS, que condicionou a organização territorial interna às CCAA; e, por último, o modelo de financiamento da saúde, antes e depois de 2002.

Os fatores econômicos não são menos importantes, podendo-se perceber as influências das crises dos anos 1980 (com início no final da década de 1970) e de 2009 sobre a gestão e o financiamento do SNS. A diferença é que, na crise de 1980, estando o governo socialista no executivo nacional, as medidas estiveram centradas na redução de investimentos, com repercussão sobre a fila de espera. No âmbito da crise de 2009, e sobretudo a partir de 2012 com um executivo nacional de direita, as medidas têm sido de abertura do sistema público ao capital privado por meio de medidas privatizadas e de restrição do acesso (imposição de limites ao caráter universal do sistema e instituição de copagamentos).

A partir da matriz de análise proposta para este estudo, o *quadro 5* apresenta a trajetória,



Quadro 5. Análise histórica, institucional e política da descentralização e da regionalização da saúde na Espanha

Eixos de Análise	Descentralização e Regionalização da Política de Saúde Espanhola
<b>Trajétória da descentralização e da regionalização da política de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcos institucionais: Constituição Espanhola (1978); Lei Geral da Saúde (ESPAÑA, 1986); Lei de Coesão e Qualidade (2003).</li> <li>- Características: Processo de descentralização sanitário paulatino, assimétrico entre as regiões, na sequência: política, administrativa e fiscal. Resulta na conformação de 17 Serviços Regionais de Saúde (um em cada Comunidade Autônoma - CCAA). As CCAA possuem amplo poder para formular, planejar e regular a política de saúde em seus territórios, bem como para gerir a rede de serviços, equipamentos e trabalhadores. Ainda que não tenham amplo poder fiscal, as CCAA possuem amplo poder para gerir os recursos da saúde (os recursos não são condicionados). O nível central possui baixo poder e capacidade para induzir ou coordenar a política de saúde, pois as características da descentralização política, administrativa e fiscal mais geral do Estado atuam como condicionantes e contingenciam sua atuação.</li> <li>- Ruptura de um modelo centralizado (Insalud) para um descentralizado (SNS). A redemocratização, as pressões regionalistas e a descentralização político-territorial atuam como questões contingenciais do processo de descentralização da saúde.</li> <li>- Traços de continuidade na organização territorial dos serviços de saúde (regionalização). A extensão do modelo de proteção social logrou uma ampla cobertura sanitária (populacional e territorial) antes da implementação do SNS, condicionando a sequência da descentralização e regionalização da saúde.</li> </ul>
<b>Institucionalidade da descentralização e da regionalização da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideia/sentido (formal): Descentralização como devolução da competência sanitária às CCAA (transferência de poder decisório nas dimensões política, administrativa e financeira). Característica intrínseca e condicionada pelo processo mais geral de descentralização do Estado espanhol, que se efetivaria com a aprovação dos Estatutos de Autonomia das CCAA.</li> <li>- Ideia/sentido (formal): Regionalização como organização territorial dos serviços de saúde, a partir do desenho de áreas e zonas. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Áreas de saúde: estruturas fundamentais do sistema sanitário, estabelecidas para garantir a integralidade da atenção (primária e especializada) (ESPAÑA, 1986). Deveria reunir entre 200 e 250 mil habitantes, salvo as exceções que se fizessem necessárias, e desenvolver as seguintes atividades: a) na atenção primária, mediante trabalho em equipe, seriam atendidos o indivíduo, a família e a comunidade, por meio de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, seja por seus meios básicos ou pelas equipes de apoio; e b) na atenção especializada, a realizar-se nos hospitais e centros de especialidades dependentes funcionalmente deles, seria prestada atenção de maior complexidade aos problemas de saúde e desenvolvidas as demais funções próprias dos hospitais (ESPAÑA, 1986).</li> <li>b) Zonas de saúde: marco territorial da atenção primária, onde se desenvolveriam atividades sanitárias vinculadas aos centros de saúde (ESPAÑA, 1986). Segundo o artigo 62 da mesma lei, a delimitação das zonas de saúde deveria considerar: a) As distâncias máximas dos agrupamentos de população mais distantes dos serviços e o tempo gasto para acesso através de meios de transporte comuns; b) O grau de concentração ou dispersão da população; c) As características epidemiológicas da zona; e d) As instalações e recursos sanitários presentes na zona.</li> </ul> </li> <li>- Objetivos/desenho (formal): integralidade da atenção, coordenação assistencial, serviços mais próximos dos usuários, gestão descentralizada e participativa.</li> <li>- Instituições envolvidas no processo de formulação e implementação: Governo central e governos autonômicos; partidos políticos (destaque para PSOE e PP); e Tribunal Constitucional.</li> <li>- Fragilidade dos arranjos institucionais definidos formalmente: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conselho Interterritorial: tem dificuldades para se efetivar como fórum de negociação e gestão compartilhada, dado que é frequentemente palco de disputas políticas entre governo e oposição (presente no governo das CCAA). Além disso, também expressa a tensão nas relações intergovernamentais na Espanha, em função da lógica de maximização das autonomias e baixa capacidade do nível central em coordenar a política territorialmente. Funcionamento de quatro reuniões anuais.</li> <li>b) Órgãos participativos de área: em geral, os Conselhos de Participação funcionam razoavelmente; mas os Conselhos de Direção e Gestão, não (a gestão tende a estar centralizada no nível da CCAA; cabendo às províncias alguma atividade por desconcentração desse nível - sem poder de decisão; e às municipalidades alguma função marginal, restrita à assistência social). Destaque para o fato de que províncias e municipalidades não têm assento no Conselho Interterritorial.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Condicionantes da descentralização e da regionalização da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Períodos de governo de centro: 1976-1981 (UCD - Adolfo Suarez)</li> <li>- Períodos de governo de esquerda: 1982-96 (PSOE - Gonzalez); 2004-2011 (PSOE - Zapatero)</li> <li>- Períodos de governo de direita: 1996-2003 (PP - Aznar); 2012-presente (PP - Rajoy).</li> <li>- Papel das instituições e dos atores: os governos regionais (CCAA) possuem amplas competências na formulação, gestão, prestação e regulação da política de saúde, bem como amplo poder para decidir sobre seu orçamento e os gastos em saúde. Ao nível central cabe exercer a coordenação nacional (papel difícil de executar diante das características e condicionantes do processo de descentralização do Estado e da saúde), bem como responsabilizar-se pela saúde exterior e política de medicamentos. Províncias e municípios têm um papel restrito.</li> <li>- Estratégias de atuação das instituições e dos atores: governo central busca manter algum poder no nível central; governos regionais buscam ampliar seu poder e autonomia; e Tribunal Constitucional atua como moderador.</li> <li>- Fatores político-institucionais: redemocratização; regionalismos e tendências separatistas; descentralização do Estado espanhol (constituição das CCAA); ingresso na União Europeia, em 1986; expansão do sistema de proteção social antes da criação do SNS; e modelo de financiamento da saúde, antes e depois de 2002.</li> <li>- Fatores econômicos: crise de 1980, com repercussões para o financiamento da saúde; crise de 2009, com impactos sobre a universalidade do sistema e tendência a privatizações.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

a institucionalidade (características formais) e os condicionantes da descentralização e regionalização da saúde na Espanha.

## Considerações finais

Esta seção tem como objetivo apresentar algumas considerações sobre os processos de descentralização e regionalização da política de saúde espanhola. Para tanto, cabe retomar as questões iniciais: Que fatores históricos, políticos e institucionais favoreceram tais processos? Como tais fatores influenciam a configuração recente do sistema de saúde? Os argumentos que respondem a tais questões foram apresentados ao longo do artigo e servirão como base para reflexões sobre algumas tendências e possibilidades.

Na Espanha, a reforma descentralizante do Estado e as características que assumiu em termos da redistribuição do poder político-territorial constituem-se como variáveis estruturantes da trajetória da descentralização da saúde. A descentralização sanitária está marcada temporalmente pela constituição das CCAA, como novo nível de governo dotado de significativa autonomia e considerável poder de decisão sobre a formulação, regulação e execução de políticas públicas. Tal configuração repercutiu diretamente sobre a definição da CCAA como a esfera de governo que detém o poder de autoridade sanitária e concentra a maior responsabilidade pela coordenação da política e do sistema de saúde no seu território.

A análise da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde mostra que as CCAA possuem amplo poder político, administrativo e fiscal/financeiro na política sanitária, características que guardam relação com o amplo poder de decisão que lhes foi transferido no contexto da descentralização do Estado. Ressaltam-se como condicionantes desses processos: a expansão da infraestrutura pública de serviços e da cobertura populacional antes da instituição do

SNS; a atuação do PSOE nos primeiros anos da reforma sanitária e o ingresso da Espanha na União Europeia; e a estrutura do financiamento do setor, na qual predomina o gasto público. A associação desses fatores favoreceu a descentralização e a regionalização da saúde no caso espanhol, com influências sobre o desenho recente do sistema sanitário.

Contudo, percebe-se que o arranjo intergovernamental de poder na Espanha não favoreceu o estabelecimento de relações articuladas entre as esferas de governo, com prejuízos para o papel do governo central em sua função de coordenar nacionalmente a política e o Conselho Interterritorial. Tal fato segue como um desafio do SNS, tendo em vista as preocupações com a unidade do sistema e a equidade entre as CCAA. O caso espanhol é um exemplo de que a maximização da autonomia dos governos subnacionais repercute sobre as relações intergovernamentais, em uma lógica onde maior autonomia subnacional corresponde a menor coordenação e cooperação intergovernamental.

Na atualidade, o contexto democrático espanhol está marcado por manifestações sociais que expressam o descontentamento de parcela da população com a condução dos governantes sobre diversos temas. Destaca-se o movimento que congregou profissionais da saúde, usuários do sistema sanitário e partidos políticos de esquerda a fim de combater a proposta de privatização de hospitais públicos de Madri. Trata-se de um momento histórico relevante, no qual a articulação e organização da sociedade têm assumido especial importância.

A análise realizada também permitiu identificar algumas tendências na gestão do sistema de saúde espanhol. Por um lado, percebem-se movimentos de privatização, que assumem variadas formas e põem em risco princípios do sistema. Por outro, é possível verificar uma tendência à gestão do território, ou seja, à unificação da gestão da rede de atenção primária e da especializada/

hospitalar, presentes em uma dada região de saúde, em uma direção única. O objetivo desta direção única é promover a integração entre os níveis assistenciais com vistas à melhoria da eficiência na gestão e prestação de serviços. Tal experiência está em curso em algumas CCAA e deverá ser alvo de avaliações posteriores. Pode-se afirmar que as possibilidades de avanço do sistema de saúde espanhol estão relacionadas com os rumos que tomará em cada um desses dois aspectos.

O estudo do caso espanhol sugere que os processos de descentralização e regionalização da saúde foram condicionados por uma série de fatores, entre eles: a divisão político-territorial e as características da descentralização do Estado; os processos de democratização e reforma do Estado; as conjunturas econômicas e políticas das décadas analisadas; os antecedentes do sistema de saúde (infraestrutura pública e cobertura populacional prévias à reforma sanitária); as características da trajetória da descentralização e da regionalização da saúde; as condições e o modelo de financiamento da política de saúde; o papel e as estratégias das instituições e atores. Tais fatores podem favorecer ou desfavorecer a descentralização e regionalização da saúde, apontando que o modo como se

inter-relacionam no tempo importa para o resultado da sua atuação.

A influência desse conjunto de fatores sobre a formulação e implementação da descentralização e da regionalização da política de saúde, na Espanha, repercutiu sobre a configuração atual do sistema de saúde, determinando aspectos relativos à organização territorial dos serviços; ao balanço de poder entre as esferas governamentais na gestão do sistema; ao ator que detém maior responsabilidade na coordenação da política; e à repartição de responsabilidades sobre o financiamento do setor.

Por fim, cabe ressaltar as limitações desta pesquisa. Em função do seu foco, ela dedicou-se a observar a descentralização e a regionalização em saúde a partir do Estado, restringindo-se à análise dos atores e instituições governamentais. Todavia, a compreensão da política de saúde possui outras facetas relevantes, que dependem de investigações acerca do mercado e da sociedade. Como agenda de pesquisa, ressalta-se a importância de que outros estudos voltem sua atenção para tais questões, assim como para debates referentes à organização da rede de saúde e sua articulação a partir da atenção primária, à relação público-privada no âmbito das regiões de saúde e à gestão local/regional e o estímulo à participação social. ■

---

## Referências

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 77-125.

AGRANOFF, R.; RAMOS, J. A. La evolución hacia una democracia federal en España: un examen del sistema de relaciones intergubernamentales. In: AGRANOFF,

R.; BAÑÓN i MARTINEZ, R. (Org.). *El Estado de las Autonomías: hacia un nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 55-103.

AGUILAR, J. M. *La participación comunitaria en salud: mito o realidad? Evaluación de experiencias en atención primaria*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.

- ALMEIDA, C. M. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 871-922.
- ARRETCHE, M. T. S. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. T. (Org.). *A miragem da pós-modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 127-152.
- BAÑÓN i MARTINEZ, R.; TAMAYO, M. Las relaciones intergubernamentales en España: el nuevo papel de la Administración Central en el modelo de relaciones intergubernamentales. In: AGRANOFF, R.; BAÑÓN i MARTINEZ, R. (Org.). *El Estado de las Autonomías: hacia un nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 105-159.
- CARRILLO, E. El gobierno y la administración local en el Estado de las Autonomías. In: AGRANOFF, R.; BAÑÓN i MARTINEZ, R. (Org.). *El Estado de las Autonomías: hacia un nuevo federalismo?* Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 181-203.
- DAWSON, B. *Informe Dawson: Sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1964. (Publicación científica nº 93).
- ESPAÑA. *Constituição Espanhola*. Aprovada pelas Cortes em 31 de outubro de 1978. Ratificada pelo povo espanhol em 06 de dezembro de 1978. Sancionada pelo Rei em 27 de dezembro de 1978. Disponível em: <[http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/Constitucion\\_es.pdf](http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/Constitucion_es.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2011.
- \_\_\_\_\_. *Lei 14/1986 de 25 de abril*. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- \_\_\_\_\_. *Lei 16/2003 de 28 de maio*. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- FALLETI, T. G. *Decentralization and subnational politics in Latin America*. New York: Cambridge University Press, 2010.
- FIORI, J. L. O federalismo diante do desafio da globalização. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). *A federação em perspectiva*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 19-38.
- FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204 p.
- FREIRE, J. M. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. In: REPULLO, J. R.; OTEO, L. A. (Org.). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: Editora Ariel, 2005. p. 61-99.
- FREIRE, J. M. *El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones*. Texto de trabajo. Madrid: 2008. 18 p.
- GARCÍA, J. M.; SOTELO, J. A. España en los comienzos del siglo XXI: los contextos regionales. In: GARCÍA, J. M.; SOTELO, J. A. (Org.). *La España de las Autonomías*. Madrid: Editorial Síntesis, 1999. p. 14-28.
- HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-224, 2003.
- IMMERGUT, E. The theoretical core of the new institutionalism. *Politics and Society*, Los Angeles, v. 26, n. 1, p. 5-34, mar. 1998.
- JORDANA, J. As comunidades autónomas e a política de descentralização na Espanha democrática. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 213-238.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LA MONCLOA. Gobierno de España. Disponível em: <<http://www.lamoncloa.gob.es/home.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

LIMA, L. D. *et al.* O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual do SUS. In: UGÁ, M. A. *et al.* (Org.). *Política de saúde no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27-58.

MAINO, F. *et al.* Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Org.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. p. 120-140.

MELO, M. A. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 10, n. 3, 1996.

REQUEJO, F. Democracia, descentralização e pluralismo cultural: o caso do “Estado das autonomias” espanholas. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 267-302.

ROCHA, C. V. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 29-64.

SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Org.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007.

SISTEMA ESTADÍSTICO NACIONAL (INE). *España*. Disponível em: <[http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_salud.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *España em cifras*. 2010. Disponível em: <<http://www.ine.es/prodyser/pubweb/escif/escif10.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN, K.; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. (Org.). *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

VIANA, A. L. D. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Health Observatory Data Repository*. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Programa de Doutorado no País com estágio no exterior (PDSE). Processo BEX: 18719/12-0. E Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

# Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira

## *Prospects for the region and networks in Brazilian health policy*

Mariana Vercesi de Albuquerque<sup>1</sup>, Ana Luiza d'Ávila Viana<sup>2</sup>

**RESUMO** Regiões e Redes de Atenção à Saúde são estratégias recentes da política de saúde brasileira. Questiona-se: quais concepções de região e redes de saúde informam a política, como se combinam, em que momentos e com quais objetivos? Analisaram-se as perspectivas de região e redes adotadas na política de saúde, no período de 2001 a 2011. Utilizou-se o referencial da geografia humana (geografia crítica) e da análise de políticas públicas (institucionalismo histórico), pesquisa bibliográfica, documental e dados secundários. Identificaram-se três fases de indução descompassada dessas estratégias, orientadas por distintas concepções teóricas e políticas e interesses nacionais e internacionais.

**PALAVRAS-CHAVE** Regionalização; Política de saúde; Sistema Único de Saúde; Planejamento em saúde; Assistência à saúde.

**ABSTRACT** *Regions and health care networks are strategies recently adopted in the Brazilian health policy. Leading questions: what conceptions of region and health networks inform the policy, how are they combined, at what times and with what objectives? The aim of this study is to analyze the prospects for the region and networks adopted in health policy in the period of 2001-2011. We used the reference of human geography (critical geography) and public policies analysis (historical institutionalism), bibliographic research, documentary research and secondary data. Were defined three induction phases apart from these strategies, guided by different theoretical and political views and national and international interests.*

**KEYWORDS** *Regional health planning; Health policy; Unified Health System; Health planning; Delivery of health care.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
mariana.albuquerque@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil.  
analuizaviana@usp.br

## Introdução

A adoção de práticas de planejamento regional (em uma perspectiva geral), através da institucionalização de regiões e/ou elaboração de projetos vinculados às regiões geográficas específicas, caracterizou um papel estratégico assumido pelo Estado na condução do desenvolvimento econômico e social em diversos países, na primeira metade do século XX.

O planejamento regional perdeu força a partir da década de 1970, no contexto da emergência da agenda neoliberal, com proposta de reformas do Estado, e no processo de globalização econômica, com novos paradigmas tecnológicos e expansão da atuação de instituições e empresas em escala planetária. O planejamento regional tornou-se limitado principalmente por forças e interesses de grupos privados, com autonomia de mobilização de recursos diversos, cuja estratégia de atuação é constituir redes em diferentes escalas regionais, nacionais e internacionais e influenciar políticas nos distintos lugares e regiões onde se estabelecem.

As perspectivas da descentralização político-administrativa e do planejamento local (pautado pela relação local-global), associadas às tendências de privatização de serviços públicos, tiveram destaque nas agendas internacionais e governamentais. A conformação de redes globais de produção, serviços, informação e logística para viabilizar a atuação das instituições de mercado passou a orientar o planejamento territorial, com investimentos nas regiões mais competitivas e conectadas por meio dessas redes (CASTILLO, 2008).

Nos anos 2000, limites e conflitos decorrentes do aumento das desigualdades e da competitividade entre regiões e países recolocou na agenda internacional o debate sobre o papel do Estado na condução do planejamento territorial. Entre as principais questões que orientaram esse debate, estão: (I) a participação de representantes do mercado e da sociedade; (II) a visão integrada dos usos do território e das redes, não restrito a

determinado setor da administração pública ou da economia; (III) a relação de planos nacionais com blocos regionais (ex: União Europeia); (IV) o combate às desigualdades socioespaciais, valorização das potencialidades econômicas ligadas ao mercado interno e externo e melhoria de acesso e qualidade de serviços públicos; (V) a percepção das várias escalas (local, regional, nacional e internacional) de atuação técnica e política dos diversos agentes e instituições, para a estruturação e negociação de planos regionais e a regulação das redes financeiras, de serviços, produção, informação e logística; (VI) a ideia de sustentabilidade associada aos padrões de crescimento econômico, utilização dos recursos físicos e tecnológicos e promoção do bem-estar social<sup>1</sup> (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

No Brasil, nos anos 2000, a retomada do papel do Estado na condução do planejamento territorial se pautou pelo debate contemporâneo e se traduziu na elaboração de políticas regionais implícitas e explícitas<sup>2</sup>, além do incentivo de processos de regionalização, inclusive na política de saúde.

Nesse contexto, a conformação de regiões e redes de saúde se tornaram estratégias da política nacional para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de assegurar uma ação mais eficaz do Estado na garantia desse direito (ALBUQUERQUE, 2013).

Questiona-se: quais concepções de região e redes foram estabelecidas no âmbito da política nacional de saúde, como se combinaram, em que momentos e com quais objetivos?

O objetivo do trabalho foi analisar as perspectivas de região e redes adotadas na política de saúde brasileira, no período de 2001 a 2011.

## Metodologia

Utilizou-se o referencial teórico da geografia humana (geografia crítica) e da análise de políticas públicas (institucionalismo histórico),

<sup>1</sup> Palestra proferida no Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) em 30/05/2012, por Tania Bacelar de Araújo. Título: Desenvolvimento Regional no Brasil.

<sup>2</sup> Idem

pesquisa bibliográfica, análise documental e de dados secundários. Realizou-se revisão bibliográfica sobre região geográfica, planejamento regional e redes, para compreensão de seus significados para além do setor saúde. Identificaram-se as principais experiências e definições teóricas que influenciaram a política de saúde brasileira. Definiram-se fases da indução da regionalização e da conformação de redes segundo as normas e concepções utilizadas na política nacional, entre 2001 e 2011.

### **Principais concepções de região e redes que influenciaram a política de saúde brasileira, pós-1988**

A organização de regiões de saúde e redes assistenciais estão previstas na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). Seguindo as regras constitucionais e o modelo federativo do País, uma região de planejamento é um recorte instituído pelo Estado (esferas federal e estadual), em um dado momento, subordinado a uma política específica, com critérios, objetivos e recursos predefinidos.

Esse tipo de planejamento não cria um novo ente político com orçamento próprio, depende da capacidade, autonomia e solidariedade das três esferas de governo para: elaborar uma visão estratégia sobre os usos do território, suas redes e especificidades regionais; propor um plano regional de médio e longo prazo, com objetivos e metas claros; planejar, financiar, mapear e regular redes de produção, serviços, logística e informação; negociar e coordenar ações com diferentes setores, agentes, instituições e esferas de governos com atuação na região de planejamento e em outras escalas – local, regional, nacional e internacional.

Tanto as regiões geográficas como aquelas instituídas para fins de planejamento se estruturam por meio de redes técnicas e políticas. Não existem regiões sem redes. Estas integram e coordenam fixos e fluxos (produção, informação, circulação e consumo) entre diferentes lugares, inserindo-os dentro de uma mesma

lógica produtiva, configurando uma solidariedade regional (SANTOS; SILVEIRA, 2001). As redes criam e recriam arranjos técnicos e institucionais, combinando diferentes escalas de ação e poder econômico e político que escapam aos limites regionais, tornando mais complexas as interações regionais. Nesse sentido, a região geográfica é um recorte dinâmico que exprime bases de ação técnica e política que não necessariamente coincidem com o desenho regional do planejamento (SILVEIRA, 2010).

As regiões de planejamento do SUS sempre foram pensadas em combinação a conformação de redes. Portanto, as perspectivas de regionalização são condicionadas pelo entendimento sobre rede de saúde. Duas principais perspectivas de rede influenciaram as diretrizes de regionalização do SUS: (I) redes regionalizadas e hierarquizadas, de origem inglesa; e (II) Redes de Atenção à Saúde (RAS), inspirada no conceito de sistemas integrados de saúde, de origem norte-americana.

Anteriormente às propostas de regionalização, mas também influente nessa perspectiva, o modelo norte-americano de Centros de Saúde (CS), difundido pela Fundação Rockefeller, no início do século XX, deixou marcas na organização do SUS até recentemente, através da ideia de integração das ações assistenciais, sendo contraposto atualmente pelos novos componentes gerenciais das RAS (MELLO ET AL., 2011). Destaca-se ainda que as noções de territorialidade (comunidade e desigualdades locais/intraurbanas) e de territorialização (estruturação de sistemas e redes municipais de saúde) foram muito valorizadas durante a descentralização, envolvendo distritos sanitários e atenção primária em diferentes situações sociais e de saúde, sendo posteriormente, e em parte, atualizadas e ampliadas para o contexto regional de planejamento do SUS.

No processo de indução da regionalização, a política brasileira foi primeiramente muito influenciada pela proposta das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas para sistemas universais de saúde, inspirada no Relatório Dawson, de 1920. Os serviços



médicos eram ordenados em redes, com centros de saúde primários, secundários e hospitais de ensino e a abrangência regional de acesso a eles. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. Tratava-se de uma divisão técnica, gerencial e territorial do trabalho no setor saúde, que relacionava hierarquia dos serviços (especialidade do tratamento; variedade de equipamentos e profissionais), com hierarquia urbana (porte populacional; equipamentos e serviços; função rural ou urbana) e redes de transporte e comunicação, criando uma organização regional de um sistema de saúde, conforme a complexidade e a complementaridade dos serviços oferecidos. A rede regionalizada e hierarquizada estaria sob o comando da autoridade única de saúde regional, de cunho administrativo.

Alguns dos conceitos foram incorporados na política brasileira, tais como: critérios de delimitação regional baseado na oferta, fluxo e hierarquia assistencial e nas necessidades de saúde de uma comunidade; a eficiência de escala; a coordenação das referências de acesso entre os níveis e/ou regiões. Contudo, a criação da autoridade de saúde única na região, instrumento fundamental da proposta, não se aplicou ao caso brasileiro, dado o modelo federativo de corte municipalista, cujo processo de descentralização dificulta a constituição desse tipo de autoridade.

Essa questão representou uma importante limitação para a indução e institucionalização da regionalização do SUS. Outras três questões também precisavam ser mais bem compreendidas e definidas dentro do planejamento regional do SUS: (I) o conceito de rede de saúde (MENDES, 2010); (II) a consideração das desigualdades socioespaciais; (III) e as relações estabelecidas entre Estado e mercado na configuração de redes assistenciais com lógicas próprias,

sob forte comando do setor privado, a despeito do processo de regionalização (IBAÑEZ ET AL., 2009; SCATENA ET AL., 2014).

A noção de redes hierarquizadas e regionalizadas foi perdendo espaço para outra perspectiva, das RAS. A noção de redes de atenção que passou a informar a política de saúde brasileira tem origem no conceito de sistemas integrados de saúde, desenvolvido para o mercado privado americano e adaptado para as políticas públicas e sistemas universais de saúde (MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Na década de 1990, houve um esforço por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a formulação de um conceito sofisticado de rede de saúde, baseado em sistemas integrados, capaz de embasar e alinhar o planejamento de sistemas universais de saúde em tempos de globalização, relacionado à difusão dos ideais da nova gestão pública, de boa governança e da reforma desses sistemas (MENDES, 2014), também à proposição de um ‘novo universalismo’ (WHO, 2000).

Os modelos de gestão de sistemas integrados de saúde foram introduzidos em países da Europa e no Canadá, no contexto das reformas dos sistemas de saúde, nos anos 90. Na mesma época, esses modelos começaram a ser adaptados na América Latina e, nos anos 2000, difundiram-se em alguns países, entre eles o Brasil (WHO, 2000; OPAS, 2010). Experiências latino-americanas tomam como principal exemplo o sistema integrado de saúde da Catalunha, Espanha (OPAS, 2010). Desde então, a OMS tem conseguido criar um consenso internacional em torno da necessidade de conformação das redes e sistemas integrados de saúde nos sistemas nacionais.

No Brasil, o conceito adaptado por Mendes (2010, p. 2300) tem forte influência na política nacional. Segundo o autor, as RAS são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde [...] coordenadas pela atenção primária à saúde”. Os elementos constituintes das redes são: a população pela qual a rede se responsabiliza; a estrutura operacional e o modelo de atenção. As redes se integram por linhas de

cuidado, que servem como diretrizes para a estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede.

A noção de integralidade aparece relacionada às redes, sugerindo dupla leitura: redes como estrutura organizacional de produção de serviços e redes como dinâmica de atores e organizações em permanente negociação (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Do ponto de vista da coordenação política, as RAS seriam uma expressão de interesses negociados por diversos atores e instituições, que se organizam como rede com objetivos claros (FLEURY; OUVÉRY, 2007). Para outros autores, essas redes dependem da gestão intergovernamental nas diversas escalas do exercício do poder (territoriais e regionais) e espaços colegiados do SUS, conformando redes assistenciais interfederativas (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Entre as principais diferenças da proposta de redes forjada no sistema americano e aquelas para países com sistemas universais de saúde está a regionalização, que implica universalidade e diminuição das desigualdades (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Nos Estados Unidos, as redes buscam regular um sistema competitivo, fragmentado e custoso, em que a regionalização pelas redes visa compartilhar riscos financeiros e criar mecanismos rígidos de controle do acesso aos serviços (SILVA, 2011).

No Brasil, regiões e redes de saúde são organizadas pelo Estado e pelo mercado. Enquanto as redes enfatizam o caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação técnica e governança clínica), a região tem uma perspectiva mais ampla do planejamento, sendo um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintos e conflituosos. Nesse sentido, o planejamento regional serve para enfatizar o caráter público e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado.

Através do conceito de redes de atenção,

a ideia de região de saúde é atualizada pelo viés sanitário assistencial, mas, dissociado da perspectiva estritamente estatal e pública de prestação de serviços e de planejamento político-administrativo. Admite-se a participação e o protagonismo de outros agentes e instituições do mercado e da sociedade na negociação e conformação das redes de saúde.

Nesse sentido, as redes podem reconfigurar os desenhos regionais com maior frequência, pois resultam da interdependência entre fixos e fluxos materiais e imateriais hierarquizados e comandados por organizações e agentes estatais e não estatais que podem operar serviços localizados dentro e fora da região, do estado e do País. O mesmo vale para a participação da sociedade e dos profissionais de saúde, considerando que fluxos assistenciais e fluxos no mercado de trabalho nem sempre cabem dentro do recorte regional instituído.

Quando se analisam as diretrizes nacionais de regionalização e redes de atenção no SUS, identificam-se descompassos na adoção destas estratégias, muito em função das distintas perspectivas adotadas.

### **Três fases da indução da regionalização e das redes de saúde na política brasileira**

No âmbito da política nacional de saúde, os processos de descentralização, regionalização e organização de redes assistenciais não estiveram associados desde o início da implantação do SUS. Apenas nos anos 2000, a indução da regionalização e da conformação de redes de saúde entrou na agenda, podendo ser caracterizada em três fases: fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada com as RAS.

Essas fases se distinguem pelas concepções de região e redes que influenciaram a política de saúde brasileira e segundo as normas que definem os conceitos de regionalização e redes,

os critérios, objetivos, desenhos, instrumentos responsáveis pela condução da organização de planejamento, financiamento e gestão e os territorial do sistema de saúde (*quadro 1*).

Quadro 1. Região e rede na política de saúde brasileira: diferentes fases da indução pelas normas (2001-2011)

	<b>FASE I (2001-2005)</b> <b>Região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas</b>	<b>FASE II (2006-2010)</b> <b>Região negociada com redes integradas e regionalizadas</b>	<b>FASE III (2011-atual)</b> <b>Região negociada e contratualizada com redes de atenção à saúde</b>
<b>Normas</b>	<b>Norma Operacional de Assistência à Saúde - Noas (2001/02)</b>	<b>Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006)</b>	<b>Portaria 4.279/10 Decreto 7.508/11</b>
<b>Definições</b>	<p><b>REGIÃO</b> Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado. Elementos: limite geográfico dos territórios municipais envolvidos, população usuária, fluxos assistenciais, ações e serviços de Média Complexidade (MC) e responsabilidades (habilitação da gestão) dos entes federativos.</p> <p><b>REDES</b> Hierarquizadas e regionalizadas, sem definição de um conceito específico e com publicação de portarias com diretrizes organizativas.</p>	<p><b>REGIÃO</b> Recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos, não necessariamente coincidentes com a divisão administrativa do estado. Elementos: limite geográfico dos territórios municipais envolvidos, população usuária, fluxos assistenciais, ações e serviços de Atenção Básica (AB), Média e Alta Complexidade e Vigilância Sanitária (VS), Colegiados de Gestão Regional.</p> <p><b>REDES</b> Diversas nomenclaturas: rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços; RAS; redes regionalizadas de atenção à saúde; redes regionais hierarquizadas estaduais; redes funcionais; rede de cooperação entre os três entes federados, sem definição de um conceito específico e com publicação de portarias com diretrizes organizativas.</p>	<p><b>REGIÃO</b> Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes. Elementos: limite geográfico dos territórios municipais envolvidos, população usuária, fluxos assistenciais, RAS com rol mínimo de ações e serviços (Atenção Primária à Saúde - APS, Urgência e Emergência - UE, atenção psicossocial; ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância Sanitária), Comissão Intergestores Regional (CIR).</p> <p><b>REDES</b> As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.</p>
<b>Objetivos</b>	<p><b>REGIÃO</b> Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, por meio da conformação de sistemas funcionais de saúde e definindo-se um conjunto mínimo de procedimentos de MC como primeiro nível de referência intermunicipal a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Descentralizar as ações e serviços em saúde. Fortalecer o papel dos estados no planejamento. Equidade.</p> <p><b>REDES</b> Regulação dos fluxos assistenciais intermunicipais</p>	<p><b>REGIÃO</b> Atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Diminuir as desigualdades socioespaciais de universalização da saúde, superar os limites do modelo de descentralização municipalista da saúde e fortalecer o papel dos estados no planejamento e na coordenação / cooperação intergovernamental.</p> <p><b>REDES</b> Regulação dos fluxos assistenciais intermunicipais e integração das ações e serviços no espaço regional.</p>	<p><b>REGIÃO</b> Compatibilizar e integrar o processo de planejamento dos entes federativos. Garantir segurança jurídica para as relações intergovernamentais na região de saúde (Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde - Coap). Integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, por meio da conformação das RAS. Associar planejamento e orçamento: região como referência para transferência de recursos entre os entes federados. Diminuir as desigualdades socioespaciais de universalização da saúde, superar os limites do modelo de descentralização municipalista da saúde e fortalecer o papel dos estados no planejamento e na coordenação / cooperação intergovernamental. Governançadas redes. Metas e resultados.</p> <p><b>REDES</b> O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.</p>

Quadro 1. (cont.)

<b>Critérios para conformação</b>	<p>REGIÃO</p> <p>Características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, ofertade serviços, relaçõesentre municípios, entre outras. O conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar.</p> <p>REDES</p> <p>Fluxos assistenciais intermunicipais, hierarquizados segundo complexidade dos serviços, regulados dentro das regiões de saúde.</p>	<p>REGIÃO</p> <p>Identidades culturais, econômicas e sociais, características epidemiológicas, existência de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Deve estar garantido o desenvolvimento da AB da assistência e parte da MC, assim como as ações básicas de Vigilância em Saúde (VS). Considera as demandas da população. Cooperação intergovernamental.</p> <p>REDES</p> <p>Fluxos assistenciais intermunicipais e interestaduais, hierarquizados segundo complexidade dos serviços, regulados dentro das regiões de saúde. O modelo de atenção básica à saúde deve ser o centro ordenador das redes.</p>	<p>REGIÃO</p> <p>Identidades culturais, econômicas e sociais, características epidemiológicas, e redes de comunicação e transportes compartilhadas. Deve conter, no mínimo, ações e serviços de: APS; UE; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e Vigilância em Saúde (VS). Critérios de acessibilidade e escala.</p> <p>REDES</p> <p>Ampla conhecimento das necessidades, preferências e grau de risco de uma dada população, identificação da área geográfica e a população sob-responsabilidade das redes e rol de ações e serviços ofertados (pontos de e níveis de atenção primária, secundária e terciária, sistemas de apoio e logístico), acessibilidade e escala para a conformação dos serviços. Linhas de cuidado.</p>
<b>Desenhos regionais</b>	<p>REGIÃO</p> <p>Macrorregiões; regiões e/ou microrregiões de saúde; módulos assistenciais.</p> <p>REDES</p> <p>Redes estaduais regionalizadas segundo macrorregiões.</p>	<p>REGIÃO</p> <p>As regiões de saúde podem assumir diferentesdesenhos, intraestaduais e interestaduais. 'Regionalização viva'.</p> <p>REDES</p> <p>Redes estaduais regionalizadas.</p>	<p>REGIÃO</p> <p>As regiões de saúde podem assumir diferentes desenhos, intraestaduais e interestaduais, desde que garantam a oferta do rol mínimo de ações e serviços de saúde (critérios de regionalização; referência: Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - Renases e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename). Não mais existindo diferentes escalas (macro e micro) de regionalização.</p> <p>REDES</p> <p>Abrangência da base populacional sob-responsabilidade das RAS, acessibilidade e escala. RAS podem abranger uma ou mais regiões de saúde.</p>
<b>Instrumentos de planejamento</b>	<p>REGIÃO</p> <p>Habilitações</p> <p>Programação Pactuada e Integrada (PPI)</p> <p>Plano Diretor de regionalização (PDR)</p> <p>Plano Diretor de Investimentos (PDI)</p> <p>Centrais de regulação</p> <p>Financiamento por elenco de procedimentos (níveis de atenção, tipo de serviços, programas e funções) e transferências per capita</p> <p>REDES</p> <p>PPI e centrais de regulação</p>	<p>REGIÃO</p> <p>Termos de compromisso de gestão</p> <p>PPI, PDR, PDI</p> <p>Indicadores de monitoramento</p> <p>Complexos reguladores</p> <p>Financiamento por blocos (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS)</p> <p>Normas internacionais (regiões de fronteira)</p> <p>REDES</p> <p>PPI, centrais de regulação e contratos de gestão</p>	<p>REGIÃO</p> <p>Coap</p> <p>Planos de saúde contendo metas de saúde (planejamento integrado dos entes)</p> <p>Mapa de Saúde (federal, estadual e regional)</p> <p>Renases</p> <p>Rename</p> <p>RAS</p> <p>Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)</p> <p>Sistema logístico das redes (transporte sanitário e regulação)</p> <p>Financiamento por blocos e por componentes das RAS</p> <p>Normas internacionais (regiões de fronteira)</p> <p>REDES</p> <p>Portarias das redes temáticas de atenção à saúde, diretrizes clínicas, linhas de cuidado, modelo de atenção, auditoria clínica, lista de espera, contratos de gestão, sistema logístico de informação, complexos reguladores, financiamento tripartite e transporte sanitário, critérios/índice de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias</p>

Quadro 1. (cont.)

<b>Responsáveis</b>	REGIÃO Secretarias Estaduais de Saúde Comissão Intergestores Bipartite (CIB)	REGIÃO Secretarias Estaduais de Saúde Secretarias Municipais de Saúde Colegiados de Gestão Regional CIB Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (no caso de regiões nas áreas de fronteira internacional)	REGIÃO Secretarias Estaduais de Saúde Secretarias Municipais de Saúde CIT (no caso de regiões nas áreas de fronteira internacional; na discussão das diretrizes de regionalização) CIB Comissão Intergestores Regional (CIR)
	REDES Secretarias Estaduais de Saúde Secretarias Municipais de Saúde CIB	REDES Secretarias Estaduais de Saúde Secretarias Municipais de Saúde Colegiados de Gestão Regional CIB	REDES Governança das redes: Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Comissões Intergestores Regionais e Bipartite, reguladores, financiadores e prestadores públicos e privados, Comitê Gestor das Redes.

Fonte: Elaboração própria com base nas normas nacionais de regionalização e RAS da política nacional de saúde brasileira.

A primeira fase, que teve início com a Noas (2001/02), dialoga com a proposta de Dawson das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, dentro da lógica de um sistema de saúde funcional e resolutivo. O grande objetivo da regionalização era ampliar o acesso ao SUS, retomando sua coerência sistêmica, organizando fluxos intermunicipais pouco regulados, integrados e negociados, promovendo o papel dos estados no planejamento e coordenação das redes intermunicipais. Contudo, não foi elaborado um conceito específico para as redes assistenciais que pudesse subsidiar o planejamento e as negociações, apenas portarias com diretrizes organizativas para redes estaduais. As regras da regionalização, quando confrontadas com a realidade diversa e desigual do território brasileiro, foram consideradas rígidas e pouco efetivas, caracterizando regiões normativas (BRASIL, 2004). A exemplo da dificuldade de implantação das Programações Pactuadas Integradas.

A segunda fase, que se iniciou com o Pacto pela Saúde (2006), representa uma transição das concepções de região e redes na política de saúde nacional. O uso de diversas nomenclaturas para redes, com menção às RAS, aponta a influência da proposta da OMS de sistemas integrados de saúde na política brasileira. As redes são compreendidas como integradas e regionalizadas, sem um conceito definido,

pautada por diretrizes organizativas, destacando as referentes aos Serviços de Urgência e Emergência. Contudo, a questão mais importante é o uso do termo rede de cooperação entre os três entes federados ante a necessidade de maior coordenação e cooperação intergovernamental na gestão do SUS. São criados os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), posteriormente denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR), e flexibilizados os critérios para a conformação das regiões de saúde, dando oportunidade para recortes mais variados e adequados às realidades locais. Tratou-se de um processo de regionalização baseado na negociação, envolvendo todos os gestores, em um contexto territorial complexo (divisão tripartite do poder e diversidade de situações sanitárias existentes). Contudo, os instrumentos de planejamento continuaram os mesmos da fase anterior, limitando a negociação e a coordenação política.

Nessa fase, as regionalizações se diferenciaram muito quanto à institucionalidade, governança e objetivos propostos no âmbito dos estados e associaram-se, em grande medida, aos objetivos de redução das desigualdades regionais, amparados pela expansão dos investimentos públicos federal e estadual (VIANA; LIMA, 2011). Os consórcios intermunicipais e a regionalização negociada se combinaram de maneira a respeitar o desenho de alguns

consórcios e, também, redefinir as responsabilidades dos governos (SCATENA *ET AL.*, 2014). Entretanto, esse processo instituiu regiões muito desiguais do ponto de vista da oferta de serviços, da população atendida e da capacidade técnica, financeira e decisória de organização de redes assistenciais, muitas vezes sem ganhos de escala e escopo.

Na fase III, a publicação da Portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011 consolidou a nova perspectiva das RAS na política nacional. Contribuíram para isso: a criação da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (Daras/SAS/MS), em 2007, o Programa dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias) e a elaboração de um documento base sobre RAS para o País. Experiências estaduais (CE, ES, MG) e municipais (Curitiba, Rio de Janeiro) de conformação de redes de atenção, ocorridas desde o final da década de 1990, também subsidiaram a política nacional. O Banco Mundial propôs e financiou a implantação de redes integradas no País, a exemplo do Projeto QualiSUS-Rede. Trata-se de um movimento de demanda por mais recursos financeiros para o setor saúde alinhados às redes de atenção.

Do ponto de vista do planejamento regional do SUS, destaca-se o papel da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep/MS) e a atuação do Consórcio da Catalunha na equipe ministerial sob a forte influência da experiência Catalã, adaptada ao Brasil no estado do Sergipe. O Decreto 7.508/11 trouxe mudanças significativas na concepção, nos objetivos e instrumentos do planejamento regional. Por um lado, buscou garantir flexibilidade e ganhos de escala e escopo no desenho regional e, por outro, buscou responsabilizar de forma clara e objetiva as três esferas de governo pelo planejamento, gestão e investimentos nas regiões de saúde. Trata-se de conformar regiões negociadas e contratualizadas.

Apesar do Decreto 7.508/11 trazer novas perspectivas de região e de redes de atenção, a elaboração e institucionalização dessas

duas estratégias caminharam paralelamente e não se coadunam. Entre 2011 e 2013, as portarias e projetos para implementação das redes temáticas de atenção à saúde trouxeram pouca ou nenhuma relação com os novos instrumentos da regionalização (ALBUQUERQUE, 2013). Mesmo o Projeto QualiSUS-Rede selecionou regiões metropolitanas e outros recortes priorizados na Política Nacional de Desenvolvimento Regional, sem relação com regiões de saúde. Apenas dois estados assinaram os Coaps nas suas regiões de saúde (MT, CE).

A proposta das RAS redefine a região como 'sanitária', baseada em sua população-alvo e abrangência espacial que extrapola o recorte das regiões de saúde. Levando em conta que o repasse de recurso novo está vinculado às redes temáticas, sua implantação tende a reconfigurar as regiões estabelecidas (MENDES, 2014). Ao mesmo tempo, sugere uma redistribuição do poder entre instituições públicas e privadas e entre as três esferas de governo, com tendências de centralização de certas funções nos estados e no nível federal (VARGAS *ET AL.*, 2014). É possível que novos desenhos sejam estabelecidos, regiões mais dinâmicas e flexíveis, diferentemente daqueles formalmente instituídos como região de saúde.

## Conclusão

A indução da regionalização e a conformação de redes de saúde ocorreram de maneira descompassada, orientadas por diferentes concepções teóricas e políticas e interesses nacionais e internacionais. A perspectiva das RAS é a face mais recente do alinhamento da política brasileira com diretrizes internacionais de reforma dos sistemas universais.

A proposta das redes de atenção vem se tornando consenso na política nacional, que também se explica porque a rede supre a necessidade de um novo modelo de organização territorial do SUS, provocando a revisão da perspectiva regional do planejamento da saúde.

É limitada a concepção de região de saúde seja como resultante de dinâmicas constituídas apenas em sua escala espacial, seja como ferramenta exclusiva à ação dos atores estatais.

Modelos de organização territorial do sistema de saúde e suas combinações, em constante disputa no âmbito da federação, são condicionados por dinâmicas espaciais e relações entre Estado, mercado e sociedade na condução da política e das redes de saúde. Há mudanças tanto no modo como se realiza a política (multinível) quanto na

forma da ação coletiva, permeada por atores públicos e privados organizados em redes de atenção. Potencializar a negociação, a regulação e a coordenação de um sistema de saúde implica redefinir os papéis dos agentes operadores do sistema e da política, em um ambiente de autonomia e participação, por meio de novas tecnologias de cooperação que atravessam técnicas de gestão e organizativas dos fatores de produção em saúde, capazes de melhorar a eficiência dos investimentos e a eficácia dos serviços. ■

## Referências

- ALBUQUERQUE, M. V. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. 280 f. Tese (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A regionalização da saúde*. Brasília, DF, jun. 2004. (Versão preliminar para discussão interna).
- CASTILLO, R. Região competitiva e logística: expressões geográficas da produção e da circulação no período atual. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL. 4., 2008, Santa Cruz do Sul *Anais...* Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz, 2008.
- FLEURY, S.; OUVREY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- HARTZ, Z. M. 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, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.
- IBÁÑEZ, N. et al. O Pacto pela Saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do mix público privado. In: VIANA, A. L. d’Á.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.
- MELLO, G. A.; IBÁÑEZ, N.; VIANA, A. L. d’Á. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no estado de São Paulo. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 853-866, out./dez. 2011.
- MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, out. 2014.
- . As Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc. Saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de La Salud, 2010.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SCATENA, J. H. G. et al. (Org.). *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec Editora, 2014, p. 426-450.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

SILVEIRA, M. L. Região e globalização: pensando um esquema de análise. *REDES*, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 1, p. 74-88, 2010.

VARGAS, I. *et al.* Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*, Oxford, v. 30, n. 6, jun. 2014.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development*. Geneva: WHO, 2000.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em setembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



# O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil

*The public-private mix and the hospital financing arrangements in Brazil*

Juliana Pires Machado<sup>1</sup>, Mônica Martins<sup>2</sup>, Iuri da Costa Leite<sup>3</sup>

**RESUMO** Com o objetivo de caracterizar a rede hospitalar brasileira quanto ao grau de compartilhamento SUS e planos de saúde, o artigo aborda a diversificação de fontes de financiamento, discutindo o tema no contexto do sistema de saúde caracterizado pelo *mix* público-privado desde a prestação de serviços até o pagamento e a gestão. Observou-se que a maioria dos hospitais era privado e atendia SUS e planos, com menor disponibilidade de leitos de alta complexidade no SUS. Não se identificou proporcionalidade entre oferta de leitos e cobertura da população por planos nem complementariedade SUS e planos. Os achados ajudam a delinear a oferta e os riscos à equidade no acesso, uso e qualidade do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Cobertura de serviços de saúde; Sistemas de saúde; Administração hospitalar; Equidade em saúde; Internação hospitalar.

**ABSTRACT** *This paper seeks to characterize the Brazilian hospital network and its degree of sharing between the National Health System (SUS) and private health insurance. It explores the funding sources diversification and the overlapping of services, payments and management related to the public-private mix. Most hospitals were private and took both SUS and private insurance. The availability of SUS beds was lower than that of private beds. The supply of private beds was not proportional to the population covered by private insurance, and it was not complementary to the SUS beds. The findings highlight the risk to equity of access, completeness and quality of the care provided.*

**KEYWORDS** *Health services coverage; Health systems; Hospital administration; Equity in Health; Hospitalization.*

<sup>1</sup>Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Diretoria de Desenvolvimento Setorial - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [juliana.pm@gmail.com](mailto:juliana.pm@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [martins@ensp.fiocruz.br](mailto:martins@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (DEMQS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [iuri@fiocruz.br](mailto:iuri@fiocruz.br)

## Introdução

A relação entre arranjos organizacionais, envolvendo aspectos gerenciais, financeiros e estruturais, e sua influência sobre o funcionamento e desempenho das instituições de saúde tem sido amplamente discutida. Desse debate, emergem tipologias para a classificação dos estabelecimentos e análises comparativas. A diversidade de arranjos organizacionais, especialmente em termos financeiros e gerenciais, é maior entre as instituições hospitalares (HARDING; PREKER, 2003; JAKAB ET AL., 2002; LA FORGIA; COUTTOLENE, 2009). Na rede de atenção à saúde brasileira, tal diversidade é visível, contudo há particularidades, sobretudo no que diz respeito às fontes de pagamento constituintes dos arranjos de financiamento dos serviços. Não é exceção pacientes utilizarem simultaneamente serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por planos privados de saúde; muitos profissionais de saúde têm mais de um emprego remunerados por essas duas fontes (VICTORA ET AL., 2011). Além disso, há instituições públicas e privadas prestando cuidado a pacientes financiados pelas duas fontes de pagamento. Embora ainda sejam raros os estudos, estão presentes na agenda sanitária preocupações com a variação no padrão de cuidado prestado aos dois grupos, com destaque aos problemas de acesso, efetividade e equidade decorrentes da fonte e valor do reembolso (VICTORA ET AL., 2011).

À complexidade do sistema de saúde, soma-se aquela concernente à gestão dos hospitais, pois nestes estão concentrados grande parte dos recursos financeiros, materiais, tecnológicos e humanos. Apesar disso, diferentemente de outros setores da economia regidos pela relação custo-volume-lucro, em geral a gestão prevalente nos hospitais é a do regime de caixa (VECINA-NETO; MALIK, 2007). Embora esta não comprometa a busca por lucratividade, aponta a complexidade da gestão financeira dessas instituições. A diversificação das fontes de financiamento tem

sido adotada por instituições hospitalares no Brasil com o intuito de amenizar o risco de endividamento decorrente de eventual insuficiência em uma das fontes de pagamento (CARVALHO, 2007). Essas estratégias de sobrevivência e expansão do espaço no mercado também influenciam o modelo de gestão. Sobressaem, assim, as tentativas de parcerias e alianças ‘público-privadas’, buscando relações entendidas como ‘ganha-ganha’ (MEDICI, 2011; MORICI; BARBOSA, 2013). Dessa forma, a iniciativa privada vem expandindo suas atividades. Nesse contexto, além de prestadores de serviços de saúde e gestores de planos de saúde, passaram a atuar também na gestão de unidades públicas – por meio de Organizações Sociais ou com a terceirização de serviços profissionais (MACHADO, 2001).

No cenário atual, os planos privados de saúde exercem forte influência e pressão sobre os hospitais de sua rede credenciada, uma vez que são importantes financiadores e reguladores do padrão de utilização com vistas à contenção de custos (VECINA-NETO; MALIK, 2007). Pressão semelhante é exercida pela administração pública sobre os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, por exemplo, recentemente passando a condicionar o repasse de recursos financeiros à melhoria do desempenho, por meio das contratualizações (LIMA; RIVERA, 2012). Em paralelo, sistematicamente prestadores privados, majoritariamente sem fins lucrativos, e suas entidades de representação queixam-se dos baixos valores de reembolso predefinidos na tabela SUS, mas sobrevivem economicamente do aporte financeiro de recursos públicos, já que aproximadamente dois terços de sua clientela são de pacientes do SUS (MEDICI, 2011; VICTORA ET AL., 2011).

Com vistas a contribuir para a reflexão e a subsidiar o debate a respeito da oferta de rede compartilhada por pacientes financiados pelo SUS ou por planos de saúde, o objetivo deste estudo é caracterizar a rede hospitalar instalada no Brasil quanto aos arranjos de financiamento adotados e ao grau de compartilhamento.

## Metodologia

A principal fonte de informações foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Para estimar os limites na cobertura deste cadastro, foram utilizadas como referência as informações sobre hospitais e leitos obtidos pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE). Complementarmente, foram utilizadas as bases de dados do Registro de Planos de Saúde (RPS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS e da Comunicação de Informação Hospitalar (CIH) do Ministério da Saúde. Apesar do conhecido problema de baixa cobertura das informações sobre internações não SUS na base do CIH, este problema não foi considerado relevante para as análises aqui realizadas, pois a informação sobre produção hospitalar, extraída do SIH e CIH, foi somente aplicada para validar os dados cadastrais sobre tipo de convênio obtidos no CNES e RPS (MACHADO *ET AL.*, 2013).

Para a seleção dos estabelecimentos de saúde, filtraram-se aqueles que realizavam internação e que possuíam leitos para internação no CNES. Foram incluídos os estabelecimentos ativos nesse sistema de informação, considerando sua atuação em pelo menos um ano no período entre 2008 e 2010. Neste estudo, tais estabelecimentos foram denominados ‘hospitais’ independentemente da nomenclatura utilizada no CNES.

O tipo de convênio informado pelos hospitais como fonte de pagamento (SUS, planos de saúde, desembolso direto ou outras fontes) foi empregado para criar a tipologia denominada ‘arranjos de financiamento’. Para classificar os hospitais segundo os arranjos de financiamento, utilizou-se a informação de convênio do CNES e sua vinculação a alguma operadora de plano de saúde no RPS da ANS. Sequencialmente, a informação sobre

volume de internação por hospital no SIH e CIH foi utilizada para detectar as internações por fontes de pagamento não registradas nos cadastros do CNES e RPS. O número de registro do hospital no CNES foi a variável-chave para criação dessa classificação. Assim, três categorias de arranjos de financiamento foram formadas: ‘Somente SUS’, ‘Planos e particular’ e misto –‘SUS, planos e particular’. Arranjo ‘Somente SUS’ incluiu os hospitais sem convênio com planos no CNES e sem internações privadas registradas na CIH. Arranjo ‘Planos e particular’ incluiu hospitais conveniados a planos, sem convênio com SUS no CNES e sem internações SUS informadas no SIH. Arranjo ‘SUS, planos e particular’ (cliente-mista) incluiu os hospitais conveniados a planos e ao SUS no CNES, e/ou com internações reembolsadas por ambas as fontes registradas no SIH e CIH.

Para a análise dos dados, comparou-se a distribuição dos hospitais por fontes de pagamento e arranjos de financiamento com a cobertura da população por planos de saúde. A informação sobre a população coberta por planos de saúde é oriunda do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da ANS.

O cálculo da oferta de leitos destinados à população beneficiária de planos de saúde foi realizado utilizando no numerador o número de leitos não SUS e no denominador o número de beneficiários. A disponibilidade de leitos para a população usuária exclusiva do SUS foi calculada utilizando no numerador o número de leitos SUS e no denominador a diferença entre a população total e os beneficiários de planos de saúde.

A complexidade da estrutura dos hospitais nos estados e regiões brasileiras foi explorada com base na existência e proporção de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) dos tipos II ou III. A classificação dos tipos de UTI é descrita na Portaria do Ministério da Saúde GM nº 3.432/1998 (BRASIL, 1998). A informação sobre os leitos de UTI do tipo I foi excluída, pois essa categoria não refere

os requisitos mínimos de disponibilidade de equipe, serviços, exames, equipamentos e materiais exigidos na mesma portaria ministerial. Na ausência de um parâmetro mais preciso, para o cálculo dos valores mínimo e máximo de leitos de UTI considerados necessários, aplicou-se o percentual definido pelo Ministério da Saúde na Portaria GM nº 1.101/2002 (BRASIL, 2006), que estabelece os parâmetros assistenciais para o SUS com base em dados de produção.

Todas as informações aqui utilizadas são de domínio público e acesso livre. Contudo, este trabalho faz parte do estudo 'O arranjo público-privado e a qualidade da assistência hospitalar no Brasil', aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE número 02234312.3.0000.5240) em 21 de agosto de 2012.

## Resultados

A análise preliminar para estimar os limites na cobertura dos dados indicou um número de hospitais cadastrados no CNES em 2009 próximo daquele registrado pela AMS, em todas as regiões do País (compatibilidade de cerca de 100,0%), incluindo a distribuição segundo natureza pública ou privada e vínculo com o SUS. Quanto aos leitos existentes, estes eram aproximadamente 12% maior no CNES quando comparado à AMS.

Dos 7.161 hospitais cadastrados no CNES, 40,6% (2.905) eram públicos, 34,7% (2.483) privados com fins lucrativos e 24,7% (1.773) privados sem fins lucrativos. Cerca de 46,6% dos hospitais (3.336) atendiam a clientela mista, com arranjo de financiamento 'SUS, planos e particular' (tabela 1).

Tabela 1. Hospitais, leitos e internações segundo arranjos de financiamento - Brasil, 2008 a 2010

Natureza Jurídica / Fonte de Pagamento	Planos e Particular		Somente SUS		SUS, Planos e Particular		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Hospitais</b>	<b>1.383</b>	<b>19,3</b>	<b>2.442</b>	<b>34,1</b>	<b>3.336</b>	<b>46,6</b>	<b>7.161</b>	<b>100,0</b>
Público	39	1,3	2.217	76,3	649	22,3	2.905	100,0
Privado Sem Fins Lucrativos	72	4,1	144	8,1	1.557	87,8	1.773	100,0
Privado Com Fins Lucrativos	1.272	51,2	81	3,3	1.130	45,5	2.483	100,0
<b>Leitos Existentes</b>	<b>70.277</b>	<b>14,1</b>	<b>112.947</b>	<b>22,6</b>	<b>315.970</b>	<b>63,3</b>	<b>499.194</b>	<b>100,0</b>
Público	2.639	1,5	99.988	55,3	78.339	43,3	180.966	100,0
Privado Sem Fins Lucrativos	7.739	4,5	7.102	4,1	156.601	91,3	171.442	100,0
Privado Com Fins Lucrativos	59.899	40,8	5.857	4,0	81.030	55,2	146.786	100,0
<b>Leitos SUS</b>	<b>92</b>	<b>0,0</b>	<b>110.519</b>	<b>31,1</b>	<b>244.618</b>	<b>68,9</b>	<b>355.229</b>	<b>100,0</b>
Público	10	0,0	98.436	56,8	74.861	43,2	173.307	100,0
Privado Sem Fins Lucrativos	82	0,1	6.752	5,5	116.774	94,5	123.608	100,0
Privado Com Fins Lucrativos	0	0,0	5.331	9,1	52.983	90,9	58.314	100,0
<b>Leitos Não SUS</b>	<b>70.185</b>	<b>48,8</b>	<b>2.428</b>	<b>1,7</b>	<b>71.352</b>	<b>49,6</b>	<b>143.965</b>	<b>100,0</b>
Público	2.629	34,3	1.552	20,3	3.478	45,4	7.659	100,0
Privado Sem Fins Lucrativos	7.657	16,0	350	0,7	39.827	83,3	47.834	100,0
Privado Com Fins Lucrativos	59.899	67,7	526	0,6	28.047	31,7	88.472	100,0
<b>Internações 2008-2010</b>	<b>2.844.519</b>	<b>7,3</b>	<b>8.599.358</b>	<b>22,1</b>	<b>27.463.940</b>	<b>70,6</b>	<b>38.907.817</b>	<b>100,0</b>
SUS	0	0,0	8.599.358	26,3	24.120.116	73,7	32.719.474	100,0
Não SUS	2.844.519	46,0	0	0,0	3.343.824	54,0	6.188.343	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Registro de Planos de Saúde (RPS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) e Comunicação de Internação Hospitalar (CIH).

Os hospitais públicos majoritariamente atendiam exclusivamente ao SUS, mas 649 (22,3%) também informaram possuir convênio com planos de saúde e receber pagamento particular. Os privados sem fins lucrativos eram majoritariamente mistos, contabilizando 1.557 hospitais (87,8%) com arranjo ‘SUS, planos e particular’. Já os privados com fins lucrativos dividiam-se em 1.272 (51,2%) com arranjo ‘Planos e particular’ e 1.130 (45,5%) com arranjo misto: ‘SUS, planos e particular’ (tabela 1).

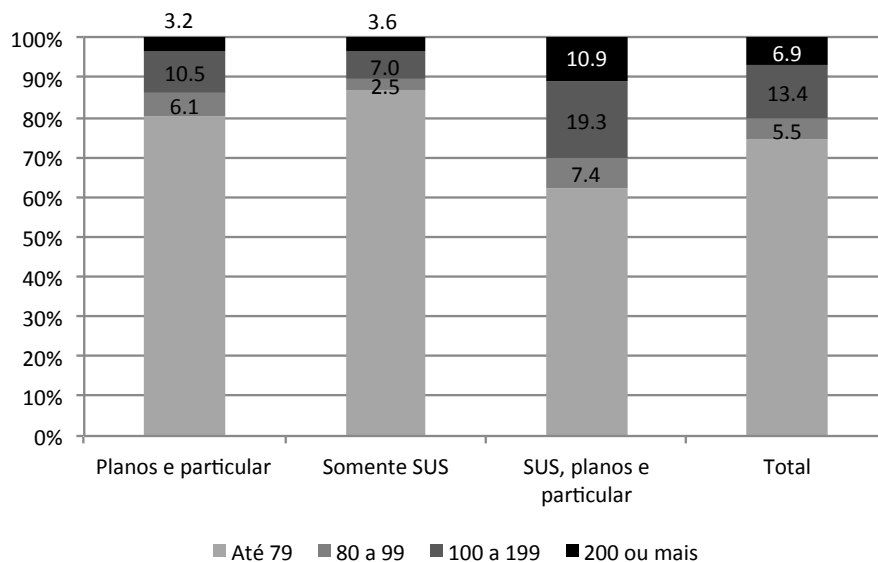
Dos 499.194 leitos existentes no País no período de análise, 315.970 (63,3%) estavam em hospitais de arranjo misto (SUS, planos e particular) e 112.947 (22,6%) em hospitais de arranjo ‘Somente SUS’, resultando em 355.229 leitos disponíveis para o SUS (71,2% do total). Já os leitos não SUS disponíveis nos hospitais de arranjo ‘Planos e particular’ somavam 70.277 (14,1% do total) (tabela 1).

No período de 2008 a 2010, os estabelecimentos de arranjo misto foram

responsáveis pela maior parte das internações informadas do País (70,6%), tanto as pagas pelo SUS (73,7%) como as pagas por plano de saúde ou particular (54,0%). Os hospitais ‘Somente SUS’ realizaram 22,1% de todas as internações e 26,3% das internações pelo SUS. Já os hospitais de arranjo ‘Planos e particular’ realizaram 7,3% das internações do País e 46,0% das internações não SUS (tabela 1).

Quanto ao porte, 5.313 hospitais possuíam até 79 leitos (74,2%), 393 deles possuíam entre 80 e 99 leitos (5,5%), 959 entre 100 e 199 leitos (13,4%) e 496 tinham 200 ou mais leitos (6,9%). O arranjo ‘Somente SUS’ apresentou a maior proporção de hospitais de menor porte, 86,9% destes hospitais possuíam menos de 80 leitos. Os hospitais de arranjo misto (SUS, planos e particular) apresentaram a maior proporção (10,9%) de unidades de maior porte – maior a 199 leitos (gráfico 1).

Gráfico 1. Hospitais segundo o número de leitos por arranjos de financiamento – Brasil, 2008 a 2010.



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Registro de Planos de Saúde (RPS).

A maioria dos estabelecimentos com arranjo ‘Planos e particular’ encontrava-se em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Goiás. Já aqueles com arranjo ‘Somente SUS’ estavam em maior número na Bahia, Pernambuco, Maranhão e São Paulo. Os hospitais com arranjo misto (SUS, planos e particular) localizavam-se majoritariamente

Tabela 2. Hospitais por arranjo de financiamento e disponibilidade de leitos SUS e não SUS segundo região e UF - Brasil, 2008 a 2010

Regiões e Estados	Estabelecimentos por Arranjos				Leitos			Leitos por mil hab.		
	Total	Planos e Particular	Somente SUS	SUS, Planos e Particular	Total	SUS	Não SUS (1)	Total	SUS (2)	Não SUS (3)
<b>Brasil</b>	<b>7.161</b>	<b>1.383</b>	<b>2.442</b>	<b>3.336</b>	<b>499.194</b>	<b>355.229</b>	<b>143.965</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>	<b>3,4</b>
Região Norte	634	118	328	188	34.333	26.228	8.105	2,2	1,9	5,7
Rondônia	104	36	54	14	4.319	3.232	1.087	2,9	2,4	8,5
Acre	31	3	16	12	1.549	1.403	146	2,2	2,2	3,4
Amazonas	117	18	69	30	7.064	5.775	1.289	2,1	1,9	3,2
Roraima	17	2	6	9	846	795	51	2,0	2,0	2,0
Pará	279	43	131	105	16.658	11.675	4.983	2,2	1,7	7,3
Amapá	24	7	11	6	1.264	1.056	208	2,0	1,9	3,3
Tocantins	62	9	41	12	2.633	2.292	341	2,0	1,9	5,0
Região Nordeste	2.299	255	1.299	745	126.480	104.421	22.059	2,4	2,2	4,1
Maranhão	267	26	188	53	14.609	12.893	1.716	2,3	2,1	5,7
Piauí	210	15	113	82	8.427	7.321	1.106	2,7	2,5	5,5
Ceará	324	46	141	137	19.960	15.475	4.485	2,3	2,0	4,8
Rio Grande do Norte	200	9	136	55	8.030	6.745	1.285	2,6	2,5	2,8
Paraíba	203	17	111	75	10.773	9.060	1.713	2,9	2,6	5,3
Pernambuco	351	50	195	106	23.719	18.824	4.895	2,7	2,5	3,9
Alagoas	98	8	53	37	6.565	5.571	994	2,1	1,9	3,4
Sergipe	60	7	34	19	4.015	3.143	872	2,0	1,8	3,8
Bahia	586	77	328	181	30.382	25.389	4.993	2,1	1,9	3,6
Região Sudeste	2.319	687	443	1.189	217.390	139.733	77.657	2,7	2,6	2,8
Minas Gerais	666	102	102	462	47.116	34.463	12.653	2,4	2,2	2,9
Espírito Santo	122	32	23	67	8.710	6.202	2.508	2,5	2,5	2,4
Rio de Janeiro	567	250	142	175	54.047	32.605	21.442	3,4	3,1	4,0
São Paulo	964	303	176	485	107.517	66.463	41.054	2,6	2,7	2,5
Região Sul	1.110	130	124	856	80.896	57.686	23.210	2,9	2,7	3,9
Paraná	515	67	102	346	30.822	22.288	8.534	2,9	2,6	3,8
Santa Catarina	227	33	7	187	16.160	11.942	4.218	2,6	2,5	3,0
Rio Grande do Sul	368	30	15	323	33.914	23.456	10.458	3,1	2,7	4,5
Região Centro Oeste	799	193	248	358	40.095	27.161	12.934	2,9	2,3	6,3
Mato Grosso do Sul	128	30	30	68	6.220	4.199	2.021	2,6	2,1	5,5
Mato Grosso	170	38	45	87	7.744	5.445	2.299	2,6	2,0	7,0
Goiás	432	91	164	177	18.584	12.504	6.080	3,1	2,4	8,4
Distrito Federal	69	34	9	26	7.547	5.013	2.534	2,9	2,6	3,9

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações de Beneficiários de Planos de Saúde (SIB) e Datasus.

Notas: (1) Calculado a partir da diferença entre total de leitos existentes e leitos SUS;

(2) Calculado utilizando-se a diferença entre a população e o número de beneficiários de planos privados de saúde;

(3) Calculado utilizando-se o número de beneficiários de planos privados de saúde.

em São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul. Nos estados das regiões Sul e Sudeste, observou-se uma forte concentração de hospitais conveniados a planos de saúde (arranjos ‘Planos e particular’ e ‘SUS, planos e particular’) (tabela 2).

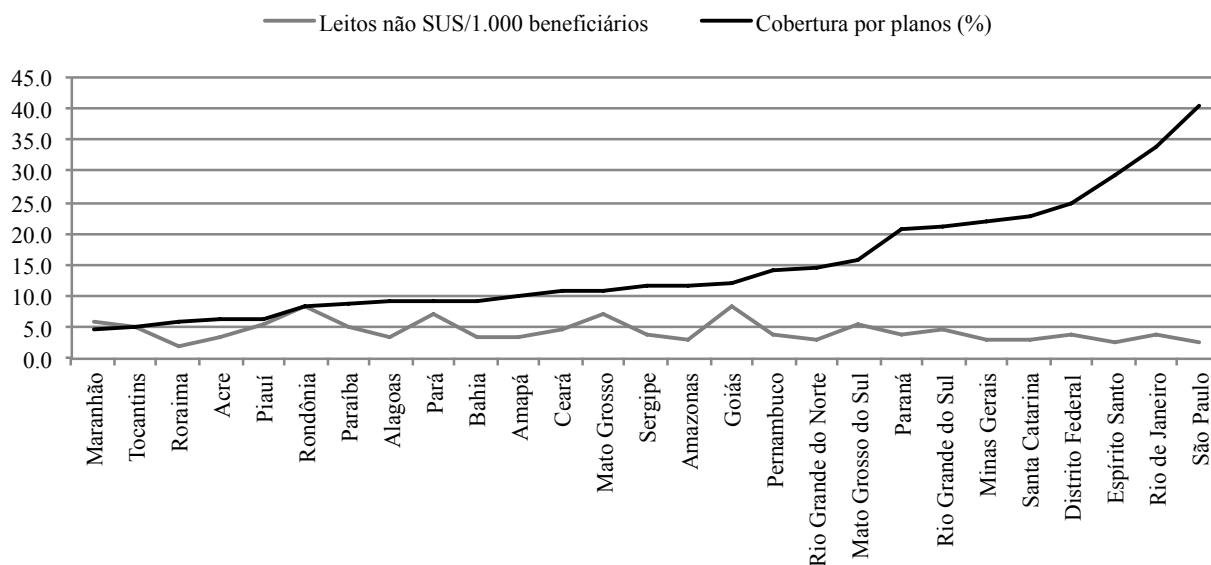
A razão entre número de leitos e população mostrou que havia 2,6 leitos para cada mil habitantes no Brasil. O estado do Rio de Janeiro apresentou a maior razão de leitos (3,4 por mil habitantes), seguido por Goiás, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Rondônia, Paraná e Paraíba, cujas razões foram maiores do que a razão nacional. Por outro lado, os estados de Tocantins, Amapá, Roraima e Sergipe apresentaram as menores razões de leitos, 2,0 por mil habitantes (tabela 2).

A oferta de leitos foi maior para a população beneficiária de planos de saúde (3,4 leitos por mil beneficiários de planos privados de saúde) quando comparada à população usuária exclusivamente do SUS (2,4 leitos por mil usuários). No entanto, houve menor

variabilidade regional na oferta dos leitos para pacientes do SUS em relação aos beneficiários de planos de saúde: enquanto a razão de leitos entre usuários do SUS variou de 1,7 (no Pará) a 3,1 (no Rio de Janeiro), entre beneficiários de planos de saúde esta razão variou de 2,0 (em Roraima) a 8,5 (em Rondônia). As maiores diferenças na oferta de leitos SUS e não SUS foram observadas nos estados de Mato Grosso, Pará, Goiás e Rondônia, onde os leitos por beneficiários de planos superavam em mais de três vezes os leitos por usuários do SUS. Vale ressaltar que, apenas nos estados de São Paulo e Espírito Santo, a disponibilidade de leitos SUS foi maior do que a de leitos não SUS (tabela 2).

A relação entre cobertura por planos privados de saúde e oferta de leitos não SUS não apresentou proporcionalidade. Os estados da região Sudeste, além do Distrito Federal e Santa Catarina, destacaram-se pela maior cobertura da população por planos, sem maior disponibilidade de leitos (gráfico 2).

Gráfico 2. Leitos não SUS por mil beneficiários de planos de saúde e cobertura da população por planos de saúde - estados do Brasil, 2008 a 2010

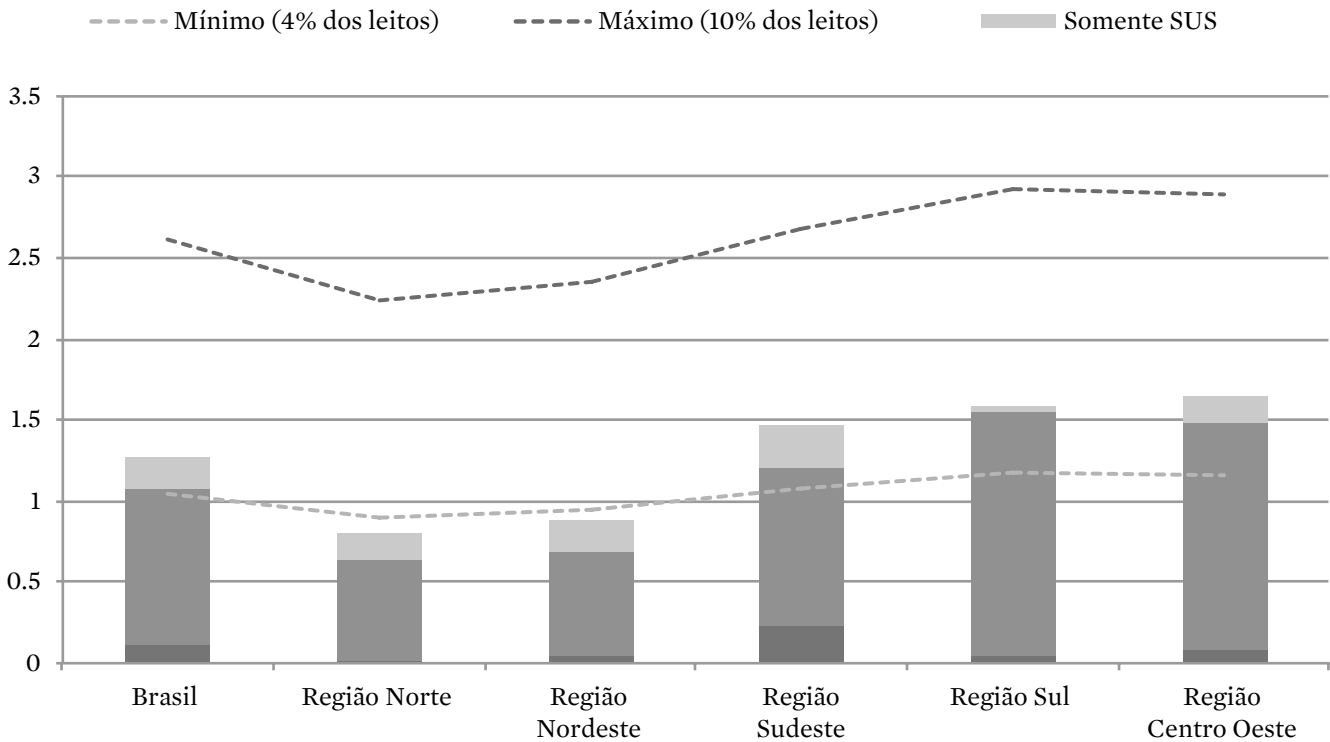


Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Registro de Planos de Saúde (RPS) e Sistema de Informações de Beneficiários de Planos de Saúde (SIB).

Os 24.475 leitos de UTI existentes encontravam-se localizados em apenas 1.205 hospitais do País, dos quais a maioria (72,9%) tinha arranjo ‘SUS, planos e particular’. Dos hospitais com UTI, 46% (559 hospitais) encontravam-se na região Sudeste, principalmente no estado de São Paulo. Em todos os estados brasileiros, a disponibilidade de leitos de UTI foi maior para a população usuária de planos de saúde do que para aquela usuária exclusiva do SUS. A única exceção foi o estado de São Paulo, onde a disponibilidade de leitos de

UTI para a população usuária exclusiva do SUS superava aquela para a população não usuária exclusiva SUS. O gráfico 3 consolida as informações sobre leitos de UTI por região e arranjo de financiamento. A região Sudeste apresentou as menores discrepâncias entre leitos de UTI disponíveis para as duas populações. O Brasil alcançou, na média, o mínimo de leitos de UTI estimados pelo Ministério da Saúde (4% do total de leitos existentes). No entanto, as regiões Norte e Nordeste não atingiram este patamar mínimo (gráfico 3).

Gráfico 3. Faixas mínima e máxima de leitos de UTI recomendada\* e leitos de UTI existentes por 10 mil habitantes, segundo arranjos de financiamento dos estabelecimentos - regiões do Brasil, 2008 a 2010



Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), Comunicação de Informação Hospitalar (CIH), Sistema de Informações de Beneficiários de Planos de Saúde (SIB), Registro de Planos de Saúde (RPS).

Nota: \* Parâmetro recomendado pela Portaria ministerial nº. 1.101/2002.

## Discussão

A diversificação das fontes de financiamento adotadas por hospitais, independentemente

da natureza jurídica, contribui para que as fronteiras entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro se tornem cada vez menos demarcadas, com uma rede



majoritariamente mista e partilhada. A superposição de clientela não é exclusiva ao sistema de saúde brasileiro, mas reforça a necessidade de articulação entre os segmentos público e privado (BASU ET AL., 2012; FERRI-DE-BARROS; GIBSON; HOWARD, 2012; SLOAN ET AL., 2001).

Mesmo com uma rede majoritariamente mista, tem-se no Brasil uma segmentação interna ao grupo de beneficiários de planos de saúde, em que parte deles acessa hospitais exclusivamente privados, mas a maioria conta com os serviços de hospitais privados conveniados ao SUS, compartilhando a mesma rede que atende os pacientes do SUS. Esse cenário configura três distintos perfis de acesso e utilização de serviços hospitalares, ilustrados nos dados analisados: aqueles que usam exclusivamente os serviços do SUS, os que usam planos com cobertura pelos mesmos serviços do SUS e os que usam planos com redes de serviços exclusivamente privadas.

Apesar da sobreposição das redes pública e privada, configurada pela alta ocorrência de hospitais com arranjo de financiamento misto, observou-se diferença na disponibilidade de leitos, especialmente daqueles de UTI para beneficiários de planos privados de saúde e usuários exclusivos do SUS, com vantagem para a população não SUS. Esse achado exemplifica as iniquidades que Santos (2011) apontou como derivadas da duplicação de cobertura observada no Brasil, em que há beneficiários de planos que também utilizam o SUS. Além disso, observou-se simultaneamente menor variabilidade na oferta de leitos disponíveis para o SUS em todo o País. Contudo, há importantes variações regionais na oferta de leitos disponíveis à população não SUS, indicando a falta de articulação com a cobertura por planos, bem como a não complementariedade entre os segmentos público e privado, o que seria o desejado em um sistema que propõe alcançar cobertura universal (OECD, 2004). A disponibilidade e a distribuição dos leitos de UTI para as populações SUS e não

SUS, assim como a proporção de hospitais de menor porte e menor complexidade no âmbito do SUS, indicam heterogeneidade ainda mais importante para casos de mais alta complexidade.

A importância do setor privado na atenção hospitalar e sua desarticulação com a distribuição do setor público observada neste estudo corroboram a discussão colocada por Baptista (2010) e Scheffer e Bahia (2013). Estes autores associam alguns desses problemas à não explicitação das prioridades estatais para a conformação do sistema de saúde no Brasil. Mais especificamente discutindo o papel do setor suplementar de saúde, Ferri-de-Barros et al. (2012) apontam a falta de orientação política formal nesta área e desarticulação desta com aquelas definidas no âmbito do SUS, em sintonia com os achados que apontaram a instalação desordenada de leitos, não respeitando a cobertura por planos de saúde ou a instalação de leitos SUS.

Nesse contexto, a natureza jurídica dos estabelecimentos é insuficiente para indicar distinções de clientela SUS ou não SUS. Regionalmente, foi possível confirmar a importância de hospitais de natureza pública exclusivos para pacientes do SUS, nas regiões Norte e Nordeste, e dos hospitais de natureza privada exclusivos para pacientes não SUS, no Sudeste. Esses achados coadunam-se às preocupações de Dain (2007) e de Santos e Gerschman (2004) a respeito da determinação econômica e política da organização de serviços entre provedores públicos e privados. Nesse sentido, a menor dependência do SUS da oferta de serviços hospitalares privados é menor no Norte e Nordeste, onde ao menos metade dos leitos disponíveis estavam em hospitais públicos. Tal fato indica que os investimentos governamentais em termos de oferta hospitalar privilegiaram áreas geográficas com menor penetração de empresas privadas de saúde, hospitais e também planos de saúde, quadro esse que pode suscitar interpretações positivas ou negativas,

mas sobretudo debates importantes entre diferentes atores.

Nesse âmbito, é necessária a reflexão sobre questões centrais relacionadas com a regulação do sistema de saúde, tais como: os mecanismos de pagamento; as melhores opções de parceria público-privada; os dispositivos e diretrizes da regulação do Estado sobre o setor e a capacidade de sustentação do modelo de prestação de serviços existente (LA FORGIA; COUTTOLENE, 2009; VECINA-NETO; MALIK, 2007).

Destacam-se como principais limites deste estudo a qualidade e completude de informações das bases de dados. Isto impede o conhecimento pleno do volume de internações realizadas no País, influenciando a construção de cenários úteis para a gestão em saúde, bem como a problematização relacionada com a atuação de alguns hospitais nas duas frentes (SUS e não SUS) e com a dualidade do sistema público-privado instalado no País.

Ainda assim, os achados deste estudo podem contribuir especialmente no âmbito da organização da rede prestadora de serviços hospitalares brasileira. Além da oferta dos recursos, também devem ser considerados os riscos ao acesso, a adequação e a efetividade dos cuidados prestados, bem como sua equidade. Dessa forma, é importante que a tomada de decisão seja consciente do seu papel no delineamento do sistema de saúde do País, podendo contribuir para a legitimação do sistema universal proposto em nossa Constituição Federal, ou para afastar-se dele.

## Considerações finais

A tendência contemporânea de busca por novas formas de financiamento, com a adoção de múltiplas fontes de pagamento, mostrou-se real para a rede hospitalar brasileira, conformando um cenário caracterizado pela dupla porta de entrada: via SUS ou planos de saúde. Além disso, as

desigualdades na oferta de leitos não SUS e a não complementariedade com a oferta de leitos SUS indicam que esta rede não se distribui com a missão principal de atender à demanda e que, além disso, não parece haver coordenação entre os segmentos público e privado. Ainda que a maior concentração de leitos para internação esteja nas regiões mais ricas, onde também se encontra a maior parte dos beneficiários de planos de saúde, certamente a desigualdade de distribuição dos serviços e a não complementariedade dos segmentos público e privado afetam a oferta, que por sua vez afeta o acesso aos serviços de saúde.

Esforços devem ser feitos no sentido de tornar o acesso à rede hospitalar mais equânime no País, independentemente da fonte de pagamento usada pelos pacientes. No âmbito do SUS, o aumento do número de leitos e de leitos de UTI por habitantes parece essencial para aumentar o acesso ao cuidado de maior complexidade. No âmbito privado, a regulação da implantação de novos serviços e do acesso aos serviços existentes via planos privados de saúde deve ser colocada em prática, a exemplo de outros países. Diante da rede sobreposta e heterogênea existente, esta regulação é fundamental para evitar 'leilões' dos serviços existentes entre os beneficiários de planos privados, com a venda de promessas de acesso ao cuidado de melhor qualidade que possivelmente não se concretizarão.

Além do alinhamento de esforços públicos e privados com as necessidades de serviços hospitalares da população, o monitoramento regular da qualidade destes serviços deve fazer parte do arcabouço de informações usadas no direcionamento de políticas e regulamentações na área da atenção hospitalar no Brasil, como elementos vitais para aproximar o planejamento e o cuidado em saúde das discussões teóricas e científicas sobre a organização do sistema e sobre a qualidade da assistência, em prol de ganhos para a sociedade e para o País. ■

## Referências

- BAPTISTA, T. W. F. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 97-109, 2010.
- BASU, S. *et al.* Comparative performance of private and public healthcare systems in low and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med. on line*, v. 9, n. 6, 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001244>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 jul. 2006. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasau/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios para credenciamento de Unidades de Terapia Intensiva. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 ago. 1998. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4d02b9004745871490c4d43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+3.432-1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., 2007, p. 1851-1864.
- FERRI-DE-BARROS, F.; GIBSON, J.; HOWARD, A. An argument for explicit rationing of health resources within the public-private mix in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 6, 2012, p. 1211-1212.
- HARDING, A.; PREKER, A. A conceptual framework for the organizational reforms of hospitals. In: PREKER, A.; HARDING, A. *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*. Washington, DC: The World Bank, 2003. p. 23-78.
- JAKAB, M. *et al.* *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector: From New Public Sector Management to Organizational Reform*. Washington, DC: The World Bank, 2002.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENE, B. F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.
- LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012.
- MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. *Physis*, v. 11, n. 1, 2001, p. 105-197.
- MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, 2013.
- MEDICI, A. C. Sistemas de financiamento e gestão hospitalar: uma aplicação ao caso brasileiro. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 50-72.
- MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225, 2013.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *The OECD Health Project: Private Health Insurance in OECD countries*. Paris: OECD, 2004.
- SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.
- SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.
- SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, 2013.

SLOAN, F. A. *et al.* Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *J Health Econ.*, New York, n. 20, 2001, p. 1-21.

VECINA-NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VICTORA, C. G. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer.

*The Lancet on line*, 2011. Disponível em: <[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/269299/mod\\_resource/content/1/Saude%20no%20Brasil%20artigo%206%20Lancet%202011.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/269299/mod_resource/content/1/Saude%20no%20Brasil%20artigo%206%20Lancet%202011.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2015.

---

Recebido para publicação em abril de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo nº 302936/2013-0

# O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo

*The public and the private in the health regionalization in Espírito Santo*

Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>1</sup>, Luciana Dias de Lima<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Objetivou-se analisar as relações público-privadas no processo de regionalização do sistema de saúde no Espírito Santo. Trata-se de estudo comparado de duas regiões de saúde com base em dados secundários e entrevistas semiestruturadas. Identificaram-se dois padrões predominantes de relações público-privadas – interdependente e sem conflitos; e múltiplos arranjos com conflitos – que influenciaram diferentes dimensões da regionalização. Destacam-se como condicionantes dos padrões observados: a trajetória de conformação do sistema, a estrutura de oferta de serviços, as formas de atuação da corporação médica, e das organizações filantrópicas e o modo de condução da regionalização pelo Estado.

**PALAVRAS-CHAVE** Regionalização; Sistemas de saúde; Políticas, planejamento e administração em Saúde.

**ABSTRACT** *This is intended to analyze the public-private relations in regionalization of the health system in Espírito Santo. This is a comparative study of two health regions based on secondary data and semi-structured interviews. Two standards of public-private relations were identified – interdependent without conflicts; and multiple arrangements with conflicts – which influenced different dimensions of regionalization. In stands out as conditioning of the patterns observed: system forming trajectory, the service offering structure, medical corporation and philanthropic organizations operation, and the way regionalization is conducted by the State.*

**KEYWORDS** *Regional health planning; Health systems; Health policy, planning and management.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Ciências da Saúde – São Mateus (ES), Brasil.  
apscoelho@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
luciana@ensp.fiocruz.br

## Introdução

Estudos sobre as relações público-privadas têm se tornado cada vez mais frequentes nas análises sobre a política de saúde no Brasil. Os trabalhos evidenciam a importância da atuação do Estado na trajetória da assistência à saúde pública e privada no País (BAHIA, 2005; ACIOLE, 2006; MENICUCCI, 2007; PEREIRA, 2004); a crescente participação e influência do setor privado na gestão e prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; BAHIA, 2008) e as relações de dependência entre o segmento público e a saúde suplementar (LIMA ET AL., 2004; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Entretanto, ainda são escassas as pesquisas direcionadas para a compreensão dessas relações em políticas de saúde específicas. Dessa forma, o artigo pretende contribuir com esse debate, por meio da análise das relações público-privadas no processo de regionalização do sistema de saúde no estado do Espírito Santo.

A justificativa para o estudo se fundamenta em dois argumentos principais. O primeiro está relacionado à concepção de regionalização adotada na pesquisa, sua importância e especificidade no caso brasileiro. Historicamente, a regionalização é uma função atribuída ao Estado e envolve a definição de recortes espaciais para fins de planejamento e gestão territorial de políticas públicas (RIBEIRO, 2004). Esse processo se expressa na trajetória de conformação de sistemas universais de saúde em diversos países – tais como na Espanha, na Itália e no Canadá – com o objetivo de ampliar o acesso e garantir a integralidade da atenção (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Nesses casos, as regiões se apresentam como base para o planejamento, organização e prestação de ações e serviços e como espaços vinculados a autoridades sanitárias regionais responsáveis por sua condução político-administrativa no território. No Brasil, a regionalização ganhou destaque na política nacional de saúde somente na virada dos

anos 2000, conformando-se, na maioria dos estados, após sucessivos ciclos de descentralização induzidos e coordenados pela esfera federal, sem a revisão adequada do papel dos governos estaduais (VIANA ET AL., 2008). Destaca-se, ainda, a complexidade desse processo na federação brasileira, tendo em vista as desigualdades e diversidades regionais subjacentes, a abrangência de atribuições e o compartilhamento de funções governamentais e a multiplicidade de agentes públicos e privados envolvidos na gestão e prestação da atenção à saúde (CAMPOS, 2006; FLEURY; OUYERNEY, 2007; SANTOS; ANDRADE, 2011; LIMA ET AL., 2012)

O segundo argumento diz respeito à escolha do Espírito Santo para o estudo do tema. O estado possui um território diversificado, apresentando regiões com distintas configurações do sistema de saúde, possibilitando a comparação e a compreensão de diferentes aspectos que permeiam as relações público-privadas na regionalização.

A pesquisa apresentada neste artigo foi orientada pelas seguintes questões: como se dá a divisão de funções entre o público e o privado no sistema regional de saúde? Quais os condicionantes das relações público-privadas e como estas se expressam na regionalização do SUS?

O artigo apresenta a análise das relações público-privadas em diferentes dimensões da regionalização no SUS – composição da oferta e produção de serviços de saúde; desenho regional e planejamento da rede de serviços; coordenação e regulação do sistema regional de saúde – e identifica os padrões de relacionamento observados no território regional.

## Metodologia

Trata-se de um estudo multicaso com foco em duas regiões denominadas como ‘microrregiões de saúde’ no Plano Diretor de Regionalização do estado do Espírito Santo (ESPIRITO SANTO, 2003): Cachoeiro de Itapemirim

e Vitória. A escolha dessas duas regiões se justifica por seu maior dinamismo econômico, sua relevância e influência no sistema estadual de saúde. Também apresentam situações de maior preponderância na oferta de serviços do SUS, embora com características distintas de seus sistemas de saúde.

Neste trabalho, adota-se o conceito de regionalização como um processo técnico-político, não restrito aos espaços regionais de negociação federativa na saúde (as Comissões Intergestores), que envolve diferentes atores sociais, públicos e privados, em relações de disputa, conflito, negociação e cooperação.

Dois tipos de padrões de relacionamento público-privado nas regiões foram construídos a partir da análise conjunta de duas dimensões inter-relacionadas que se associam à configuração das regiões de saúde: (1) técnico-política, na qual a região se constitui como base para o planejamento de uma rede de atenção à saúde, incorporando uma série de critérios e atributos para delimitação, organização e adequação territorial do sistema de saúde; (2) político-administrativa, em que o espaço regional alberga os atores públicos e privados e os processos de condução, articulação e coordenação regional do sistema de saúde.

Na primeira dimensão, priorizou-se a identificação da composição público-privada da oferta e produção de serviços de saúde e os processos relacionados ao planejamento e desenho regional da rede de serviços. Na segunda, os principais atores (organizações, grupos de pessoas) e mecanismos envolvidos na coordenação e regulação regional do sistema de saúde.

Utilizou-se o método comparado, tendo em vista a identificação de particularidades e elementos comuns no que tange ao contexto e aos aspectos histórico-estruturais e político-institucionais envolvidos na determinação dos padrões de relacionamento público-privado nas realidades estudadas. O recorte temporal da pesquisa abrangeu o contexto de implantação do Pacto pela Saúde (2007 a 2010). Esse

período se justifica, entre outros, pelo destaque da regionalização nos documentos nacionais que norteiam a implementação do SUS, bem como pela condução da política estadual de saúde, tais como: os Termos de Compromisso de Gestão, Plano Diretor de Regionalização, Plano Estadual de Saúde.

Para descrever a participação do público e do privado no sistema regional de saúde, foram consolidadas informações obtidas por meio dos bancos de dados nacionais – Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados de oferta e produção são relativos ao ano de 2008. Os dados sobre os estabelecimentos de saúde compreendem o ano de 2010. Consideraram-se como prestadores públicos aqueles de natureza municipal, estadual ou federal e como prestadores privados os filantrópicos e os privados com fins lucrativos (não filantrópicos). Foram confeccionados roteiros semiestruturados e realizadas 5 entrevistas com atores-chave na condução da regionalização no estado – Secretário de Estado de Saúde, Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), 2 responsáveis pela regionalização na Secretaria de Estado de Saúde (Sesa) e Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite – e 13 entrevistas no âmbito das regiões, que incluíram: gestores municipais e representantes da Sesa; representantes dos prestadores (públicos e privados) e da corporação médica. Esta fase foi complementada, ainda, pela análise de documentos relativos à regionalização.

Os resultados e a discussão apresentados neste artigo privilegiaram a interpretação dos principais achados da pesquisa a partir do cotejamento dessas diferentes fontes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o processo CAAE: 0007.0.031.000-10, respeitando-se os Termos da Resolução CNS nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

### Composição público-privada na oferta e produção de serviços de saúde

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, 93,3% dos leitos do SUS são ofertados por prestadores não públicos, e na região de Vitória, 35,7%. Os prestadores privados não filantrópicos são os mais preponderantes na região de Cachoeiro, enquanto na região de Vitória verifica-se uma

equilibrada participação dos prestadores filantrópicos e privados no segmento não público (*tabela 1*). Na região de Cachoeiro de Itapemirim, os atendimentos hospitalares são ofertados predominantemente por três estabelecimentos filantrópicos que também são referência para o segmento suplementar do sistema, ao contrário da região de Vitória, onde existe uma diversidade maior de prestadores de serviços de saúde, configurando maior complexidade na composição do sistema.

Tabela 1. Participação público-privado na oferta de leitos e produção de serviços nas regiões de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. Espírito Santo, Brasil, 2008

Indicadores (%)	Região de Cachoeiro de Itapemirim	Região de Vitória
Leitos SUS ofertados por prestadores não públicos	93,3	35,7
Leitos SUS ofertados por prestadores filantrópicos	39,9	17,2
Leitos SUS ofertados por prestadores privados	53,5	18,6
Cobertura de planos privados	15,8	43,4
Participação de prestadores privados nas internações totais	94,5	56,0
Participação de prestadores privados nas internações de alta complexidade	99,9	46,1
Participação de prestadores privados nas internações de média complexidade	94,2	57,1
Participação de prestadores privados na produção ambulatorial total	6,3	10,8
Participação de prestadores privados na produção ambulatorial de média e alta complexidade	10,5	16,4
Participação de prestadores privados na produção ambulatorial de alta complexidade	3,0	4,0
Participação de prestadores privados no SADT de média complexidade	67,6	37,2
Participação de prestadores privados no SADT de alta complexidade	82,2	56,7

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), 2008.

Em relação ao sistema suplementar, na região de Cachoeiro de Itapemirim, 15,8% da população é beneficiária de planos privados de saúde, sendo a maior parte da população dependente exclusivamente dos serviços ofertados pelo SUS, enquanto na região de Vitória evidencia-se maior cobertura de planos, 43,4% (*tabela 1*).

Na produção ambulatorial, em ambas as regiões o público é predominante. Quando analisada por complexidade, mesmo na média e alta complexidade, o público apresenta participação mais expressiva, 89,5% na região de Cachoeiro de Itapemirim e 83,6% na região de Vitória. Na produção de Serviços de Apoio

Diagnóstico e Terapêutico (SADT), nas duas regiões verifica-se predomínio do prestador não público na alta complexidade, com maior participação do público na média complexidade, quando comparada a alta (*tabela 1*).

### Desenho regional e planejamento da rede de serviços de saúde

A definição de regiões de saúde do estado, formalizada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) (ESPIRITO SANTO, 2003), baseou-se em critérios, como: condições de acesso aos serviços de saúde – distância entre as unidades e



existência de rodovias –, fluxos de saúde (utilizando o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Custo), oferta e complexidade de serviços de saúde, porte populacional, economia de escala e escopo com a identificação de polos assistenciais.

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, o desenho regional da saúde está consolidado com suas referências legitimadas, não havendo conflito em relação ao perfil de atendimentos entre os três principais prestadores privados e os serviços próprios do estado. Os fluxos assistenciais se coadunam com o estabelecido historicamente, sendo o município de Cachoeiro de Itapemirim referência na prestação de serviços.

Na região de Vitória, os fluxos assistenciais não se restringem aos limites da região. A região metropolitana, que concentra a maior parte dos serviços de saúde, é dividida em três regiões de saúde, existindo o fluxo entre regiões, não previsto na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Identificou-se preponderância da secretaria de estado da saúde no planejamento regional e pouca participação das Superintendências Regionais de Saúde (SRS).

O planejamento do SUS nas regiões é influenciado pelo perfil dos prestadores existentes no território. O credenciamento de novos serviços é realizado de maneira pontual e desarticulado de um processo de planejamento que indique as necessidades da região. O processo se dá a partir da iniciativa dos prestadores, que passa pela avaliação do Colegiado Intergestores Bipartite Microrregional (CIB microrregional) e SRS e aprovação do nível central da Sesa.

## Coordenação e regulação do sistema regional

A coordenação do sistema regional da saúde no Espírito Santo é executada pelas SRS, cujas principais funções estão relacionadas à regulação do acesso, controle e avaliação dos serviços ofertados pelos prestadores do SUS. A SRS é responsável por realizar a negociação

que envolve o credenciamento dos prestadores aos municípios para posterior aprovação da Sesa; regular o acesso às consultas especializadas ofertadas pelo Centro Regional de Especialidades (CRE), sob sua gestão, além de desenvolver ações de Vigilância em Saúde em âmbito regional. As atribuições relacionadas ao planejamento regional, gestão de serviços de saúde na rede própria (hospitais estaduais) e complementar e regulação de leitos ainda são desempenhadas pelo nível central da Sesa. Dessa forma, a SRS se constitui um importante ator na organização e coordenação do sistema regional, ainda que com deficiências no desempenho de suas funções.

No processo de coordenação regional, é importante a identificação dos atores que participam do processo de planejamento, organização, e regulação do sistema de saúde em âmbito regional, que conformam o complexo regional da saúde (IBAÑEZ; VIANA; ELIAS, 2009) (*quadro 1*). Na região de Cachoeiro de Itapemirim, além da SRS, são destacadas as organizações filantrópicas representadas pelos três principais hospitais prestadores de serviços que são referências em internações de alta complexidade tanto para o SUS quanto para o segmento suplementar do sistema de saúde. Os consórcios intermunicipais de saúde também desempenham importante função na região, abrangendo a maioria dos municípios. Sua principal função é a compra e prestação de serviços de saúde.

Destaca-se também, por sua atuação regional no âmbito da saúde, a Unimed, principal operadora de planos da região, que possui como cooperados grande parte dos profissionais médicos da região. Sua atuação não apenas se encontra na prestação de serviços médicos para seus clientes como também possui interface com o SUS, o qual, quando necessário, compra serviços, como internação em Unidades de Tratamento Intensivo e Unidade de Atendimento Móvel, da instituição privada. A operadora de planos ainda oferece facilidades para os servidores de instituições públicas, como prefeituras, oferecendo descontos na aquisição de planos de saúde.

Quadro 1. Complexo regional da saúde: principais organizações que participam do processo de planejamento, organização e regulação do sistema de saúde nas regiões de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. Espírito Santo, Brasil, 2010

Região de Saúde	Organizações	Caracterização	Forma de atuação
Cachoeiro de Itapemirim	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	Hospital geral, de direito privado e caráter filantrópico em funcionamento desde 1986, quando já era credenciado ao Instituto Nacional de Previdência Privada (INPS).	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na região. Oferta 352 leitos, sendo 33 de UTI. Possui convênio com o SUS, planos privados e atendimento particular. É referência para a região sul do estado em oncologia, cardiologia, maternidade de alto risco, nefrologia e transplante renal.
	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	Hospital Geral, prestador filantrópico, fundado em 1900, oferecendo inicialmente serviços médico-hospitalares, como caridade, e posteriormente credenciado ao SUS.	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na região. Possui 129 leitos, sendo referência em urgência e emergência para trauma, ortopedia, neurocirurgia e cirurgia geral, para a região sul do estado. Conveniada ao SUS, planos privados, atendimento particular e possui plano próprio.
	Hospital Infantil	Hospital pediátrico, de direito privado e caráter filantrópico, em funcionamento há 39 anos.	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na região sendo referência em pediatria para a região sul. Possui convênio com os principais planos privados. Em torno de 80% das internações são do SUS.
	Superintendência Regional de Saúde da Cachoeiro de Itapemirim	Divisão administrativa regional da Sesa, constituída por gestores e técnicos estaduais.	Sua principal atuação no sistema regional é na regulação de leitos, consultas e exames e na interlocução entre Sesa e prestadores; com função de planejamento incipiente, papel fundamentalmente operacional.
	Unimed sul capixaba	Empresa de assistência médica constituída na forma de Cooperativa de Trabalho Médico, criada em 1989.	Principal operadora de plano da região. Atende 31 municípios do sul do estado, possuindo um hospital próprio de referência regional.
	Secretaria de Estado da Saúde (Sesa)	Autoridade sanitária no âmbito estadual.	Possui forte influência na região, tanto no planejamento quanto na prestação de serviços.
	Colegiado Intergestores Bipartite (CIB microrregional)	Espaço de pactuação entre gestores da região e Sesa para organização das ações e da rede de atenção à saúde.	Importante na região na aprovação na contratualização de prestadores, porém ainda sem grande influência na mediação direta entre o público e o privado.
Consórcio Intermunicipal de Saúde Polo Sul Capixaba	Entes federativos que se articulam para solucionar demandas específicas que não podem ser resolvidos isoladamente por cada município.	Sua principal função na rede regional é a compra e prestação de serviços. 10 dos 13 municípios da região são consorciados, possuindo correspondência com o desenho regional da saúde.	

Quadro 1. (cont.)

Região de Saúde	Organizações	Caracterização	Forma de atuação
	Secretaria de Estado da Saúde (Sesa)	Autoridade sanitária no âmbito estadual.	Possui forte influência na região, tanto no planejamento quanto na prestação de serviços.
	Superintendência Regional de Saúde de Vitória	Divisão administrativa regional da Sesa, constituída por gestores e técnicos estaduais.	Sua principal atuação é na regulação de consultas e exames de média complexidade na região; com função de planejamento incipiente, papel fundamentalmente operacional.
	Hospitais filantrópicos	Caracterizam-se como importantes prestadores de serviços ao SUS, assim como à saúde suplementar.	Atuam oferecendo serviços médico-hospitalares. Responsáveis por 17% dos leitos ofertados ao SUS na região. Possuem convênio com o SUS, planos privados, atendimento particular e plano próprio (no caso da Santa Casa).
	Escolas médicas e hospitais de ensino	Existem três escolas médicas (sendo duas privadas) e dois hospitais-escola, um da Universidade Federal de Espírito Santo (Hospital Universitário) e outro filantrópico (Santa Casa).	Atuam na formação de profissionais de saúde - principalmente médicos e enfermeiros - na assistência médico-hospitalar e pesquisa na área de ciências da saúde, sendo referências em atendimento de média e principalmente de alta complexidade para o estado.
Vitória	Estabelecimentos privados	Instituições que prestam serviços ao SUS nos atendimentos de média e alta complexidade.	Atuam principalmente na oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no SUS. Responsável por 18% dos leitos SUS da região.
	Unimed Vitória	Empresa de assistência médica constituída na forma de Cooperativa de Trabalho Médico, fundada em 1979.	Principal operadora de plano da região, possuindo cerca de 220 mil beneficiários (28,77% da população com plano nos municípios de abrangência). Possuindo um hospital próprio.
	Cooperativas profissionais médicas	Instituição civil de direito privado, constituída por membros de determinado grupo social que objetivem atividades em benefício comum.	Atuam de maneira ampla e exercem forte influência na região, cerceando o poder de decisão das autoridades sanitárias no que se refere à contratação do trabalho médico.
	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória	Autoridade sanitária no município de Vitória.	A capital exerce influência por meio da sua atuação política, sendo representada pelo secretário de saúde, presidente do Cosems.
	Colegiado Intergestores Bipartite (CIB microrregional)	Espaço de pactuação entre gestores da região e Sesa para organização das ações e da rede de atenção à saúde.	Importante na região na aprovação na contratualização de prestadores, porém ainda sem grande influência na mediação direta entre o público e o privado.

Fonte: Elaboração da pesquisa com base em fontes documentais e entrevistas. Adaptado de Viana *et al.* (2008).

Nota: As organizações foram listadas por ordem de importância no complexo regional da saúde nas regiões de saúde investigadas.

Na região de Vitória, as principais organizações são: a Sesa, a SRS, os hospitais filantrópicos, o Hospital Universitário, a Unimed, as cooperativas médicas e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. A Sesa se destaca pela grande influência no financiamento, planejamento regional, gestão e regulação de leitos, além da prestação de serviços por meio de dois importantes prestadores. Já a SRS desempenha papel notável na regulação de consultas e exames de média e alta complexidade, desenvolvendo algumas ações de planejamento, ainda de modo incipiente. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, embora não possua a gestão da totalidade do sistema de saúde de seu território, possui influência no sistema regional relacionada à sua atuação política.

Os hospitais filantrópicos se destacam pela importante participação na prestação de serviços para o SUS, e a Unimed por ser a principal operadora de planos na região, a qual possui a maior cobertura entre as demais regiões do estado. O Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam), vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo, além da sua atuação na formação de recursos humanos na área da saúde, também se apresenta como um importante prestador de serviços na região. Entretanto, desde a constituição do SUS, a instituição tem encontrado dificuldade em se articular ao sistema de saúde na região.

Os médicos são atores importantes no funcionamento do sistema de saúde por atuarem de maneira ampla, participando em diversas instâncias e, muitas vezes, trabalhando simultaneamente para o setor público e o privado. Nesse contexto, merecem destaque as cooperativas de especialidades médicas. Essas são bem organizadas politicamente, atuam no estado há 15 anos e exercem influência na organização do sistema de saúde, principalmente na região de Vitória. Sua atuação se dá por meio da terceirização de trabalho médico. Devido à escassez de profissionais no estado, a grande maioria dos

médicos são cooperados, conferindo poder a essa classe no mercado, que exige remuneração elevada, tecendo escolhas em relação à atuação em hospitais e serviços, de acordo com seus interesses.

Em ambas as regiões, existe o Colegiado Bipartite Microrregional, instituído como instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS em seu âmbito de atuação. Todavia, esse espaço ainda possui pouca atuação em relação ao planejamento regional e à mediação entre as organizações governamentais e os atores privados do sistema de saúde.

No âmbito do SUS, os instrumentos normalizados que intermedeiam a relação entre o Estado e os prestadores, incluindo os públicos e os privados, inserem-se em um conjunto de ações denominadas controle, regulação e avaliação assistencial. Por meio desses mecanismos, principalmente, é que se dá o relacionamento institucional entre os prestadores privados vinculados ao SUS e ao Estado – e por meio dos quais se pode evidenciar a porosidade da fronteira entre o público e o privado, bem como os conflitos advindos dessa relação.

O principal instrumento de controle da assistência nas regiões é o modo de pagamento aos prestadores. Esse é feito mediante a comprovação do cumprimento da meta estipulada no processo de contratualização. Entretanto, existem alguns fatores que dificultam esse processo, como o repasse de recursos federais diretamente ao prestador, independentemente do alcance da meta, o que prejudica o controle por parte do Estado. Esse mecanismo é mais frequente nos hospitais próprios, filantrópicos e no Hospital Universitário, correspondendo a cerca de 40% do valor total repassado. Assim, existe maior facilidade em regular e controlar a assistência prestada pelos prestadores privados do SUS.

O controle e a avaliação são realizados pelo nível central da Sesa, que, trimestralmente, faz o monitoramento das metas

pactuadas na contratualização. Contudo, esse acompanhamento é baseado nas informações apresentadas pelos prestadores, conferindo limitações ao processo.

Algumas fragilidades são destacadas, como o fato de que nem todos os leitos são informados para a Central de Regulação. Por vezes, a Central informa não haver vagas, mas os hospitais se articulam paralelamente e acabam por garantir a internação. As estratégias de regulação e controle são dificultadas pelo imbricamento entre agentes públicos e privados e pela dupla porta de entrada nos serviços privados do SUS, ou seja, a um mesmo prestador é possível se ter acesso via SUS ou via planos privados de saúde. Esse quadro dificulta o controle dos prestadores e a garantia de acesso aos usuários do sistema público. A dupla porta de entrada possibilita que o prestador do SUS informe uma produção superfaturada, muitas vezes extrapolando o teto financeiro, o que, juntamente com a fragilidade do processo de monitoramento, dificulta a garantia da aplicação do recurso público adequada à oferta disponibilizada aos usuários do SUS.

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, por existir poucos prestadores de saúde, os serviços de referência são os mesmos para o SUS e para o segmento suplementar, principalmente em relação aos serviços de internação, o que torna ainda mais porosa a fronteira entre o público e privado. Devido à dupla inserção dos profissionais nos segmentos públicos e privados do sistema de saúde e às falhas do processo de regulação,

os mecanismos de controle e de garantia de acesso sofrem interferências de relações personalistas, sejam pelos gestores, técnicos ou profissionais de saúde. Nas duas regiões, observa-se a grande influência dos profissionais médicos no processo de regulação. Essa influência se dá na medida em que o processo regulatório é dependente da informação voluntária por parte desses profissionais.

Dessa maneira, evidenciam-se diversas interseções entre o público e o privado no SUS, que podem ocorrer por mecanismos formais entre os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e o Estado, ou por vias não formais operadas principalmente por meio dos médicos. Em todas as situações, esses mecanismos encontram-se institucionalizados nas organizações e serviços de saúde.

### **Padrões de relacionamento público-privado nas regiões de saúde**

Na análise dos casos estudados, o processo de regionalização e o padrão de relacionamento público-privado podem ser explicados pelas características histórico-estruturais, pelo contexto socioeconômico e também pela interação existente entre os atores públicos e privados constituintes do sistema regional (*quadro 2*). As características do sistema de saúde são consequência da correlação de forças entre os atores políticos envolvidos no processo de regionalização: Estado, prestadores públicos e privados, e a corporação médica.

Quadro 2. Relações público-privadas na regionalização da saúde nas regiões de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. Espírito Santo, Brasil, 2010

Dimensão	Sub-dimensões	Região de Cachoeiro de Itapemirim	Região de Vitória
Técnico-política	Planejamento e desenho regional e da rede de serviços	Desenho regional da saúde legitimado, determinado pela rede de serviços de saúde. Fluxos assistenciais adotados correspondem às relações culturais entre os municípios. Planejamento regional incipiente, baseado na produção precedente.	Desenho regional pouco legitimado, com necessidade de alterações. Fluxo assistencial não implantado, havendo demandas espontâneas e encaminhamentos de acordo com a disponibilidade de vagas. Planejamento regional incipiente, programação da oferta baseada na produção precedente.
	Composição público-privada da oferta e produção de serviços de saúde	Rede de serviços de saúde do SUS predominantemente privada, com dominância dos prestadores filantrópicos. Divisão público-privada relacionada à complexidade dos serviços, com predominância do privado nos serviços de internação e SADT, e do público na atenção ambulatorial.	Rede assistencial com importante papel do Estado na prestação direta de serviços de saúde e atuação importante do privado, especialmente o filantrópico, na complementação dos serviços. Divisão público-privada relacionada ao tipo de procedimento e especialidade prestada, com relevante participação do privado nas internações de média e alta complexidade e SADT, principalmente de alta complexidade.
Político-administrativa	Coordenação regional do sistema de saúde	Baixo controle do Estado, relacionado à precariedade das estruturas da SRS. Intenso imbricamento entre segmento público e privado, conferindo um mesmo sistema para ambos e uma dependência mútua entre os setores. Dupla atuação dos atores nos segmentos públicos e privados (complementar e suplementar). Relação simbiótica entre o público e o privado, com ausência de conflitos e acomodação de interesses.	Maior controle do Estado e grande controle também por parte dos profissionais médicos. Forte influência das cooperativas médicas. Dupla atuação dos atores nos segmentos públicos e privados (complementar e suplementar).
		Regulação do sistema regional de saúde	Instrumentos regulatórios ineficazes. Central de regulação não informatizada, dependente da notificação voluntária dos profissionais. Influência moderada dos médicos no processo de regulação dos leitos e consultas.
Relações público-privadas	Padrão preponderante na região	Interdependente e sem conflitos	Múltiplos arranjos com conflitos

Fonte: Elaboração da pesquisa com base em fontes documentais e entrevistas.

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, os fatores histórico-estruturais, relacionados ao desenvolvimento demográfico e econômico da região, influenciam de maneira importante a constituição do sistema de saúde e o seu desenho regional, caracterizados pela concentração da oferta de serviços no município de Cachoeiro de

Itapemirim e grande dependência dos municípios circunvizinhos.

Embora se destaque no plano estadual, a região apresenta baixo dinamismo econômico fruto de uma herança histórica, o que lhe confere escassez de serviços de saúde, de profissionais e um fraco mercado de planos privados de saúde. O forte peso do setor privado na oferta e prestação de

serviços ao SUS e o pequeno número de prestadores públicos, somado à baixa cobertura de planos privados, atribui uma dependência mútua entre o público e o privado no sistema de saúde. Os prestadores privados necessitam do SUS para aumentar a escala, enquanto o sistema público depende do privado para garantir a integralidade da atenção aos cidadãos.

Em que pese exista segmentação público-privada relativa à função de cada setor no sistema de saúde regional, a atuação dos atores nos setores público e no privado, simultaneamente, confere um forte imbricamento entre os segmentos.

No que tange à coordenação regional do sistema, verificam-se fragilidades relacionadas à atuação da SRS, com instrumentos de planejamento e regulação pouco eficazes. As deficiências no processo de planejamento regional e ausência de um plano de investimento efetivo favorecem a manutenção do perfil e a hegemonia dos prestadores privados. As estratégias de regulação adotadas ainda são precárias, dificultando o controle do Estado e a garantia de acesso aos usuários do SUS.

Essas fragilidades, entretanto, não conferem uma relação conflituosa entre os segmentos públicos e privados. Há uma compreensão de que a participação do setor privado no SUS é positiva, oferecendo serviços de melhor qualidade e mecanismos de gestão mais eficientes. Assim, pode-se inferir que essa conformação corresponde a uma relação simbiótica. Esse quadro confere à região de Cachoeiro de Itapemirim um padrão de relacionamento público-privado do tipo 'interdependente e sem conflitos', caracterizado pela complementação entre os setores, acomodação de interesses e relações pacíficas entre os atores.

Na região de Vitória, as características da regionalização e o padrão de relacionamento público-privado guardam correspondência com o histórico de conformação e desenvolvimento do estado do Espírito

Santo, constituindo-se na região de saúde que concentra os serviços de saúde de maior complexidade do sistema estadual. Devido ao importante dinamismo econômico da capital, existe um grande número de estabelecimentos de saúde e um forte mercado de planos privados de saúde que é atraído pela diversidade de indústrias e empresas existentes em seu território, constituindo-se na região de maior cobertura de saúde suplementar do estado.

Na composição do sistema de saúde no SUS, verifica-se o papel importante do Estado na prestação direta de serviços de saúde e também uma atuação importante do privado, especialmente o filantrópico, na complementação dos serviços. No tocante à coordenação do sistema regional, verificou-se uma atuação mais sistematizada da SRS, em que pese às limitações impostas pela indefinição de papéis em relação ao nível central da Sesa e sucateamento de suas estruturas.

Em relação ao planejamento regional, como limitações, ressaltam-se: o conflito existente entre SRS e Sesa, que limitam a autonomia da estrutura regional no processo decisório, e a atuação das cooperativas médicas que cerceiam as decisões do Estado na condução do sistema. O desenho regional é pouco legitimado, ocasionando o direcionamento aos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade de vagas e ainda por meio de uma demanda espontânea sem regulação por parte da Sesa.

Os instrumentos adotados na regulação são os mesmos identificados na região de Cachoeiro de Itapemirim, favorecendo o encaminhamento espontâneo dos usuários aos serviços de saúde e ainda um controle privado das vagas pelos profissionais de saúde, em especial os médicos. O principal incentivo que possibilita moldar o comportamento dos prestadores é a aprovação do pagamento mediante o alcance das metas, que apresenta limitações relacionadas ao repasse do recurso federal.

A CIB microrregional se constitui de maneira mais organizada, dirigida por gestores da capital Vitória, entretanto, com baixa capacidade de planejamento e poder decisório, possuindo pouca atuação na mediação entre o público e o privado no sistema regional de saúde.

No que tange à relação entre os atores públicos e privados, é um tipo de relacionamento mais complexo, que envolve conflitos de interesses embora existam iniciativas de cooperação na execução da política de saúde.

Esse quadro atribui à região de saúde de Vitória um padrão de relacionamento público-privado do tipo ‘múltiplos arranjos com conflitos’, caracterizado por múltiplas relações entre os setores públicos e privados, conflito de interesses e maior complexidade nas relações-público privadas no sistema regional.

## Conclusão

Por meio do estudo das duas regiões, foi possível verificar a importância do setor privado no SUS, as formas de relacionamento entre os segmentos público e privado do sistema, bem como sua influência em diferentes dimensões da regionalização da saúde.

Na dimensão técnico-política, observou-se a influência do setor privado na determinação do desenho regional da saúde na medida em que os principais critérios adotados foram a capacidade instalada e a produção precedente, e que grande parte do parque hospitalar do SUS no estado é de propriedade privada. No processo de planejamento e programação, identificou-se que a atuação dos gestores é fortemente condicionada por tal característica da oferta, que, somada aos precários mecanismos de regulação, acaba por dificultar o controle do Estado.

Na dimensão político-administrativa, identificou-se que a atuação do privado se dá por meio da ampla participação dos prestadores no SUS, conferindo complexidade na

gestão do sistema e exigindo ferramentas mais eficazes de controle; e por meio dos processos de credenciamento e compra de serviços, que se desenvolvem orientados principalmente pelo interesse do privado em ofertar serviços para o SUS, com poucas iniciativas do Estado na execução de compras concatenado ao processo de planejamento regional. Verificaram-se, ainda, poucas estratégias e incentivos financeiros à modificação do perfil dos prestadores de acordo com a necessidade do coletivo. No processo de regulação, a influência do privado foi observada principalmente no acesso às consultas e interações que sofrem interferência dos profissionais médicos.

Conforme o exposto, nas regiões estudadas não existem espaços formais de decisão que façam a mediação entre o Estado e os prestadores privados de saúde e tampouco um espaço de discussão/pactuação entre o Estado e os demais atores envolvidos na política de saúde dessas regiões. Não se pode deixar de considerar a existência das forças e dos interesses envolvidos no complexo regional da saúde. É importante atentar para o fato de que cada vez mais se presencia uma regulação híbrida do território, condicionada por uma variedade de agentes. Desse modo, as políticas de saúde devem levar em conta a distinta natureza dos agentes do complexo regional da saúde e suas lógicas de atuação no território (VIANA ET AL., 2008).

Nesse sentido, é preciso repensar a representatividade do *mix* público-privado nas instâncias de caráter público. Tendo em vista a importante participação dos prestadores na rede e a dupla atuação dos profissionais nos segmentos público e privado, a influência dessas relações no sistema regional pode se dar por vias informais. Há necessidade de se instituir mecanismos mais eficazes de regulação do privado, incluindo a discussão e formalização dos acordos estabelecidos em instâncias de pactuação federativa e gestão colegiada no SUS. ■



---

## Referências

- ACIOLE, G. G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.
- BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: LIMA, J. C. F.; MATTA, G. C.; (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- \_\_\_\_\_. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano diretor de regionalização do Estado do Espírito Santo*. Vitória, 2003.
- FLEURY, S. M.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. O pacto pela saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do mix público-privado. In: VIANA, A. L. D.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. p. 268-303.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, jul. 2012.
- LIMA, S. M. L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, 2004.
- MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- PEREIRA, C. R. A. *Relação público-privado no contexto da reforma do Estado e da descentralização em saúde: o caso do setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS*. 2004. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2004.
- RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). *Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?* Agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad, 2004.
- SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.
- VIANA, A. L. D. et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

---

Recebido para publicação em abril de 2015

Versão final em agosto de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

# O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB)

*The ambiguity-conflict model as tool for the analysis of Pharmaceutical Services challenges in João Pessoa, Paraíba, Brazil*

Suelma de Fátima Bruns<sup>1</sup>, Egléubia Andrade de Oliveira<sup>2</sup>, Maria Auxiliadora Oliveira<sup>3</sup>, Vera Lucia Luiza<sup>4</sup>

**RESUMO** O objetivo deste artigo é o de analisar os níveis de ambiguidade e conflito em relação aos objetivos e recursos (meios) necessários à implementação da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa (PB). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e sistematizados por meio de análise de conteúdo. Para análise dos resultados, utilizou-se como ferramenta o modelo de ambiguidade-conflito de Richard Matland. Os resultados indicam baixos níveis de ambiguidade sobre os objetivos da política, porém considerável nível de conflito em relação aos meios. Os achados permitiram detectar características de 'Implementação Administrativa', com atributos da tipologia 'Política'.

**PALAVRAS-CHAVE** Assistência Farmacêutica; Políticas públicas; Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *This paper aims to analyze the levels of ambiguity and conflict related to objectives and resources (means) required for the implementation of Pharmaceutical Services in the city of João Pessoa-PB, Brazil. Data were collected by means of semi-structured interviews and systematized as for content analysis. Data analysis followed the ambiguity-conflict model of Richard Matland. A low ambiguity level was found regarding pharmaceutical policy objectives, but showing a considerable level of conflict in relation to the means. The findings contained some characteristics of 'administrative implementation' and attributes of 'Politics' type.*

**KEYWORDS** *Pharmaceutical Services; Public policies; Health evaluation.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Farmacêuticas - João Pessoa (PB), Brasil. [suelmadefatima@yahoo.com.br](mailto:suelmadefatima@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [biaensp@gmail.com](mailto:biaensp@gmail.com)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (NAF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [dora@ensp.fiocruz.br](mailto:dora@ensp.fiocruz.br)

<sup>4</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (NAF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [vera@ensp.fiocruz.br](mailto:vera@ensp.fiocruz.br)

## Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) é um tema recorrente na agenda de governo no Brasil e no mundo, tendo se tornado cada vez mais relevante nas discussões da área da saúde. Sua importância encontra-se ancorada na essencialidade do medicamento para melhoria da saúde e qualidade de vida da população, na promoção do acesso e do uso racional de medicamentos e na composição dos gastos com saúde, que oneram sobremaneira os orçamentos familiares e governamentais. Assim, trata-se de uma política de forte impacto para a sociedade e que impõe grandes desafios ao governo.

Importantes alcances recentes podem ser exemplificados pelo aumento tanto dos recursos financeiros transferidos pela União para aquisição de medicamentos para Estados, Distrito Federal e Municípios, como dos recursos próprios destes entes federados alocados no financiamento de medicamentos. Vieira e Zucchi (2013), utilizando os dados do Sistema Integrado de Gestão de Aquisições (Siga) Brasil, encontraram aumento de 5,5 para 8,9 bilhões de reais no período 2005 a 2009 dos recursos liquidados pelas três esferas de governo, enquanto Aurea *et al.* (2011), a partir de dados do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (Siasg), mostraram um crescimento de 6,4 para 7,3 bilhões de reais entre 2005 e 2008.

Em que pese o aumento dos gastos públicos com medicamento, estes ainda representam carga financeira importante nas despesas familiares em saúde. Os resultados da conta-satélite de saúde indicam que as famílias financiaram 90% do consumo final de medicamentos, enquanto o sistema público participou com cerca de 10% em 2007 (IBGE, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 50% de todos os medicamentos prescritos, dispensados ou vendidos são usados inadequadamente (WHO, 2002).

No Brasil, dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox), apontam que os medicamentos ocupam o primeiro lugar entre os agentes causadores de intoxicações em seres humanos e o segundo lugar nos registros de mortes por intoxicação (BRASIL, 2005).

Estudo de avaliação da AF no Brasil demonstra problemas na gestão, dificuldades de acesso e irracionalidade do uso dos medicamentos, o que se reflete em prejuízo à saúde do cidadão, ao seu bolso e ao erário público (OPAS, 2005).

O município de João Pessoa é a capital da Paraíba, um dos estados da região Nordeste. Segundo dados do IBGE (2010), essa Região apresentou os salários mais baixos do Brasil, 2,2 salários mínimos, correspondentes a 71,6% do salário médio mensal nacional, e o estado da Paraíba, com 1,9 salários mínimos, posicionado entre os três salários mais baixos do nordeste. Portanto, grande parte da população tem reduzido poder aquisitivo, com consequente reflexo na baixa capacidade de aquisição de medicamentos fora do sistema público de saúde.

Diante desse panorama, identificar as barreiras que se interpõem entre a disponibilização dos meios – recursos humanos, financeiros e estruturais –, alcançar os objetivos para cumprimento da missão social torna-se condição fundamental para superar os desafios na institucionalização da AF.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar os níveis de ambiguidade e conflito em relação aos objetivos e recursos (meios) necessários à obtenção dos efeitos esperados com a implementação das ações da AF no município de João Pessoa-PB.

## Referencial teórico e metodológico

O processo de implementação de uma política é caracterizado por disputas entre

diferentes pontos de vista e permeado pelo alto grau de incerteza que envolve a tomada de decisão, para além da execução de atividades planejadas no âmbito dos programas, políticas ou intervenções. Dessa maneira, os interesses envolvidos e os efeitos resultantes da intervenção dos atores responsáveis pela execução das rotinas – nem sempre alinhados às proposições iniciais – redundam em situações de conflito que irão requerer estratégias de persuasão e a construção de consensos, mesmo que provisórios (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1993; CARVALHO, 2006).

O modelo de ambiguidade-conflito (*ambiguity-conflict model*) proposto por Matland (1995) para a análise de implementação tem a intenção de superar contradições entre os modelos de análise *top-down* (focalizam a implementação como decorrência do processo de decisão) e *bottom up* (privilegiam a multiplicidade de atores e sua interação no processo de implementação). Assim, incorpora em sua análise a visão dos formuladores localizados nas esferas centrais de decisão, bem como o papel dos principais interessados (*stakeholders*) na política ou programa e seus implementadores. Ainda, permite o cotejamento dessas abordagens voltadas ora à apreensão de aspectos das esferas macro-institucionais que influenciam o desenvolvimento de políticas e programas ora sinalizando a importância de fatores micro-institucionais em seu desenho e implementação (CARVALHO, 2006).

Para Matland (1995), o conceito de ambiguidade – situação que ocorre quando existem muitas alternativas ou possibilidades para pensar as mesmas circunstâncias ou fenômenos – materializa-se através de duas dimensões: a ‘ambiguidade nos objetivos’ (*ambiguity of goals*), que pode contribuir para o grau de incertezas, e a ‘ambiguidade nos meios’ (*ambiguity of means*), relacionada aos recursos necessários (humanos, financeiros e estruturais), concebidos de forma ampla, a serem utilizados nos processos de

implementação. Carvalho (2006), tomando por base o modelo de Matland (1995), desenvolveu quadro explicativo relacionando os conceitos e o tipo de implementação.

Numa apresentação abreviada, os quatro tipos de implementação estão dispostos no *quadro 1*, quais sejam: (1) Implementação Administrativa – política com baixos níveis de ambiguidade e de conflito, que se caracteriza por centrar o foco nos recursos; tem conhecimento dos objetivos e meios; baixo uso de coerção; ações em ambiente estável; pouca ou nenhuma influência externa; fluxo de orientação ordenado hierarquicamente; falhas vistas como problemas técnicos, inadequação dos recursos, má compreensão, escassez de tempo, coordenação inadequada; (2) Implementação Política – política com baixo nível de ambiguidade e alto nível de conflito, que se caracteriza pela ideia de que ‘os resultados da implementação são decididos pelo poder’; disputas sobre os meios de implementação; forte influência do contexto político; uso de coerção; boicote e recusa em participar – pode ocorrer no nível local; implementador nem sempre mantém contato direto com a hierarquia superior; (3) Implementação Experimental – política com alto nível de ambiguidade e baixo nível de conflito; foco nos recursos contextuais; objetivos e meios não são claros ou objetivos claros e meios não; aprendizagem como meta, mas não obrigatoriamente; resultado depende dos atores e de recursos do ambiente da micro implementação; mais aberta a influências locais; há casos em que as preferências são problemáticas e a tecnologia é incerta; e (4) Implementação Simbólica – política com alto nível de ambiguidade e alto nível de conflito; foco na força da coalizão; superação do conflito (coerção ou barganha); ambiguidade dificulta estruturação e monitoramento local; ambiguidade pode levar a resultados diferentes, em locais diferentes; conflito provoca decisão local de natureza política; conflito pode ser positivo, para busca de solução; em geral, pouco efeito, mas muita exposição.

Quadro 1. Conceitos e tipos de implementação do modelo ambiguidade-conflito

Conceitos	Dimensões	Tipos de Implementação			
		Administrativa	Política	Experimental	Simbólica
<b>Ambiguidade</b>	De objetivos De meios	Baixa	Baixa	Alta	Alta
<b>Conflito</b>	Interdependência entre atores Incompatibilidade de objetivos / meios	Baixo	Alto	Baixo	Alto

Fonte: Modelo de Matland (1995) adaptado de Carvalho (2006).

## Materiais e método

Os dados utilizados neste estudo são provenientes de pesquisa mais ampla (BRUNS, 2013), na qual a abordagem aqui apresentada foi triangulada com indicadores obtidos em uma amostra de 32 Unidades de Saúde da Família (USF).

Neste artigo, analisam-se os dados correspondentes às 22 entrevistas, realizadas entre fevereiro e maio de 2012 por meio da aplicação de roteiros semiestruturados. Entrevistaram-se quatro gestores da secretaria de saúde do Município, oito farmacêuticos, cinco médicos e cinco entregadores de medicamentos, selecionados de forma intencional e não probabilística. Esse processo de seleção objetivou que a amostra fosse constituída por profissionais de diferentes níveis de atuação diretamente envolvidos com a AF básica do Município, de modo a captar diversas perspectivas, tanto de atores localizados nas esferas centrais de decisão como nas de implementação. Dado que a dispensação de medicamentos é considerada uma atividade privativa do farmacêutico, no Brasil, os demais profissionais que a realizam são designados como ‘entregadores de medicamentos’. De maneira a localizar o tipo de fala, porém preservando o compromisso de sigilo, as falas estão identificadas por códigos, da seguinte forma: gestor (G1 a G4); farmacêutico atuando no cuidado (F1 a F8); médicos (M1 a M5); e entregadores de medicamentos (E1 a E5).

O roteiro da entrevista continha questões referentes ao grau/nível de implementação da política de AF; à lógica e à logística do

ciclo dessa política; à percepção dos atores quanto ao tipo de AF prestada à população; e desafios e dificuldades percebidas.

Aplicou-se o método de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), que abrangeu as etapas de pré-análise, exploração das transcrições, tratamento e interpretação dos resultados. Utilizou-se a modalidade temática, por meio de categorização, que

consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença e frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido. (BARDIN, 2011, P. 35).

Definiram-se as seguintes categorias: 1. Sobre a clareza dos objetivos da AF; 2. Meios para consecução da implementação da AF municipal (recursos humanos, financeiros e estruturais); 3. Interdependência entre os atores; 4. (In)compatibilidade de objetivos e meios. As variáveis centrais – ambiguidade e conflito, previstas no modelo, nortearam a análise das categorias temáticas, tendo como foco os desafios e as dificuldades relatadas pelos entrevistados para implementação da AF no município de João Pessoa (PB), como podem ser observadas no (quadro 2). A identificação das dimensões e componentes utilizados na análise dos níveis de ambiguidade-conflito presentes na implementação foi adaptada de Carvalho (2006). A organização do texto buscou atender ao protocolo COREQ de pesquisa qualitativa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Quadro 2. Dimensões, componentes e atividades propostas para a análise dos desafios para implementação da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa (PB)

Conceitos	Dimensões	Componentes
Ambiguidade	Metas	Clareza quanto aos objetivos da AF pelos atores
	Meios	Influência de fatores locais (percepção de importância da AF, percepção de suficiência de recursos humanos, estruturais e financeiros)
Conflito	Relação entre os atores	Existência de conflitos e mecanismos de superação
	Incompatibilidade de objetivos	Não concordância quanto aos objetivos/meios

Fonte: Elaboração própria.

Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a gravação dos depoimentos concedidos. Os entrevistados são referidos por códigos de letras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob Protocolo de Pesquisa CEP/Ensp – N° 265/11 e CAAE: 0282.0.031.000-11.

## Resultados

A partir dos depoimentos concedidos, observaram-se temas comuns no corpus do texto, o que permitiu elencar as quatro categorias emergentes e possibilitou o reagrupamento das falas em torno dessas categorias, identificando os desafios da AF municipal na compreensão dos entrevistados.

### Sobre a clareza dos objetivos da Assistência Farmacêutica

Nessa categoria, observou-se se os entrevistados tinham clareza quanto aos objetivos primordiais da AF, com destaque à garantia do acesso aos medicamentos pela população e ao seu uso racional.

Os gestores e os farmacêuticos mostraram confluência de opinião.

*[...] a gente quer abastecer a todos e racionalizar o uso para que os pacientes tenham um*

*medicamento certo, na hora certa, na dose certa e que ele faça o uso correto, completo, que ele comece e termine o tratamento, isso pra gente é muito importante (G1).*

*“Ações para desenvolver o uso racional de medicamentos [...] material de orientação e educação continuada direcionada aos usuários ou profissionais, não tem” (F4).*

Outros profissionais entrevistados, embora compreendessem os objetivos finalísticos da AF relacionados ao acesso a medicamentos, não demonstraram clareza quanto ao uso racional. *“Ações para desenvolver o uso racional do medicamento? A gente prefere a quantidade do medicamento não é, [...] eu nunca coloco a mais [...] eu dou o tratamento” (M1).* *“Eu vejo o papel da AF como política de saúde muito importante para toda a comunidade, [...] principalmente na questão do acesso” (E1).*

### Meios para consecução da implementação da Assistência Farmacêutica municipal (recursos humanos, financeiros e estruturais)

Para que uma política pública seja implementada com êxito, é fundamental um adequado planejamento dos recursos (humanos, financeiros e estruturais) necessários. Os entrevistados enfatizaram a necessidade premente do farmacêutico nas farmácias das USE, bem como problemas relacionados a aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos da AF.

É fundamental a presença do farmacêutico na questão do controle na farmácia, na dispensação e na orientação, como também ele estar inserido na equipe para solucionar determinados casos e melhorar os serviços prestados a população. (F8).

“[...] vejo como obstáculo não ter um farmacêutico, [...] a gente precisa do farmacêutico junto, a gente precisa de orientação, o médico não é o dono da verdade” (M2). “[...] a gente tem conflitos pela falta de conhecimento dos profissionais do que venha a ser uma Política de AF, a maioria não conhece como a política acontece [...]” (G2).

Os entrevistados relataram que há disponibilidade de recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos padronizados pelo Município. Entretanto, demonstraram preocupação com o orçamento previsto e destinado a essas aquisições, em virtude da crescente demanda judicial a ser atendida. Foi consenso entre eles a necessidade de investimentos na infraestrutura e contratação de farmacêuticos para as USF. “O Financeiro para medicamentos eu acho satisfatório” (M4).

“[...] muitas vezes nós temos que fazer complementação com os recursos próprios para a aquisição de insumos e de materiais relativos à AF, inclusive para adquirirmos medicamentos não padronizados e para atender às ações judiciais, que, por vezes, desestruturam completamente o nosso planejamento orçamentário, teto financeiro. (G2).

“[...] são necessários mais investimentos para contratação de farmacêuticos e estruturação dos serviços [...]” (F3).

Quanto aos recursos estruturais, os entrevistados relataram inadequações na grande maioria das farmácias das USF e referem como principais problemas o espaço físico insuficiente e inadequado; a falta de refrigeração; e infiltrações, que influenciam na conservação e qualidade dos medicamentos. Contudo, elogiaram as novas USF integradas, recém-construídas.

“[...] têm unidades que ainda funcionam em prédios alugados numa situação horrível, com muita

infiltração, mal estruturada, a farmácia dividindo espaço com outras coisas. (F8).

Onde está o grande nó é nos serviços de farmácia, [...] que não têm uma estrutura adequada; é totalmente precária [...] e isso desestimula, porque não tem um local ideal, influencia no processo de trabalho [...]. Agora nas unidades integradas são outra história, já melhora muito. (F7).

## Interdependência entre os atores

Na opinião dos entrevistados, as principais barreiras ao desenvolvimento da AF envolvem o estabelecimento de consenso entre gestores e implementadores acerca das prioridades a serem adotadas para a melhoria dos serviços, bem como a integração dos atores e ações envolvidas para implementação de tal política.

O conflito é a gente chegar num consenso de prioridade, [...] conseguirmos falar a mesma linguagem, interagir um pouco mais, principalmente com os prescritores, [...] e o povo precisa dessa interação entre os profissionais de saúde para que haja resolutividade na atenção prestada. (G1).

“[...] precisa sensibilizar os atores, não adianta ficarem só os farmacêuticos discutindo, precisa da integração do médico, do enfermeiro, do funcionário, da gestão, do usuário, para estarmos juntos, entendendo um pouco mais da Política. (G3).

O nosso conflito é fazer o usuário entender a prescrição: muitas vezes passamos uma medicação para sete dias e no 4º dia o cidadão para de tomar. A superação disso aí só vai acontecer com a mão de obra especializada (farmacêutico), com todos trabalhando juntos. (M3).

Os entrevistados problematizaram a ideia de que uma abordagem interdisciplinar

potencializa novas propostas de ação e intervenção, bem como amplia o poder de articulação com as esferas decisórias, concorrendo para a melhoria dos programas.

*Dificuldades para articular as ações, nós temos desde o processo de trabalho da equipe de saúde da família, [...] há muitos profissionais que não se comprometem e acabam fazendo de acordo com seu próprio interesse e isso é muito frágil para o processo político. Isso seria a micro política, e é nisso que nós temos que investir. (G2).*

Em virtude da complexidade que envolve a AF, é fundamental que o planejamento e a execução de todas as etapas que compõem o ciclo da AF (Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição, Controle de Estoque, Dispensação e Orientação Farmacêutica) sejam realizadas de forma sistemática e integrada. Sobre esses aspectos do ciclo da AF, os entrevistados reforçam importantes desafios.

*A AF é uma área ainda muito fragmentada; a gente precisa ter o farmacêutico presente em todas as unidades de saúde e em todas as etapas do ciclo da AF, o que hoje em dia ainda não acontece [...]. (F3).*

*[...] até hoje, nós não temos uma Remume [Relação Municipal de Medicamentos] e nem uma CFT [Comissão de Farmácia e Terapêutica] instituída no município; isso ainda é um gargalo muito grande. (G2).*

*“[...] uma CFT para realmente discutir essa seleção de medicamentos [...]” (G3).*

Relataram-se dificuldades para a realização de uma programação de medicamentos confiável para o Município em virtude da falta de uma série histórica do controle de estoque e do desabastecimento da rede.

*Eu acho importante a questão do controle do estoque, mas hoje ainda é uma coisa muito deficiente, [...] sem controle de estoque a gente não*

*consegue fazer um planejamento, uma programação, não se consegue fazer nada disso e aí as faltas acontecem. (G1).*

*“[...] muitos agentes administrativos têm dificuldade de construir um mapa de medicamentos; eu não sei ao certo o consumo daquela unidade, sempre fica faltando ou fica sobrando” (F8).*

Quanto à aquisição de medicamentos, os entrevistados foram unânimes em afirmar que a burocracia envolvida nos processos licitatórios traz muitas dificuldades, principalmente pela morosidade dos processos, problemas com a eleição de prioridades e com o cumprimento dos prazos. O atendimento a demandas de medicamentos não padronizados e o grande volume de mandados judiciais, o que mobiliza tempo dos profissionais num contingente já extremamente reduzido, foi ressaltado como um foco de desgaste permanente.

*[...] os processos licitatórios são extremamente lentos [...] um pregão para poder acontecer tem que ser fechado em três meses [...] mas não, nós não temos prazos, não temos limites, passa um ano ou mais [...], e aí foge completamente de nossa governabilidade. (G1).*

*O entrave maior são as licitações, porque, às vezes, o recurso tem, mas por alguma ordem jurídica, administrativa ou burocrática acaba emperrando e o medicamento não chega ao usuário. (F7).*

Outro ponto ressaltado pelos entrevistados foram os problemas quanto à dispensação e orientação farmacêutica. Eles se mostraram preocupados tanto com a entrega dos medicamentos feita por pessoas não habilitadas como com a falta de orientação farmacêutica aos pacientes. Não ocorre dispensação; o que ocorre é a entrega de medicamentos sem orientação. *“Os farmacêuticos que deviam estar presentes ainda não estão [...]” (F8).* *“[...] um farmacêutico dando orientação em relação à posologia e às interações medicamentosas, isso necessita, porque não acontece aqui na nossa realidade” (E4).*



## (In)compatibilidade de objetivos e meios

Uma das incompatibilidades entre objetivos e meios, reveladas pelos entrevistados, diz respeito à ampliação do acesso, visto que a maior reclamação dos usuários da saúde é a falta de medicamentos, mesmo que temporária, e a centralização dos medicamentos de controle especial nos Centros de Atenção Integral à Saúde (Cais). Um dos dilemas está relacionado com a presença do profissional farmacêutico nas USF, mandatória quando há medicamentos controlados. “O que a população mais reclama é a falta de medicamentos, [...]” (G3).

*A reclamação é a falta de alguns medicamentos e dos medicamentos controlados, porque os idosos precisam pegar em lugares muito longe e a maioria não têm condições físicas para talou dinheiro para pagar a passagem. (F6).*

*“[...] ampliar o acesso, trazer a parte de mais emergência (medicamentos injetáveis e controlados) para as USF, então, tem que ter um farmacêutico” (M3).*

Alguns relatos afirmam que a política de AF atualmente implementada se encontra em fase de construção. Isto requer, portanto, maior estruturação e fortalecimento para garantir o cumprimento de seus objetivos, necessitando que sejam disponibilizados os meios para que a implementação aconteça de forma satisfatória.

*[...] necessidade de se ter um farmacêutico para orientar o paciente no ato da dispensação de medicamentos, porque onde tem medicamento tem que ter farmacêutico, isso é fato, é legislação. Quem está fazendo essa orientação? Não é o farmacêutico. (G1).*

*Na questão de recursos estruturais das farmácias das USF, infelizmente não temos estruturas adequadas; a farmácia fica meio esquecida lá no fundo perto do banheiro, da cozinha; infelizmente a*

*gente se depara com isso, porque também não tem o olhar da importância que é a parte da farmácia, só serve para estocar mesmo! Eu fico horrorizada quando vejo isso. (F1).*

Os entrevistados também fizeram referência à limitação do conhecimento por parte de alguns profissionais da saúde e da população sobre o papel e a importância dessa política para a melhoria da qualidade de vida da população. Igualmente, a existência de profissionais não capacitados desenvolvendo funções importantes na AF é um problema adicional.

*[...] é uma área ainda muito fragmentada [...], então, a gente não pode exigir dos profissionais (vigia, servente, auxiliar administrativo) que não são da nossa área e que não foram capacitados para isso. (F3).*

*[...] eles não conhecem (medicamento) pelo nome genérico, não sabem fazer uma troca, não sabem dar uma informação ao usuário, que, muitas vezes, sai sem o medicamento, tendo o medicamento lá, [...] isso complica, fora outros agravantes que podem acontecer. (F4).*

*[...] a população não sabe o que é AF, acha que é só pegar e entregar, se tem recebe e vai embora e se não tem reclama, [...] muitos funcionários daqui não sabem, imagine a população que não é esclarecida. (F1).*

## Discussão

A AF é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e a seu uso racional (BRASIL, 2004). Nesse contexto, convergimos a discussão em dois eixos estratégicos: os objetivos basilares dessa política (acesso e o uso racional de medicamentos) e os meios (recursos humanos, financeiros e estruturais) necessários para sua implementação.

Verificou-se baixo nível de ambiguidade com relação aos objetivos da política de AF, visto que os entrevistados demonstraram compreender o papel e importância da AF na qualidade da assistência prestada aos usuários. Entretanto, reconhecem que, apesar dos avanços em termos do acesso da população a medicamentos, o desabastecimento ainda é uma realidade constante no Município e gera insatisfação. A baixa disponibilidade relatada pelos entrevistados foi também detectada por Bruns (2013) em 32 farmácias das USF avaliadas em João Pessoa, cuja disponibilidade média de medicamentos-chave variou de 41,1% a 94,1% de fevereiro a abril de 2012.

Outro objetivo essencial da AF é a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), que compreende uma prescrição adequada, disponibilidade oportuna, dispensação orientada e em condições apropriadas, consumo nas doses certas, pelo período indicado e nos intervalos definidos de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (SANTOS; NITRINI, 2004). Segundo os entrevistados, até o momento da pesquisa, nenhuma ação nesse sentido havia sido desenvolvida no Município e, embora gestores e farmacêuticos tivessem ciência do seu significado, os prescritores pareciam desconhecê-lo, o que pode dificultar a implementação dessas ações e a cooperação desses atores na sua institucionalização.

No que concerne à prescrição adequada, a posição dos profissionais envolvidos nesse ato permite inferir uma baixa integração entre os atores com responsabilidade na cadeia de implementação da política. Prescritores e farmacêuticos, falando de locais distintos, expressaram as dificuldades de interação entre profissionais cuja atuação hierarquizada dificulta a cooperação entre os saberes específicos que poderiam confluir para a qualidade da AF prestada. Uma proporção importante de prescritores desconhece os possíveis efeitos nocivos do que prescreve ou mesmo não sabe identificar nem prevenir corretamente

combinações perigosas entre as substâncias farmacológicas (NASCIMENTO, 2003). Portanto, a falta de informação segura para prescritores, entregadores e usuários; a propaganda distorcida de medicamentos; a ausência da orientação farmacêutica; e a cultura da polifarmácia e da automedicação concorrem para ampliar os níveis de ambiguidade envolvendo o uso racional de medicamentos.

Desse modo, tanto para a equipe multiprofissional de saúde como para a comunidade, é de grande relevância a disseminação e apreensão desse conceito para minimizar os danos advindos da irracionalidade do uso de medicamentos, realidade considerada um problema de saúde pública em todo o mundo (LE GRAND; HOGERZEIL; HAAIJER-RUSKAMP, 1999).

Para Marin *et al.* (2003) a visão sistêmica do ciclo de AF surge como estratégia para superar a fragmentação da AF no Brasil – concentra-se apenas nas ações de aquisição e distribuição -, estabelecendo fluxos na construção de um conjunto integrado, que influencia e é influenciado por todas as suas etapas, sendo estas permeadas por mecanismos de gestão e adotadas como princípio norteador da AF no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os entrevistados relataram entraves que dificultam a operacionalização satisfatória do ciclo da AF, gerando conflitos entre gestores e farmacêuticos. Tais conflitos se expressam nas fragilidades verificadas na programação consolidada, controle de estoque, condições inadequadas de conservação dos medicamentos e na logística que envolve os processos licitatórios. Além desses aspectos, a dispensação de medicamentos vem sendo realizada por profissionais não capacitados e existem barreiras de acesso impostas pela concentração da dispensação de alguns medicamentos, como os de controle especial, ofertados apenas nos três Cais. Todas essas situações se apresentaram como foco de tensão permanente entre os profissionais diretamente envolvidos, revelando a disputa com relação aos meios a serem mobilizados para a implementação da AF.

Tais sinalizações, embora vindas de atores distintos, merecem destaque nos processos de revisão e realinhamento das ações, uma vez que repercutem negativamente nas etapas do ciclo da AF como um todo, com impactos tanto à gestão como nas ações de saúde prestadas à população. Para que a AF seja efetivamente implementada, faz-se premente a disponibilização dos meios necessários para sua institucionalização e alcance dos objetivos. Portanto, a disponibilidade de forma planejada, continuada e adequada dos recursos humanos, financeiros e estruturais são elementos indispensáveis de sucesso, uma vez que, sendo uma decisão política, precisa ser encampada pelo gestor da organização, que deve convergir com seu plano e sua capacidade de governo (MARIN ET AL., 2003).

Os farmacêuticos, considerados o principal ativo das organizações da AF, encontram-se alocados em funções técnico-administrativas e gerenciais, em detrimento das funções assistenciais. Essa condição colide com a compreensão dos objetivos da AF expressa nos depoimentos, uma vez que a dispensação e orientação farmacêutica não podem prescindir da presença do profissional habilitado para desempenhar essa atividade. Nesses termos, as informações sobre os objetivos da política, embora produzam menos incerteza, não reduzem o nível de ambiguidade de uma decisão. A situação foi demonstrada por Bruns (2013), em outro estudo no mesmo Município, onde o farmacêutico foi encontrado desenvolvendo suas atividades de forma permanente em apenas duas de 32 unidades de saúde visitadas.

Os entregadores de medicamentos foram ouvidos com a intenção de captar a percepção desse profissional sobre a política em questão, uma vez que o envolvimento nas decisões varia conforme as relações estabelecidas entre o indivíduo e a organização onde se encontra. A maioria desses profissionais não apresenta formação específica em saúde nem foi preparada para o desempenho de suas atividades, além de mostrar

pouca percepção do seu papel no desenvolvimento das ações. O compromisso dos implementadores com os objetivos da política e sua habilidade em utilizar os recursos disponíveis são fatores críticos no processo de implementação. Urge, na opinião dos entrevistados, o desenvolvimento de um programa de educação continuada para ampliar o aprendizado organizacional e individual sobre políticas e programas sociais, além das questões específicas da AF.

Com relação aos recursos financeiros, os entrevistados defenderam a necessidade de mais investimento em infraestrutura e contratação de farmacêuticos e acreditam que a falta de medicamentos não ocorre por problemas financeiros e sim burocráticos. Contudo, de acordo com o Conass (2011), um problema comum aos gestores do SUS é o subfinanciamento da saúde, com repercussões na área da AF, pois, somente com financiamento assegurado é possível disponibilizar os medicamentos e viabilizar o desenvolvimento e continuidade das ações nesta área.

Ademais, os gestores demonstraram grande preocupação com o número crescente de demandas judiciais, que consome parcela expressiva do orçamento previsto para a aquisição de medicamentos na rede estudada. De fato, a judicialização da AF tem se mostrado um dos motivos que desorganiza e desequilibra os recursos financeiros do sistema de saúde, podendo inviabilizar o planejamento das ações de saúde e comprometer o orçamento para aquisição de medicamentos (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2013).

Quanto aos recursos estruturais, a grande maioria das farmácias das USF foi considerada inadequada, embora as USF recém-construídas tenham sido elogiadas. As instalações não apresentam condições para o armazenamento e dispensação de medicamentos, pois são adaptadas em casas alugadas, com espaço físico e refrigeração insuficientes. As duas realidades diametralmente opostas vivenciadas pelos usuários – USF novas e adequadas *vis-à-vis* antigas e desestruturadas

– são um foco de insatisfação e desestímulo para os profissionais de saúde.

Como uma das limitações da pesquisa, sabe-se que a explicação a partir da opinião e percepção de pessoas poderá variar com a mudança de atores e que os mesmos respondentes podem mudar de posição ao longo do tempo. A primeira autora residia no Município estudado e já desempenhou cargo público na Prefeitura, ainda que não na Secretaria de Saúde, o que pode ter influenciado as falas.

## Conclusão

A ambiguidade e o conflito têm papel preponderante, influenciando o processo decisório das organizações. Sob essa perspectiva, incorporando na análise tanto o ponto de vista dos decisores centrais como a percepção dos implementadores e, ainda, considerando o conhecimento sobre os objetivos e meios, podem-se detectar características do tipo ‘Implementação Administrativa’, que apresentam baixos níveis de ambiguidade e conflito no que concerne aos objetivos, metas e fluxos da política, as falhas vistas como problemas técnicos, cujos resultados estão diretamente vinculados à disponibilidade de recursos.

Adicionalmente, considerando o papel da influência externa na cadeia de implementação e, ainda, o ambiente sujeito a

instabilidades, podem-se registrar atributos de uma tipologia ‘Política’, onde os resultados da implementação são decididos pela esfera central do Município, sofrendo influências do contexto político e condicionados por um elevado nível de conflito em relação aos recursos, tecnologias e meios para o cumprimento das diretrizes definidas. Nesse caso, além de disputas internas envolvendo opositores da política, os implementadores nem sempre estabelecem contato direto com a hierarquia superior. Os resultados e efeitos obtidos nesse caso dependem tanto de recursos quanto de atores que atuam na esfera da micro implementação em seus diferentes contextos.

Buscando apreender as diversas nuances que perpassam a implementação de uma política tão complexa como a da AF, acredita-se que o estudo tenha proporcionado um olhar diferenciado da implementação, cotejando as contribuições do campo da análise de políticas, particularmente à luz das reflexões de Matland (1995).

Portanto, ficou evidenciado que, apesar dos avanços observados quanto à implementação dessa política, ainda se faz necessário um importante esforço de governantes, gestores e técnicos para o alcance dos objetivos primordiais relacionados ao acesso e uso racional de medicamentos, garantindo melhor qualidade de vida à população. ■

## Referências

AUREA, A. P. et al. *Programas de Assistência Farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008*. Brasília, DF: IPE, 2011.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Anvisa faz parceria para diminuir mau uso de medicamentos*. 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/181105.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso: 19 out. 2015.

BRUNS, S. F. *Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa-PB: contexto, desafios e perspectivas*. 2013. 258 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Judicialização da assistência farmacêutica: dois pesos e uma medida. In: OLIVEIRA, M. H. *et al.* (Org.). *Direito e Saúde: cidadania e ética na construção de sujeitos sanitários*. Maceió: EDUFAL, 2013, p. 366-390.

CARVALHO, E. H. *Programa de Saúde da Família: estudo sobre o processo de implementação em município do Rio de Janeiro a partir do modelo ambiguidade-conflito*. 2006. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2011. 186 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-satélite de saúde do Brasil: 2005-2007*. 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2005\\_2007/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2005_2007/economia_saude.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas do Cadastro Central de Empresas: 2008/IBGE* – Gerência do Cadastro Central de Empresas. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2010. 167 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv44967.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

LE GRAND, A.; HOGERZEIL, H. V.; HAAIJER-RUSKAMP, F. M. Intervention in rational use of drugs: a review. *Health policy and planning*, New York, v. 14, n. 2, p. 89-102, 1999.

MARIN, N. *et al.* *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003.

MATLAND, R. E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Lawrence, v. 5, n. 2, p. 145-174, abr. 1995.

NASCIMENTO, M. C. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?* Vantagens e perigos do uso de produtos da

indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

SABATIER P. A.; JENKINS-SMITH H. C. *Policy change and learning. An advocacy coalition approach*. Colorado: Ed. Westview Press, 1993.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, New York, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 819-834, dez. 2004.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO medicines strategy: countries at the core – 2004 -2007*. Geneva: WHO Press, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Promoting rational use of medicines: core components*. (WHO Policy Perspectives on Medicines No. 5). Geneva, 2002. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67438/1/WHO\\_EDM\\_2002.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67438/1/WHO_EDM_2002.3.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2015.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
Versão final em setembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso

*The pact for health and the regionalization process in the state Mato Grosso*

Nereide Lúcia Martinelli<sup>1</sup>, Ana Luiza d'Ávila Viana<sup>2</sup>, João Henrique Gurtler Scatena<sup>3</sup>

**RESUMO** A regionalização da saúde no estado de Mato Grosso iniciou-se nos anos 1990. Neste trabalho, analisou-se a atuação da Secretaria de Estado de Saúde, no período de 2006 a 2011, mediante as dimensões: institucionalidade, governança e impactos da regionalização, buscando identificar se as bases instituídas na vigência do Pacto facilitaram-na ou dificultaram-na. Foram utilizados dados secundários, documentos e também entrevistas com gestores estaduais, regionais e municipais. As normativas instituídas facilitaram, mas as estruturas regionalizadas tiveram suas funções modificadas; o processo de regionalização foi parcialmente implementado e impõe desafios aos entes federativos para avançar na sua consolidação.

**PALAVRAS-CHAVE** Regionalização; Política de saúde; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *The regionalization of health in the state of Mato Grosso started in the 1990s. In this work, it was analyzed the performance of the State Secretary of Health, in the period 2006-2011, by the dimensions: institutional, governance and impacts of regionalization, in order to identify whether the bases established in the presence of the Pact facilitated it or hindered it. Secondary data were used, documents and also interviews with state, region and municipal managers. The rules instituted facilitated, but the regionalized structures had their functions modified; the regionalization process was partially implemented and poses challenges to federal entities to advance in its consolidation.*

**KEYWORDS** *Regional health planning; Health policy; Unified Health System.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva – Cuiabá (MT), Brasil. [nereidemartinelli@gmail.com](mailto:nereidemartinelli@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. [analuzaviana@usp.br](mailto:analuzaviana@usp.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva – Cuiabá (MT), Brasil. [jscatena@ufmt.br](mailto:jscatena@ufmt.br)

## Introdução

A regionalização da saúde, contemplada na Constituição de 1988, é uma das estratégias da descentralização, cujo êxito depende do compartilhamento de responsabilidades, de atos jurídico-administrativos e autonomia entre os entes federativos para provisão de serviços norteados pelo princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Na agenda de implementação do SUS, a regionalização ganha destaque nos anos 2000. Inicialmente, a descentralização valorizou a municipalização e redundou na ampliação de serviços, no incremento de resultados positivos e na maior participação popular, mas apresentou limites e dificuldades para a legitimação do direito integral à saúde (VIANA ET AL., 2010; FLEURY; OUVÉRY, 2012A).

No Pacto pela Saúde, o território regional é pensado na lógica de sistema (VIANA ET AL., 2008), requer uma nova dinâmica de relações intergovernamentais para avançar na descentralização, superar a fragmentação decisória e integrar os sistemas municipais de saúde sob a coordenação do gestor estadual (BRASIL, 2006). Com a sua implementação, esperava-se articulação, consenso, financiamento e compartilhamento entre entes federativos para, de forma planejada e corresponsável, formar redes entre as instituições e assegurar a regulação e a gestão do sistema de saúde na provisão de serviços regionalizados (VARGAS ET AL., 2014).

Segundo Abruçcio (2002), pacto é uma parceria que se estabelece entre unidades territoriais para a gestão compartilhada, preservando os direitos dos pactuantes. A autonomia dos entes pode assegurar a institucionalidade e a unicidade do SUS; estabelecer relações de equilíbrio e interdependência, o exercício da governança e a cooperação, minimizando as heterogeneidades do território. Dada a complexidade das responsabilidades assumidas com a

descentralização, sem a coordenação do estado há dificuldades para os entes federativos desenvolverem suas competências no SUS (VARGAS ET AL., 2014).

O território regionalizado é um espaço de intervenção que agrega municípios com diversidade em estrutura e serviços. A singularidade do modelo federativo está na maior horizontalidade das relações, que requerem ações coordenadas. Caso contrário, podem resultar em conflitos intergovernamentais, competição, interesses divergentes e até mesmo em comportamentos predatórios entre os entes envolvidos (ABRUCIO, 2002).

Este estudo analisa o processo de regionalização no estado de Mato Grosso (MT), na vigência do Pacto pela Saúde (2006-2011), verificando se as práticas instituídas e a governança impactaram nesse processo.

## Método

O estado de Mato Grosso tem área de 903.366,192 km<sup>2</sup> e uma população de 3.033.991 habitantes (IBGE, 2010), predominantemente urbana (81,9%). Localizado na região Centro-Oeste, é constituído por 141 municípios, 80,1% deles com menos de 20 mil habitantes. Com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,725, posiciona-se em 11º lugar entre os estados brasileiros.

Entre as 16 regiões de saúde instituídas no estado, a da Baixada Cuiabana detém 30% da população e a maior densidade demográfica, por incluir a capital, e o segundo município mais populoso – Várzea Grande. No outro extremo, seis regiões têm baixa densidade demográfica e juntas concentram pouco mais de 15% da população do estado (SCATENA ET AL., 2014A).

Desde a década de 1980, o agronegócio e a agropecuária vêm colocando MT entre as unidades da federação com as maiores taxas de expansão econômica. Em 2010, seu Produto Interno Bruto (PIB)

per capita foi R\$ 19.636,77 (14<sup>a</sup> posição nacional). Já entre as regiões do estado, o PIB variou de R\$ 8.659,00 a R\$ 31.064,00 (SCATENA ET AL., 2014A).

Excetuando-se a Atenção Básica, os estabelecimentos da rede de serviços do SUS na vigência do Pacto pela Saúde estavam concentrados no setor privado e, em sua maioria, na capital: unidades especializadas, Serviços de Apoio Diagnóstico (SADT) e serviços hospitalares. A cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) no estado, em dezembro de 2005, era de 56,7%; em dezembro de 2010, 65,1%.

A diversidade das 16 regiões de saúde é dada pelas características e pelos indicadores socioeconômicos dos municípios que as integram; há desigualdade na capacidade instalada e nos investimentos públicos e privados, sobretudo naqueles de baixo dinamismo econômico. Entre as regiões de saúde, apenas quatro têm hospitais regionais públicos (Cáceres, Rondonópolis, Sorriso e Colíder); nas demais, foram credenciados ou estabelecidos contratos com serviços privados por meio dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Neste trabalho, a coleta de dados quantitativos, as entrevistas e a análise documental basearam-se em três dimensões: institucionalidade, governança e impactos da regionalização.

A institucionalidade é entendida como todas as estratégias políticas e institucionais adotadas no período; e a governança, como o conjunto de regras governamentais voltadas para a ação coletiva, que requer a divisão de poderes e o estabelecimento de relações entre atores públicos e privados, com interesses diversificados, cujas negociações podem resultar em objetivos comuns (FLEURY; OUVREY, 2012B).

A institucionalidade foi analisada verificando: histórico, desenho, finalidades, estratégias políticas, planejamento, regulação e financiamento da regionalização. Na governança analisaram-se: estruturas

de integração e gestão regional, papel do Colegiado de Gestão Regional (CGR) na regionalização e nas relações intergovernamentais. Os impactos da regionalização foram analisados considerando as mudanças institucionais observadas com a implantação do Pacto pela Saúde.

Foram utilizadas informações quantitativas do banco de dados das pesquisas 'Análise do processo de Regionalização da Saúde no Estado de Mato Grosso' e 'A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense', além de dados providos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram levantados documentos da Secretaria de Estado de Saúde (SES), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do governo do estado, além de outras normativas que delinearão a política de saúde no período.

As informações qualitativas foram obtidas mediante entrevistas com atores-chave da SES e de regiões de saúde, entre eles: secretário de estado da saúde; secretária executiva da CIB estadual; diretor de um Escritório Regional de Saúde (ERS); secretário de um CIS; secretária de um CGR; e secretárias de saúde de dois municípios, sendo uma delas vice-presidente regional do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems-MT). Para a exploração dessas informações utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que permitiu compreender e responder aos questionamentos sobre o processo de regionalização.

As pesquisas acima citadas foram submetidas ao comitê de ética, parecer nº 681/09 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (CEP-HUJM) e parecer nº 91.726/2012 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP).



## A institucionalidade da regionalização da saúde na vigência do Pacto pela Saúde

O início da institucionalização da regionalização da saúde em MT deu-se em meados da década de 1990, quando a SES a definiu como prioridade na política institucional da gestão estadual, no período de 1995 a 2002 (MATO GROSSO, 2000).

Tal prioridade foi expressa no documento 'Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários' (MATO GROSSO, 1995), que detalha a descentralização com cooperação intergovernamental, fortalecimento da municipalização e do espaço regional. Como parte dessa política criaram-se instâncias de ação pública nos espaços regionais, entre elas as Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIBR), os CIS e as Câmaras de Compensação de Autorizações de Internação Hospitalar (MÜLLER NETO; LOTUFO, 2002). Os ERS tornaram-se um dos alicerces para a condução e o estabelecimento de pactos federativos regionalizados.

A SES instituiu o planejamento nos municípios e nas regiões, e, como produto dessa ação, levantou as necessidades e a capacidade de oferta por região, inserida no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no Plano Diretor de Investimentos (PDI) (MATO GROSSO, 2001). Na Atenção Básica foram viabilizados pactos instituídos pela SES e pelo Ministério da Saúde (MS), bem como as referências secundárias na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O fortalecimento da gestão regionalizada do SUS foi contemplado no Plano Plurianual (PPA) e na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) dos períodos 2004-2007 (MATO GROSSO, 2003C) e 2008-2011 (MATO GROSSO, 2010B), e, embasada neles, a SES elaborou o Plano Estadual de Saúde (PES).

Estrategicamente, a partir de 1995, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, por

indução do governo estadual, foi criado nas regiões para suprir deficiências e facilitar o acesso à assistência especializada de média complexidade ambulatorial, hospitalar e ao apoio diagnóstico. O CIS é fiscalizado pelo Tribunal de Contas do Estado e regido pelas regras de funcionamento e financiamento do estado (MATO GROSSO, 2004). A participação financeira do estado ocorre mediante convênio estabelecido entre a SES e os municípios consorciados. Já a participação do município é regulamentada por lei municipal.

O sistema estadual de regulação, criado em 1998, definiu as bases institucionais de organização do fluxo de pacientes na rede de atenção SUS. Foi criado o cargo de médico regulador do SUS, com as atribuições, entre outras, de regular a oferta de serviços de saúde e propiciar a articulação entre os diversos níveis assistenciais do sistema estadual e regional de saúde (MATO GROSSO, 2003B). Foram estabelecidos convênios com hospitais municipais para se tornarem referência regional, credenciados serviços de média e alta complexidade; e instalados leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nas sedes de regiões, mediante convênios com unidades hospitalares próprias, municipais ou privadas.

A SES instituiu incentivos financeiros para municípios, acessados mediante o cumprimento de critérios estabelecidos nas suas portarias. Em 2003, passou a transferir recursos da receita própria, do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (MATO GROSSO, 2003A).

Quando o Pacto pela Saúde foi instituído pelo governo federal em 2006, a SES elaborou o Projeto de Fortalecimento e Qualificação da Gestão Regionalizada e Solidária do SUS em Mato Grosso (FERNANDES, 2014), que contemplou a regionalização como eixo central de condução, governança e compromisso compartilhado entre os gestores, cabendo à SES a macrofunção de coordenar, articular e regular o sistema de saúde.

Como parte desse projeto, criou-se um grupo técnico, que, em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), realizou encontros macrorregionais nas regiões de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o debate da regionalização, e discutir as diretrizes e as novas responsabilidades (MATO GROSSO, 2006). O Cosems criou o projeto Rede SUS em Mato Grosso, realizou oficinas de planejamento e orçamento, e subsidiou os gestores na elaboração do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) (RIBEIRO ET AL., 2009).

O projeto de implantação do Pacto em MT representava a possibilidade de impulsionar a regionalização, fortalecer as relações intergovernamentais e ampliar a capacidade de gestão das regiões e dos municípios para oferecer, com equidade, serviços de atenção integral. Frente às particularidades dos municípios e das regiões, implicou na redefinição de tarefas e no compartilhamento de responsabilidades expressos no TCG. O processo de pactuação entre entes federativos “envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política” (VIANA; LIMA, 2011, P. 15).

A estruturação da rede de atenção à saúde de forma regionalizada, a articulação da SES com as macrorregiões e com os hospitais regionais, e o fortalecimento do papel dos consórcios foram objetivos contemplados no PES 2008-2011. Esse plano contemplou o fortalecimento da regionalização solidária e cooperativa, do CGR e a definição do PDR como instrumento de planejamento regional (MATO GROSSO, 2010C).

A SES, na sua macrofunção coordenadora e reguladora do sistema estadual de saúde, readequou várias vezes sua estrutura organizacional (MATO GROSSO, 2008, 2011A, 2011B, 2011C, 2013). Na estrutura vigente, coube à Gerência de Regionalização da Saúde conduzir a implementação dos instrumentos de gestão estratégicos da regionalização e apoiar o

fortalecimento da gestão municipal de saúde (MATO GROSSO, 2010A).

A missão do ERS era “viabilizar o processo de descentralização da saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde” (MATO GROSSO, 2009, P. 22). Competia à essa instância: efetivar a gestão regionalizada da Política Estadual de Saúde; assessorar e monitorar os municípios no planejamento e na execução das ações; promover as pactuações regionalizadas; e coordenar os CGR. A partir de 2008, passou a contar com três gerências em sua estrutura administrativa: a de Atenção à Saúde, a de Vigilância em Saúde e a de Gestão Macrorregional (MATO GROSSO, 2008B).

A missão dessas gerências era: da Atenção à Saúde, “promover, no âmbito regional, a atenção integral à saúde [...]”; da Vigilância em Saúde, “conduzir as ações de vigilância em saúde [...] em cooperação técnica com os municípios [...]”; da Gestão Macrorregional, “gerenciar as ações relativas ao complexo regulador regional [...]” (MATO GROSSO, 2010, P. 36-37). Essas gerências facilitaram a organização interna para a cooperação técnica nos municípios. No entanto, os ERS, por falta de apoio institucional e autonomia financeira, foram deixando de realizar as atividades de cooperação e seu poder de ação ficou limitado frente às responsabilidades definidas na condução da política de saúde regionalizada. Para o gestor, o ERS “*continua sempre meio que... esperando alguém dar uma ordem, não tem iniciativa... ele não está muito ativo nesta questão da regionalização*” (GM).

Em 2013, essas gerências foram excluídas, mantendo-se apenas uma Gerência Técnica por ERS (MATO GROSSO, 2013). Ao extinguir a gerência de Gestão Macrorregional, alterou-se o funcionamento do Complexo Regulador Regional e das Centrais Municipais de Regulação. Em algumas regiões, a regulação da urgência e emergência foi recentralizada, ficando sob a responsabilidade da Coordenadoria de Regulação, ligada à Superintendência de

Regulação, Controle e Avaliação da SES, em nível central.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente para o período de 2006 a 2011 foi atualizado e homologado em 2005 (SES, 2005), com base no de 2001. O Plano Diretor de Investimentos (PDI) também foi atualizado em 2005, mas não foram encontrados registros da sua homologação na CIB/MT. Um gestor refere: *“nós ainda trabalhamos com projetos e propostas de 12 anos atrás e o PDI não existe mais, não houve planejamento”* (GM). O compartilhamento das responsabilidades entre entes federativos é facilitado quando há planejamento intergovernamental, quando as ações são coordenadas e reguladas para organizar os fluxos assistenciais (SILVA, 2013).

Os recursos financeiros liberados pelo MS para as regiões têm por base o PDR e o PDI vigentes. Desatualizados, tais instrumentos não serviram para organizar a rede de atenção da região e equilibrar a relação entre oferta e demanda. Além disso, não contribuíram para que os entes federativos inserissem no seu PPA, e em suas respectivas leis – LDO e Lei Orçamentária Anual (LOA) –, as necessidades de investimentos na região.

A PPI, coordenada pelo ERS e discutida no CGR, foi o instrumento de pactuação das referências e adequação do teto financeiro pré-estabelecido, que facilitou a implementação dos complexos regulatórios do sistema e o acesso às ações de saúde nas regiões e no estado. Na vigência do Pacto, o governo federal criou novos incentivos financeiros para municípios e regiões, entre os quais: compensação das especificidades regionais, colegiados de gestão regional e qualificação dos profissionais de saúde (formação técnica e educação permanente). A SES criou critérios de acesso a tais incentivos com base em indicadores, ressaltando-se: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), percentual de população rural, coeficiente de mortalidade infantil, índice de Gini e renda

per capita. Tais recursos eram acessados mediante a elaboração de plano de ação, detalhando metas e prazos para execução e a aplicação exclusiva na melhoria da Atenção Primária à Saúde, com aprovação do CGR.

Dos incentivos criados pela SES, asseguraram-se recursos nos planos de saúde de 2004-2007 e 2008-2011 para: o Programa de Apoio e Implementação dos Consórcios (Pacis); a Microrregionalização – atividades do Centro de Atenção Psicossocial (Caps), da Hemorrede e da Reabilitação); o Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária (Pasf); o Programa Saúde Bucal na Saúde da Família; o Programa Diabetes *Mellitus* – Insumos Complementares; o Programa de controle da malária; o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (Pascar); o Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica (Piamab); e o Programa de Apoio à Organização Estadual de Urgência e Emergência. Os critérios de acesso definidos pela SES eram: cobertura de PSF; cobertura de saúde bucal; unidades cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES); existência de Caps.

Tais incentivos financeiros deveriam ser transferidos aos municípios mensalmente, mas ocorreram com atrasos de até dez meses. Esta irregularidade fragilizou a gestão municipal, influenciou o processo de regionalização, dificultou a integração entre os entes federativos e resultou em ações isoladas, através das quais cada município procurou resolver o seu problema, apesar de sua baixa capacidade de receita própria. Entre 2007 e 2010, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) mostrou que os municípios aplicaram percentual acima do mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 (EC29), próximos a 20%. A fragilidade na estrutura financeira de um município leva à dependência das transferências da União e do Estado para

implementação de sua política municipal (ARRETCHÉ, 2004).

Em MT, em sua maioria, os municípios são de pequeno porte e dependem da transferência de recursos financeiros, tanto do governo estadual como do federal. Para o conjunto dos municípios mato-grossenses, em 2008, as transferências do SUS representaram praticamente a metade dos recursos aplicados no setor (49%); para o estado, elas representaram 32%. Se contabilizadas as transferências interfederativas, o padrão de gasto em saúde por habitante, pelo governo estadual, foi considerado médio ou baixo (R\$ 254,00); já o gasto do conjunto dos municípios foi considerado elevado (R\$ 364,00) (VIANA ET AL., 2010; LEVI; SCATENA, 2011).

Na série histórica de 2002 a 2010, o estado cumpriu o percentual mínimo apenas no ano de 2010, atingindo 12,3% (MENDONÇA, 2012). Sem a contrapartida financeira e a cooperação do estado, os gestores municipais não conseguem cumprir os compromissos compartilhados no TCG, em especial, a assistência de média e alta complexidade.

Em 2011, a SES realizou o chamamento público de instituições sem fins lucrativos para a celebração de contratos de gestão, para estruturas públicas estaduais (MATO GROSSO, 2011E, 2011F). Vários convênios de gestão foram estabelecidos com as organizações sociais para gerir: o Hospital Metropolitano do estado, com sede em Várzea Grande; os Hospitais Regionais de Cáceres, Rondonópolis, Colíder e Sorriso; e a Farmácia Cidadã, com sede em Cuiabá. Esta parceria repercutiu de forma negativa no sistema público de saúde do estado, gerou conflitos, questionamentos e liminares do Ministério Público Federal/MT. Tais liminares foram motivadas por denúncias e solicitações de ação civil pública, entre elas do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2011F). Esses contratos de gestão também repercutiram negativamente no processo de regionalização.

## A governança regionalizada na vigência do Pacto pela Saúde

Dentro do formato descentralizado do SUS, a importância atribuída ao papel do Estado pode ser compreendida na representação do seu arcabouço político-institucional (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012). O novo desenho conformou um sistema de saúde complexo, cuja gestão implica em distribuição de poder e responsabilidade compartilhada entre entes federativos.

O Pacto pela Saúde contemplou um novo ciclo da descentralização em MT. A governança, institucionalmente, ganhou espaço na região, evidenciando a necessidade de fortalecer as relações verticais e horizontais que conformam o complexo regional, com diversos contextos institucionais e atores com objetivos distintos, inseridos em um território de uso comum. No entanto, na sua vigência, ocorreram trocas sucessivas na gestão estadual, refletindo na maneira de gerir e conduzir a política neste ente.

A CIB, coordenada pelo secretário de estado da saúde, teve um papel importante na descentralização, um espaço de negociação que tem direcionado suas pactuações para fortalecer a regionalização (VIANA ET AL., 2010). As atas e resoluções das suas reuniões são divulgadas no site da SES. As reuniões pré-CIB e pré-CGR são bastante valorizadas pelo gestor municipal, têm o objetivo de debater temas da pauta e instrumentalizá-los para as deliberações na CIB. Conduzidas pelo Cosems, conferem importância a este conselho: *“quem nos mantém informado é o Cosems”* (GM).

Estudo realizado refere que no

biênio 2007-2008 as pautas da CIB foram influenciadas principalmente por: 1) políticas e demandas do MS; 2) políticas específicas e demandas da SES; 3) políticas específicas e demandas de instâncias regionais do estado. (VIANA ET AL., 2010, P. 13).

Os principais temas de pauta estiveram relacionados à programação e à distribuição de recursos financeiros (100% das reuniões); a políticas e estratégias de regionalização (80%); à adesão ao Pacto (80%); à educação permanente (80%); a solicitações de credenciamento, serviços de alta e média complexidade, leitos hospitalares, cirurgias e outros (60%).

Com o Pacto, as CIB regionais foram renomeadas a CGR, que consistem em um espaço institucional deliberativo e têm debatido a política de saúde, mas também influenciam as demandas dos governos federal e estadual. Nesse espaço, as negociações e decisões intergovernamentais fortaleceram parcialmente as relações horizontais e mostraram a importância de se construir objetivos comuns para a gestão cooperativa na região.

Coordenados pelo diretor do ERS, os CGR são conduzidos por regras contidas no regimento e mantidos com recursos financeiros provenientes do MS. Para os gestores, o CGR é um espaço que gera aprendizado, mas é referido da seguinte forma: *“a gente não consegue ter temas transversais dentro da reunião de colegiado... é informe... muitas resoluções, proposições e portarias”* (GM). Tais formalidades dificultam a governança e impedem que a discussão flua para os problemas reais vividos pelos gestores. Além disto, interferem na condução da política e não contribuem para a governabilidade sobre a macropolítica da região.

Estudos mostram que, nos locais onde *“a implantação dos CGR foi conduzida de forma burocrática e cartorial, sem que tenha havido a necessária disposição para o debate por parte dos gestores”*, houve baixa ou nenhuma repercussão nas práticas institucionais vigentes (LIMA ET AL., 2012, P. 1911).

A Comissão Integração Ensino Serviço (Cies) estadual, instância de deliberação e decisão da política de educação permanente, foi criada em 2009, e as Cies regionais (14), a partir de 2008. Dos recursos

transferidos pelo governo federal, parte tem sido executada pela Escola de Saúde de Mato Grosso para a formação técnica de profissionais. Outra parte é transferida para o Fundo de Saúde de um município da região, atendendo o Plano Regional de Educação Permanente (Pareps). Os critérios de alocação dos recursos para as Cies regionais foram sendo alterados conforme a reformulação anual dos planos.

Nestes espaços ocorrem conflitos, e os problemas afluem, sobretudo, pela troca constante de seus membros e pela dificuldade de dispor de profissional capacitado pela Escola de Saúde Pública para realizar os cursos na região. Também por isto, muitas Cies regionais não têm executado todo o recurso financeiro contemplado no seu Pareps e nem todas Cies regionais estão atuando regularmente (VIANA ET AL., 2010).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), importantes instâncias da governança regionalizada, na vigência do Pacto, conformavam 15 unidades em funcionamento no estado, englobando 125 municípios e cobrindo 62,5% da população (BOTTI ET AL., 2013). Em MT, à semelhança de outros casos no Brasil, os CIS estabeleceram parcerias entre entes federativos nas regiões e entre prestadores privados, e têm se consolidado como viabilizadores da oferta de serviços. Ampliaram a capacidade de governo municipal, sobretudo para os municípios de pequeno porte, que, sozinhos, não conseguiriam prover os serviços necessários para as suas demandas (NEVES; RIBEIRO, 2006).

Em 2008, a SES mudou a sua relação com essas instâncias. Com a justificativa de que o Pacto pela Saúde redefinia as responsabilidades de cada gestor e que os municípios necessitavam de apoio financeiro, cooperação técnica e operacional, o governo estadual editou e instituiu o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, e os municípios passaram a receber o incentivo do Pacis, fundo

a fundo, e não por meio de convênio da SES com o CIS (MATO GROSSO, 2008A).

Com essa mudança na condução, a gerência dos consórcios foi retirada da estrutura organizacional básica e setorial da SES (MATO GROSSO, 2008B). Tais instâncias passaram a ser uma unidade não coordenada pela SES, gerando mudanças nas suas relações e com as estruturas regionalizadas (ERS, CGR). A relação da SES com o CIS é indireta, ocorre por meio da transferência da sua contrapartida financeira para o município consorciado, que a transfere para o CIS. Essa relação era mais próxima quando a gestão dos hospitais regionais era do estado (VIANA ET AL., 2010). Em algumas regiões, as equipes diretivas do CIS deixaram de participar das reuniões do CGR e das reuniões de condução e planejamento da SES (SCATENA ET AL., 2014B).

A constituição dos consórcios teve importância na regionalização de saúde em MT, fomentou a adequação da oferta à demanda, a resolubilidade e a racionalidade no uso dos serviços (VIANA ET AL., 2010), além de uma maior participação do gestor municipal na política regional. Mas a SES deixou de coordená-lo, e suas estratégias de condução não mais focaram a regionalização. O CIS deixou de ser o ator estratégico de fortalecimento da regionalização e, aos poucos, assumiu um papel de intermediador da compra e venda de serviços para o gestor, contribuindo para a fragmentação e a ineficiência do sistema público nas regiões e no estado.

No processo de regionalização, as responsabilidades foram compartilhadas por meio do TCG, mas não foram pautadas pelo planejamento integrado e pelas necessidades da população. A baixa capacidade instalada da rede de atenção nas regiões e a transferência irregular de recursos financeiros estaduais aos Fundos Municipais de Saúde contribuíram para tensionar a governança. O Estado não cumpriu com a sua parte na cooperação técnica; a falta de financiamento dificultou a regulação, influenciou a condução da política estadual de saúde,

gerou conflitos nas relações intergestores e questionamentos quanto ao papel da SES na coordenação do sistema.

## Impactos da regionalização na vigência do Pacto pela Saúde

As evidências levantadas mostram que, institucionalmente, a política de saúde adotada pela SES no período anterior ao Pacto foi favorável à regionalização. Sua implementação foi facilitada por vários fatores: o processo histórico estrutural da regionalização, a partir da década de 1990; o PES, que contempla a política de saúde regionalizada; a existência das CIB regionais desde 1995; a criação de novos incentivos; a concepção dos CIS; a manutenção e a substituição de novos convênios estabelecidos com serviços públicos e privados para serviços de média complexidade, serviço hospitalar e de UTI nas regiões; a participação do Cosems; a criação das CIES estadual e regional; e a indução da política financeira do MS, que exigiu organização regional e municipal. Apesar dessa institucionalidade, para os gestores, a atuação da SES *“ficou muito a desejar”* (GM).

O papel do ERS na coordenação e na condução da política regionalizada foi ampliado, mas, ao longo do processo, suas funções foram enfraquecidas em relação ao planejamento, à cooperação técnica e à regulação do sistema e da assistência à saúde na região. Suas relações com os gestores municipais distanciaram-se e alguns problemas municipais começaram a ser tratados diretamente com a SES e o MS.

Nas regiões, a baixa capacidade instalada, a compra dos serviços do setor privado com valores acima da tabela SUS e o atraso nas transferências financeiras do estado para os municípios repercutiram na governança regionalizada, geraram conflitos entre entes

federativos municipais e fragilizaram a base financeira municipal.

Em algumas regiões, a regulação da urgência e emergência foi recentralizada, e as centrais regionais perderam parte de suas funções. As relações entre médicos reguladores – municipais e regional – ficaram distantes, o contato passou a ser diretamente com a central estadual. Somam-se a isso as dificuldades para regular as demandas frente à falta de capacidade instalada no estado e nas regiões. Ainda que instituídas, as bases do sistema de regulação e os instrumentos regulatórios não foram suficientes para inserir mudanças na gestão. À semelhança de outros estados, a regulação da assistência também é frágil em MT (LIMA ET AL., 2012).

Quanto à atenção primária, os incentivos financeiros instituídos pelo estado contribuíram para implementá-la, como também a parte da média e da alta complexidade, suprimindo algumas demandas. Na assistência hospitalar, os convênios estabelecidos com o setor privado ampliaram a oferta de serviços e favoreceram o acesso, em especial, em regiões desprovidas de capacidade instalada pública. No entanto, essas atividades não foram suficientemente monitoradas e reguladas por parte do setor público e houve dificuldades para assegurar o acesso aos serviços complementares ao SUS.

As parcerias estabelecidas entre a SES e a Organização Social de Saúde (OSS) para gerir estabelecimentos públicos repercutiram de forma negativa. Os gestores municipais não tiveram acesso a essa gestão e atribuem a ela o motivo de atraso nas transferências financeiras do estado.

A rede estadual de atenção à saúde não foi ampliada para responder às necessidades das regiões. As resoluções da CIB/MT mostram que foram aprovados projetos para construir ou reformar unidades municipais de atenção primária de saúde, com recursos provenientes do MS e contrapartida municipal. Também foram alocados recursos federais

e estaduais nas regiões de saúde para: ampliação e construção de hospitais regionais; centros cirúrgicos, leitos de estabilização e outros equipamentos hospitalares, aquisição de carros e ambulâncias; investimentos em infraestrutura de unidades não hospitalares e outros (VIANA ET AL., 2010). Uma ampliação muito mais ligada à rede de atenção municipal que à regional e as iniciativas para as regiões foram muito restritas frente às necessidades das redes regional e estadual.

Esses fatores associados às trocas sucessivas dos gestores da SES e da equipe de condução, bem como às mudanças na sua estrutura organizacional influenciaram a coordenação e o apoio aos CIS e aos ERS. O não cumprimento do percentual mínimo recomendado pela EC29, a não atualização do PDR e do PDI, além da falta de investimentos na rede pública de atenção à saúde nas regiões e no estado repercutiram na regionalização da saúde.

Os CIS ampliaram a oferta de serviços nas regiões e desenvolveram um importante papel na regionalização da saúde, em especial, na desconcentração dos serviços que estavam centrados na capital (VIANA ET AL., 2010). No entanto, as mudanças instituídas geraram rupturas nas relações e no seu modo de funcionamento. Os CIS não foram implementados e não conseguiram mobilizar e integrar suas atividades ao processo de regionalização. Em algumas regiões, eles já não constituem equipamento da regionalização.

A regionalização da saúde em MT foi influenciada positivamente pela sua institucionalidade pregressa ao Pacto, mas os problemas citados influenciaram a governança, contribuíram para comportamentos individualizados no interior dos espaços de deliberação colegiada e para relações de desconfiança e descrédito entre entes federativos, sobretudo o estadual. Observaram-se, nos registros das reuniões da CIB/MT, relações de conflitos geradas por atraso nas transferências das contrapartidas

financeiras, pela falta de hospitais regionais públicos, pela falta de acesso aos serviços na região e nas referências no estado e pela falta de planejamento.

A participação e a coordenação do estado na condução da política deveriam ser contínuas, posto que são determinantes para reduzir as desigualdades territoriais e sociais, facilitar o acesso, garantir a integralidade na atenção e potencializar a descentralização (BRASIL, 2006). No entanto, em MT, a SES, por não cumprir com as suas responsabilidades compartilhadas no TCG, contribuiu para gerar desgastes nas relações horizontais, interferiu no processo de regionalização e não fortaleceu as competências da gestão municipal. Sua participação não foi capaz de induzir a redução das desigualdades.

## Considerações finais

Esta pesquisa pretendeu discutir o processo de regionalização da saúde no estado de Mato Grosso, na vigência do Pacto pela Saúde.

Ainda que a regionalização seja a estratégia indicada para reorganizar a rede de atenção e superar a fragmentação da descentralização, a governança na região mostra a dificuldade em estabelecer acordos entre entes federativos em um sistema de saúde descentralizado, para o nível municipal. Os incentivos criados

pelo governo federal para a regionalização ainda são insuficientes frente às desigualdades políticas, econômicas, demográficas e financeiras das regiões. Em MT, essa situação agravou-se, pois o estado não cumpriu com as transferências mensais pactuadas com os municípios, não cumpriu na aplicação do mínimo recomendado pela EC29 e não coordenou a condução do sistema.

A política de saúde regionalizada instituída pela SES, à semelhança do apontado por outros estudos, deparou-se com fatores que mais dificultaram do que facilitaram sua condução. As evidências mostram que há desafios para: implementar a regionalização da saúde; fortalecer o processo de planejamento e regulação no estado, nas regiões e nos municípios; fortalecer a referência regional; e investir na capacidade instalada da rede de atenção regionalizada e na educação permanente, para gestores e equipe.

Por parte da SES, é preciso determinação política para cumprir o instituído, exercer a coordenação do processo, priorizar os interesses coletivos, tornar as regiões autônomas e conduzi-las de forma mais participativa. O projeto de regionalização em MT precisa ser reconstruído, considerando as demandas e as especificidades dos territórios, a relação e a interação dos atores, a infraestrutura, a participação e as influências existentes no espaço usado das regiões, para que se avance na sua consolidação. ■

---

## Referências

ABRUCIO, F. L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (Org.). *O Estado numa era de reformas: os anos FHC*. Brasília, DF: SEGES, 2002, p. 143-245. parte 2.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BOTTI, C. S. *et al.* Regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 491-500, jul./set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da]*



União. Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria\\_n\\_399\\_GM\\_de\\_22\\_de\\_fevereiro\\_de\\_2006\\_Divulga\\_o\\_Pacto\\_pela\\_Saude\\_2006\\_e\\_aprova\\_suas\\_diretrizes\\_operacionais/56](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_n_399_GM_de_22_de_fevereiro_de_2006_Divulga_o_Pacto_pela_Saude_2006_e_aprova_suas_diretrizes_operacionais/56)>. Acesso em: 16 out. 2015.

FERNANDES, N. F. F. Processo de organização e desenvolvimento de estratégias para divulgação e implantação do pacto pela saúde em Mato Grosso: relatório de experiência. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. (Org.). *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. SP: Hucitec, 2014, p. 135-167.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012a, p. 25-58.

\_\_\_\_\_. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012b.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. S. S. V.; COSTA, L. S. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012, p. 209-239.

LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 81-113.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

MATO GROSSO. Decreto nº 157, de 28 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SES, a redistribuição de cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2011a. Disponível em: <<https://www.google.com.br/>

[url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwjh0u6L8pfJAhULGJAKHCu\\_BB8&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F4426%2Flegislacao&usg=AFQjCNGCVC Sg\\_XA-4rHBXZ5hGk9Rebqcgw&sig2=PES\\_b4i19Yle-BeC-fD6MIg](http://sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwjh0u6L8pfJAhULGJAKHCu_BB8&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F4426%2Flegislacao&usg=AFQjCNGCVC Sg_XA-4rHBXZ5hGk9Rebqcgw&sig2=PES_b4i19Yle-BeC-fD6MIg)>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 259, de 11 de abril de 2011. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SES, a redistribuição de cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2011b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/28232541/pg-1-diario-oficial-do-estado-do-mato-grosso-doemt-de-11-04-2011>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 669, de 06 de setembro de 2011. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SES, a redistribuição de cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2011c. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwjMrur175fJAhXBiJAKHUDVAXk&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F4782%2Flegislacao&usg=AFQjCNG8CHZJPSJqmnEw5pVs7OBRCL7D0A&sig2=NNL0wCT6hdnK3MrHewD29g>>. Acesso em 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 765, de 17 de junho de 2003. Dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2003a. Disponível em: <<http://app1.sefaz.mt.gov.br/Sistema/Legislacao/legfinan.nsf/2b2e6c5ed54869788425671300480214/e075ef182926196904256dce00513f38?OpenDocument>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.328, de 14 de maio de 2008. Dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2008a. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwi2\\_ors8pfJAhVCEJAKH](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwi2_ors8pfJAhVCEJAKH)

RUICzk&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Fupload%2Flegislacao%2F1328-%5B1885-120110-SES-MT%5D.pdf&usg=AFQjCNEEDDjZndkZs6SRhqfskZEiUvMQ\_A&sig2=qrKyVrDi8-C8aK5miSMRFA>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.431, de 03 de julho de 2008. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SES, a redistribuição de cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2008b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7374616/pg-1-diario-oficial-do-estado-do-mato-grosso-doemt-de-28-07-2008>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.832, de 06 de março de 2009. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde – SES. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2009. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7309075/pg-3-diario-oficial-do-estado-do-mato-grosso-doemt-de-06-03-2009>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.855, de 12 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SES, a redistribuição de cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2013. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/56592561/doemt-12-07-2013-pg-2>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 2.916, de 19 de outubro de 2010. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde – SES. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2010a. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwifmKi8JfJAhVJipAKHfgEBDM&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F3963%2Flegislacao&usg=AFQjCNGOjev4ZM-YTD0BbhDfgzOXos4vIQ&sig2=DjVqPSAhn038SSgfaUEsUg>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.990, de 07 de novembro de 2003. Cria cargos em comissão de Médico Supervisor e de Médico Regulador do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 2003b. Disponível em:

<<http://rouxinol.mt.gov.br/Aplicativos/SadLegislacao/LegislacaoSad.nsf/709f9c981a9d9f468425671300482be0/ff739de629bea82104256e9b00632125?OpenDocument>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.189, de 28 de outubro de 2004. Dispõe sobre o funcionamento, em regime de co-gestão, de hospitais municipais que são referência de Consórcios Intermunicipais de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso. *Diário Oficial [do] Estado*. Cuiabá, 2004. Disponível em: <<http://rouxinol.mt.gov.br/Aplicativos/Sad-Legislacao/LegislacaoSad.nsf/709f9c981a9d9f468425671300482be0/flec982661e3e1bc03256f510070015d?OpenDocument>>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Poder Judiciário. Justiça Federal. Seção judiciária do Estado de Mato Grosso. 2ª vara. *Ação civil pública*. Cuiabá, 2011d. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwirpsv69pfJAhVB CpAKHSIvAC8&url=http%3A%2F%2Fweb.trf3.jus.br%2Fnoticias%2Fupload%2Ffile%2Fcoxim%25201.pdf&usg=AFQjCNGRkmKwbkCf2-oNCXry7MOS7bzQAQ&sig2=og4wPimi2llqy6fpZPuu4A>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. *Chamamento Público*. Edital de seleção nº 001, de 03 de março de 2011. Cuiabá, 2011e. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/licitacao-edital?id=1973>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. *Chamamento Público*. Edital de seleção nº 003, de 18 de maio de 2011. Cuiabá, 2011f. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/247/novo-edital-chamamento-publico-003-a2011-\[247-190511-SES-MT\]](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/247/novo-edital-chamamento-publico-003-a2011-[247-190511-SES-MT])>. Acesso em: 20 jul. 2014

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestora Bipartite Estadual. *Resolução CIB nº 055, de 15 de setembro de 2005*. Dispõe sobre a atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Mato Grosso. Cuiabá, 2005. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjABahUKEwiv9srG7pfJ>>

AhXEhpAKHWZODyo&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F7346%2Flegislacao&usg=AFQjCNFFFIYm\_cMUPDOP73MbqJNJWStsCQ&sig2=GgwxvjiKaPfpL\_JzWlYymw>. Acesso em: 16 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde* – PDR. Cuiabá: SES, 2001, 336 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. *Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários*. Cuiabá: SES, 1995, 22 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação geral. *PPA 2004 – 2007. Mato Grosso mãos à obra*. Projeto de Lei agosto de 2003. Cuiabá: SEPLAN, 2003c, 265 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação geral. *PPA 2008 – 2011. Consolidado por objetivo estratégico*. Cuiabá: SEPLAN, 2010b, 482 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. *Avaliação da política de saúde de Mato Grosso 1995-1998*. Cuiabá: SES, 2000, 188 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 26, de 09 de março de 2006. Compõe e nomeia o Grupo Técnico de Condução e Implementação do Pacto Pela Saúde 2006 no Estado de Mato Grosso. *Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso*, 9 março de 2006, p. 33, Cuiabá, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Política de Saúde. *Plano Estadual de Saúde Mato Grosso – 2008/2011*. Cuiabá: SES, 2010c. 133 p.

MENDONÇA, A. F. *O financiamento do Sistema Único de Saúde nas regiões de saúde do Estado de Mato Grosso*. 2012, 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2012.

MÜLLER NETO, J. S.; LOTUFO, M. Política e regionalização da saúde em Mato Grosso: aspectos históricos, conceituais, metodológicos e perspectivas. In:

MÜLLER NETO, J. S. (Org.). *A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção*. Cuiabá: SES, 2002, p. 13-25.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de Saúde: estudo de caso exitoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.

RIBEIRO, M. S. *et al.* A rede de apoio ao SUS em Mato Grosso: uma estratégia para fortalecimento do papel do município na regionalização e implementação do pacto pela saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 62-73, maio 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes Interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1671-1680, 2011.

SCATENA, J. H. G. *et al.* Caracterização das regiões de saúde de Mato Grosso. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. (Org.). *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. SP: Hucitec, 2014a, p. 135-167.

SCATENA, J. H. G. *et al.* A regionalização da saúde em Mato Grosso do ponto de vista dos atores regionais. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. (Org.). *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. SP: Hucitec, 2014b, p. 193-214.

SILVA, S. F. Desafios de sistemas universais de saúde sob controle público: federalismo e regionalização e o Sistema único de Saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 104-113, out. 2013.

VARGAS, I. *et al.* Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. [internet]. *Health Policy and Planning*, 2014. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2014/06/23/heapol.czu048.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

\_\_\_\_\_. Projeto de pesquisa: avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. *Relatório Estadual Mato Grosso*, 2010, p. 1-20.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações*

*federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria Ltda., 2011, p. 11-24.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política

## *A National Health Promotion Policy: text and context of a policy*

Patrícia Ferrás Araújo da Silva<sup>1</sup>, Tatiana Wargas de Faria Baptista<sup>2</sup>

---

**RESUMO** O artigo discute os argumentos presentes nos diferentes textos da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, analisando os documentos de 2002, 2006 e 2014 e reunindo elementos para compreender como a promoção da saúde ganhou institucionalidade e entrou na agenda governamental. Conclui-se que os três documentos da Política representam momentos distintos, revelando tensões em sua definição, o que pode tanto reforçar uma tendência prescritiva da saúde como produzir o debate acerca dos determinantes sociais em uma concepção ampliada de saúde. Politizar tal debate é o primeiro passo, para não se correr o risco de se afirmar uma política que, principalmente, culpabiliza e responsabiliza o indivíduo.

**PALAVRAS-CHAVE** Promoção da saúde; Política de saúde; Formulação de políticas.

**ABSTRACT** *The article discusses the arguments present in the various texts concerning the National Policy of Health Promotion in Brazil and analyzes the documents released in the years 2002, 2006 and 2014, bringing together elements so to understand how health promotion achieved a legal knowledge, becoming part of the government agenda. It concluded that the three Policy' texts embodied distinct moments and revealed tensions in the Policy definition, which can either strengthen a prescriptive trend of health as produce the debate about social determinants in an expanded conception of health. Politicizing such debate is the first step, at the risk of stating a policy that, mainly, blames and responsible individual.*

**KEYWORDS** *Health promotion; Health policy; Policy making.*

<sup>1</sup>Ministério da Saúde,  
Secretaria Executiva -  
Brasília (DF), Brasil.  
[patricia.ferras@saude.gov.br](mailto:patricia.ferras@saude.gov.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz  
(Fiocruz), Escola Nacional  
de Saúde Pública Sergio  
Arouca (Ensp) - Rio de  
Janeiro (RJ), Brasil.  
[twargas@ensp.fiocruz.br](mailto:twargas@ensp.fiocruz.br)

## Introdução

‘Promoção da saúde’ é uma terminologia antiga e presente no campo da saúde pública desde seus primórdios. Entre os séculos XVIII e XIX, médicos como Virchow, Neumann, Rumsay e outros empregavam o termo para propor ações com o objetivo de evitar a propagação de doenças, estabelecendo relações entre processos de adoecimento e morte e as condições econômicas e sociais de determinados grupos (ROSEN, 1980).

Com a descoberta do micróbio, e a contribuição de bacteriologistas como Koch e Pasteur no final do século XIX, consolidou-se o modelo unicausal, com o entendimento de que para cada doença específica havia um agente específico. O desenvolvimento do modelo representou uma profunda transformação no campo e contribuiu para a hegemonia do paradigma bacteriológico (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), favorecendo a abordagem individual e mantendo a dimensão social em segundo plano (ALMEIDA FILHO, 1986). Neste contexto, o argumento em torno da promoção perdeu espaço e instaurou-se o dilema ainda atual: o objeto de intervenção da saúde pública devem ser as doenças específicas ou ter uma atuação mais ampla em torno das condições de vida e modos de viver? (BARATA, 2005).

Em 1936, John Ryle retoma a discussão de Virchow sobre a promoção da saúde, indicando a insuficiência das reformas sanitárias nos países enquanto persistisse a situação de pobreza. Nesse ano, lança um livro com a sistematização do paradigma da História Natural da Doença (HND), correlacionando a dimensão ambiental com as teorias microbianas (TERRIS; CARVALHO, 2005).

Anos depois, em 1958, Leavell & Clark revisitam a discussão da HND e desenvolvem uma tese com enfoque no indivíduo e contexto, onde descrevem a evolução das enfermidades e defendem apontando diferentes métodos de prevenção e controle a partir do conhecimento do curso de desenvolvimento de uma doença. No modelo, a prevenção se

constitui na ação antecipada com o objetivo de interceptar ou anular a ação de uma doença e deve ocorrer nos períodos de pré-patogênese e patogênese, em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A promoção da saúde estaria inserida na prevenção primária, na pré-patogênese, pressupondo medidas em relação à moradia, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada, educação (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999). Assim, a promoção da saúde ganha contornos mais específicos, com estratégias e ações junto aos grupos sociais e com o foco na doença. E o modelo passa a sustentar no âmbito da prática médica a medicina preventiva.

A medicina preventiva reforçava o entendimento da doença nas relações mais diretas de causalidade e, apesar de considerar as variáveis sociais, não as tratava como determinantes ou condicionantes relacionados ao modelo de Estado (BARATA, 2005). A inflexão para uma discussão sobre a determinação social da doença associada à visão de condições estruturais que afetam a vida de uma coletividade ocorrerá nos anos 1970, quando a desigualdade se acentua em muitos países e o modelo de proteção do Estado adotado pelos países avançados colocava-se em questão.

A década de 1970 foi fundamental para disparar o debate sobre a promoção da saúde, concebida como estratégia para o enfrentamento das questões da saúde para além da assistência médica, seja para diminuição de gastos ou para minorar questões mais amplas. O fato é que, nesse momento, a promoção é proposta para agir sobre os modos de vida da população, associando a ocorrência de enfermidades aos comportamentos de risco, cuja base é a discussão do Informe Lalonde, publicado no Canadá em 1974, e o relatório *‘Healthy people’*, publicado nos Estados Unidos em 1979 (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

A década de 1980 foi decisiva para afirmação do movimento internacional em torno da promoção da saúde. O principal evento da década e marco para a mudança do paradigma do movimento de promoção da saúde

foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. O relatório final divulgou a proposta de uma ‘Nova Promoção da Saúde’, trazendo um ‘novo olhar’ baseado na ótica dos determinantes e condicionantes da saúde. Tal olhar se constituiu num avanço no debate na medida em que passava a entender que para promover saúde era necessário ir além de propor a alteração do estilo de vida, já que este se reportava exclusivamente à esfera individual, devendo-se trabalhar na perspectiva do conceito ampliado de saúde. O documento produzido na conferência ficou conhecido como ‘Carta de Ottawa’ e tornou-se o principal documento de referência para a promoção da saúde elaborado em consonância com os princípios apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Assiste-se, portanto, nos anos 1980, uma série de transformações no debate da promoção da saúde, que passou a ser disseminada por todo o mundo, trazendo em seu bojo diferentes perspectivas e configurando um campo de tensão entre autores com diferentes visões acerca do seu uso. A mudança de paradigma em torno do que se entendia por promoção da saúde inaugurou o dilema que se pode resumir na tensão entre dois grandes blocos nesse campo: um que mais se aproxima da concepção de Lalonde, focada na abordagem comportamental, no estilo de vida individual, e outro que amplia seu foco além do estilo de vida, vinculando-se à discussão dos determinantes sociais da saúde e tendo como marco Ottawa (SILVA; BAPTISTA, 2014).

Na década de 1990, há uma maior divulgação e oferta do movimento como estratégia de política pública para que os países redesenhassem seus modelos de assistência à saúde, com diversas conferências que reafirmavam os conceitos e produziam documentos norteadores. Esse período é também marcado pela presença das relações internacionais, com maior força da globalização e aparente diluição das fronteiras mais rígidas entre países.

No Brasil, o debate em torno da promoção da saúde inicia-se numa crítica ao modelo da medicina preventiva e da HND na década de 1970. Arouca (1975), na tese ‘O dilema preventivista’, apresenta os limites do modelo, concluindo que a medicina preventiva representava uma simplificação do real e um afastamento das determinações, pois desconsiderava as condições inerentes ao processo saúde-doença, atendo-se apenas a uma dimensão no cuidado à saúde em detrimento da discussão da causa das causas.

A crítica de Arouca e de tantos outros pensadores da América Latina nessa década (como Breilh, Donnangelo, Tambellini, Possas, Laurell) mobilizava uma leitura abrangente sobre os determinantes sociais, remetendo ao debate sobre a política de proteção adotada pelos Estados, os direitos sociais e a tensa relação entre política econômica e política social.

Durante os anos 1980, o debate brasileiro manteve-se distante da discussão da promoção da saúde como movimento internacional, pois havia o interesse claro em aprofundar a discussão da causa das causas e a determinação social da doença, não havendo espaço para o foco específico na discussão da promoção da saúde (SILVA; BAPTISTA, 2014).

Nos anos 1990, a promoção da saúde começou a ocupar espaço no debate político-institucional brasileiro, mas somente no final da década inicia-se um movimento concreto de institucionalização da promoção da saúde como política nacional, com a formalização da cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (BUSS; CARVALHO, 2009). O debate em torno da definição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) transcorreu durante os anos 2000, sendo um primeiro documento de discussão apresentado em 2002, sua institucionalização aprovada em 2006 e sua redefinição, em 2014.

Este artigo discute os argumentos presentes nos diferentes textos da PNPS apresentados no contexto brasileiro a partir dos anos

2000 com o objetivo de reunir elementos para a compreensão de como a promoção da saúde ganhou institucionalidade e entrou na agenda governamental, despertando a atenção e o interesse dos formuladores de políticas e colocando em discussão a perspectiva de promoção da saúde adotada na política nacional.

O texto está estruturado em quatro partes. Na primeira, abordam-se os caminhos da pesquisa. Em seguida, apresenta-se o contexto dos anos 2000 e as interfaces com a discussão da PNPS no Brasil. Na terceira parte discute-se os argumentos que fundamentaram os diferentes documentos da PNPS apresentados nos anos 2000. Na última parte sintetizam-se os principais achados e desdobramentos dessa política para o sistema de saúde brasileiro com questões pertinentes ao debate da promoção da saúde na atualidade.

## Caminhos da pesquisa

O estudo assume a política como um processo dinâmico que se constitui a partir da mediação de conflitos, disputas e interesses dos atores e grupos envolvidos no debate. Assim, parte-se do entendimento que o documento de uma política é, em geral, a expressão de um processo de negociação e consenso em torno de uma questão, refletindo o contexto em que se insere (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

Para a análise de como a Política Nacional de Promoção da Saúde ganhou institucionalidade e entrou na agenda governamental no Brasil, duas estratégias de pesquisa foram importantes: a revisão bibliográfica e a revisão e análise documental.

A revisão bibliográfica foi fundamental para o reconhecimento das 'construções históricas' e sentidos de promoção da saúde enunciados nos textos oficiais e possibilitou a identificação da rede de atores e instituições que participaram do debate no Brasil. Nesta revisão, foi importante considerar os textos e materiais gerados em seminários,

oficinas de trabalho da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), bem como as sínteses das conferências nacionais e internacionais de promoção da saúde.

Já a revisão de documentos, foi a estratégia central do estudo. Identificaram-se três documentos de base para análise da política: o documento para discussão de 2002, com a primeira formulação de uma PNPS no Brasil, e os documentos oficiais da PNPS de 2006 e 2014, editados pelo Ministério da Saúde (MS) e amplamente divulgados. A análise dos diferentes textos da política (2002, 2006 e 2014) possibilitou o reconhecimento das estruturas, convergências e divergências entre os documentos, bem como os principais argumentos presentes em cada contexto.

Todo o material de pesquisa foi analisado a partir de categorias temáticas identificadas no processo de leitura dos documentos. As referências bibliográficas foram fundamentais no contraponto aos argumentos e visões expressos nas diferentes fontes.

## O contexto para construção da PNPS

A promoção da saúde ganhou espaço no debate nacional no final dos anos 1990 e foi editada como política pela primeira vez no ano de 2006.

O legado dos anos 2000 está na compreensão do que foi a década de 1990, permeada de contradições, avanços e rupturas com a condução política da década anterior, refletindo os embates decorrentes da crise do Estado e a captura por interesses privados e pela globalização. Fagnani (2005) destaca que, durante a década de 1990, o gasto social brasileiro passou a ser o 'grande vilão' da economia, da estabilidade da moeda e das contas públicas. Uma solução indicada para combater a desigualdade estava em deslocar os recursos de programas universais para programas centrados na transferência de renda. Assim, para o autor, a partir de 1990, assistiu-se a



uma contínua tentativa para fazer regredir a cidadania conquistada, negando direitos constitucionais e reduzindo a questão social aos ‘mais pobres dentre os pobres’.

Ao final da década, é possível perceber uma mudança de rota. O controle da inflação já não era mais a única política a ser mantida; pode-se falar de investimento e novas políticas. É nesta oportunidade que surgem ou que se fortalecem muitas políticas específicas na saúde – saúde mental, Programa Saúde da Família (PSF), saúde bucal, transplantes, saúde do adolescente, renais e tantas outras. A promoção da saúde encontra nesse cenário um terreno fértil, favorável para sua disseminação como estratégia, numa combinação de diretrizes com mudanças no modelo de atenção.

No ano de 1997, o MS sofreu uma reestruturação, sendo criadas novas secretarias e áreas, dentre elas a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS). O interesse era constituir, na saúde, um espaço privilegiado de atuação política, uma ‘vitrine da política de governo’ cuja principal estratégia era a municipalização, com prioridade para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, enfatizadas pela constituição do Piso da Atenção Básica (PAB) e estímulos ao Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários (PSF/Pacs) (BAPTISTA, 2003). No âmbito da SPS, a promoção da saúde tornou-se um dos três eixos fundamentais para a formulação de políticas.

Em 1998, o MS, em cooperação com o PNUD, desenvolveu o Projeto Promoção da Saúde em um Novo Modelo de Atenção, cujo objetivo era implementar e consolidar a promoção da saúde no Brasil a partir da operacionalização dos cinco campos da Carta de Ottawa, além de institucionalizar uma política nacional (BRASIL, 2002B).

No ano de 2002, o MS apresentou um documento para discussão intitulado ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’ (BRASIL, 2002A). O documento não foi encaminhado como política, mas já apresentava uma

proposta concreta de formulação para a política nacional, aprofundando as bases conceituais da promoção da saúde a partir do resgate histórico da reforma sanitária, seus princípios e valores.

Em 2003, teve início uma nova gestão ministerial com o início do governo Lula. Mudanças são implementadas na estrutura do MS. A SPS foi extinta e a área da promoção da saúde, antes inserida no contexto da SPS, passou a estar vinculada à Secretaria Executiva (SE) do MS, com a orientação de Gastão Wagner de Souza Campos, então secretário executivo. A vinculação à SE significava a aposta de tornar a política de promoção da saúde transversal às ações das demais secretarias, entendendo que a SE deveria operar como um dispositivo integrador da agenda de vários segmentos sanitários. O conceito ampliado de saúde era o ponto de comunicação entre a promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), tratando-se de um compromisso ético com a integralidade e a gestão participativa que poderia operar na indissociabilidade entre a clínica e a promoção da saúde e entre necessidades sociais e ações do Estado (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

No fim de 2004, novas mudanças ocorrem no MS, em razão das quais a área de promoção da saúde e o debate da política foram deslocados para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), subordinada à Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (CGDANT). Com a mudança, perdeu-se a ênfase na proposta de uma política transversal tal como pensada no âmbito da SE.

Neste contexto, importante movimento na direção da construção da PNPS foi a instituição do Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS) em 2005, com o objetivo de consolidar a proposta de uma PNPS e articular e integrar a promoção da saúde no SUS. Inicialmente, a composição do Comitê pressupôs apenas adotar representantes do setor saúde, da esfera federal. Somente em 2007 foram incorporados

representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) no Comitê Gestor.

Outra instituição importante no debate para o desenvolvimento da política nesse momento foi a Abrasco, que iniciou as discussões relativas ao tema no ano de 2002. O Grupo Temático (GT) da promoção da saúde foi formalmente instituído no ano de 2005. Formou-se, também nesse período, uma rede de atores, entre técnicos e consultores relacionados ao MS, professores e pesquisadores que atuavam nas universidades e instituições de pesquisa e que pressionavam para a formulação da política.

A discussão da política avançou e a promoção da saúde apareceu em documentos e políticas editadas a partir de então. Ressalte-se que o período compreendido entre meados de 2005 e final de 2006 foi marcado por um longo período de transitoriedade no MS. Houve, por um lado, continuidade e a institucionalização de diversas políticas, editadas por secretarias diferentes, mas também ocorreu a falta de integração e contradições entre as diretrizes das políticas, o que refletiu especificamente no entendimento do conceito de promoção da saúde empregado. Um bom exemplo dessas contradições e dificuldades para interação das áreas e secretarias do MS se expressam nos documentos do Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No Pacto, a promoção da saúde apresentou-se focada em ações restritivas, na perspectiva de 'internalizar a responsabilidade individual' na prática de atividade física, combate ao tabagismo e alimentação saudável (BRASIL, 2006), na PNAB, a promoção da saúde é entendida como área estratégica para a operacionalização da política.

### **Os diferentes documentos da política e os sentidos de promoção da saúde**

Apesar da ordem cronológica dos acontecimentos em torno da construção de um texto para a conformação da PNPS, não

houve a continuidade em sua redação. Na análise dos documentos de 2002, 2006 e 2014, é possível perceber pontos de convergência, divergência e contradições em torno do que se pretende por em prática como política de promoção da saúde. Não se trata de eleger o melhor documento nem mesmo de estabelecer julgamentos; o objetivo da análise volta-se para o entendimento dos textos como processos políticos, atravessados pelos contextos e possibilidades reais de cada tempo, sofrendo interferências dos atores políticos e das arenas em que se conformaram, aproveitando as oportunidades para a entrada na agenda de governo e para institucionalização como política nacional.

O documento para discussão da PNPS apresentado em 2002 não foi encaminhado como política de governo, mas sua estrutura e os argumentos que apresenta justificam sua análise como documento de política, além de expressar o debate nesse período. O texto inicia com uma citação de Paulo Freire e estabelece as interseções entre o movimento internacional da promoção da saúde e a realidade brasileira, destacando o processo de redemocratização e a constituição das bases operacionais para implementação das legislações existentes. Com isso, abandona o tom de recomendação internacional para reforçar o reconhecimento das necessidades locais com proposições acerca do fazer saúde.

O documento recupera o compromisso que os países assumiram de abordar os determinantes básicos e os pré-requisitos para a saúde e destaca que a promoção da saúde deveria desencadear um processo amplo, com parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, numa reflexão sobre o objeto saúde, como um conceito em construção, que coloca em discussão os problemas impostos pela realidade sanitária, exigindo um olhar além da doença.

O conceito de autonomia utilizado no documento também está referido a Paulo Freire, destacando a afetividade, a amorosidade, a

capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e indissociáveis das demais dimensões humanas. Dessa forma, a promoção da saúde é indicada como vivencial e colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados, tanto pela ciência como pelas tradições culturais locais e universais. Ou seja, reforça o reconhecimento de que as ações de promoção da saúde apresentam um 'componente regulatório', mas faz a aposta de que tais ações podem ser mais indutoras e estar a serviço do desenvolvimento humano e do processo de emancipação da nação, com mobilização comunitária e intimamente vinculada à concepção de território vivo, de Milton Santos.

O documento afirma que a promoção da saúde não deveria ser mais um nível de atenção e nem deveria corresponder a ações anteriores à prevenção, colocando-se o desafio de reorientar os serviços de saúde para superar a fragmentação do assistir à doença, em direção à atenção integral. Com isso, a aposta refere-se às estratégias intersetoriais para definição de problemas prioritários, buscando a integração e implementação pelos municípios.

O documento para discussão de 2002 não apresenta autoria. Trata-se de um texto que discute em profundidade a temática da promoção, numa interface com as ciências humanas e sociais. O uso de um vocabulário diferenciado e crítico chama a atenção. E, apesar de enunciar-se como um documento propositivo da Política, não apresenta estratégias ou ações para operacionalização de uma política.

O documento aprovado em 2006 segue outro caminho discursivo em relação ao de 2002. Foi assinado pelo Ministro José Azenar, que apresenta um panorama geral da promoção da saúde no campo da saúde, recuperando a Agenda de Compromisso pela Saúde definida pelo MS em 2005 e o Pacto pela Saúde de 2006. O Ministro identifica como grande desafio para a PNPS o estabelecimento de um diálogo entre as diversas áreas do setor saúde, incluindo o setor privado, não governamental e outros setores do governo. Com tal ênfase,

a política ainda define-se como uma proposta de caráter transversal e intersetorial, numa discussão próxima à que se realizava desde 2003 no âmbito da SE.

Na PNPS de 2006, há um esforço em conceituar a promoção da saúde a partir dos marcos legais das cartas da promoção internacionais. Assim, por meio de um panorama geral, a PNPS localiza o debate como estratégia de articulação transversal, com estreita relação com a vigilância em saúde, privilegiando o bem de todos e a construção de uma sociedade solidária, cujo objetivo geral se concentra em torno da redução de vulnerabilidade e riscos à saúde e da qualidade de vida. Nesse ponto, a discussão se aproxima da vigilância em saúde e, portanto, do conceito de prevenção.

A estrutura do documento reforça uma preocupação com a definição de estratégias de ação que sejam passíveis de acompanhamento, com proposições e compromissos de gestão que reforçam a promoção da saúde de caráter regulatório, focada na mudança dos estilos de vida e na redução de fatores de risco, ainda que acompanhada da perspectiva do conceito ampliado de saúde.

A ênfase discursiva do documento define estratégias prioritárias que reforçam uma dada perspectiva de promoção da saúde, que visa ao controle e prevenção de doenças com ações que pautam hábitos e estilos de vida, como: alimentação saudável, prática corporal, atividade física, controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

O documento de 2006 recorreu exclusivamente a textos nacionais oficiais, sem qualquer menção ao documento produzido em 2002. É um documento que adota o discurso oficial, com objetivos e ações que não condizem com a dimensão complexa ora apresentada no debate da política, mantendo-se restrito ao debate das estratégias para combate dos

determinantes sociais da saúde. Evidencia-se nos documentos e bibliografia que a política mediou diferentes interesses e grupos do MS e acabou conformando um texto com diferentes enfoques, num consenso possível.

Em 2014, o documento da PNPS de 2006 passou por um processo de redefinição, que, para Rocha *et al.* (2014), foi resultado de ‘múltiplos movimentos simultâneos’ envolvendo o GT promoção da saúde da Abrasco, MS, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Comitê Gestor da PNPS. Ampliou-se o processo de participação em relação a 2002 e 2006, envolvendo e mobilizando diferentes atores em torno da revisão da política.

A redefinição da PNPS de 2014 (BRASIL, 2014), assinada pelo então ministro da saúde Arthur Chioro, justificou-se no próprio texto pela necessidade de incrementar as ações de promoção da saúde no território, garantindo sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS. O texto apresenta esse esforço de aproximação com os diferentes movimentos da promoção fazendo menção nas considerações iniciais a portarias e decretos da saúde publicados de 2007 a 2012.

Toda essa fundamentação legal imprime ao documento um tom de articulação e íntima relação com os pressupostos das demais políticas de saúde que se destacam nos anos 2000, as quais precisam se debruçar sobre a lógica de organização do SUS com um olhar voltado para o território e a partir dele, considerando a regionalização e um conjunto claro de dispositivos de financiamento e cogestão.

O enunciado da política fundamenta-se no conceito ampliado de saúde e nos referenciais teóricos da promoção da saúde, buscando a produção da saúde nos âmbitos individual e coletivo, enfatizando a necessidade de articulação intra e intersetorial e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com as demais redes de proteção, privilegiando a participação e o controle social.

Dentre as mudanças, o documento estabelece um conjunto de valores considerados fundantes no processo de efetivação da

política, quais sejam: solidariedade, felicidade, ética, respeito à diversidade, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social. É interessante destacar o argumento da ‘felicidade’, que, no conjunto de argumentos de 2002, já era tratada como relevante e indissociável das demais dimensões humanas, mas não fez parte do texto de 2006, sendo retomada em 2014.

O objetivo geral da PNPS continua em torno da redução de vulnerabilidade e riscos à saúde e da qualidade de vida, no sentido da promoção da equidade e da melhoria das condições e modos de viver. Dentre os temas prioritários, foram mantidos aqueles tratados como ações estratégicas na PNPS de 2006, tais como: alimentação, atividades físicas, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas; cultura da paz e desenvolvimento sustentável. A novidade decorreu do conceito ampliado de promoção da mobilidade segura e da formação e educação permanente, embora ambos, em alguma medida, também já estivessem presentes em 2006.

O documento finaliza com a divisão de competências gerais e privativas de cada esfera de governo e com a definição sobre o financiamento, indicando que este deve ser objeto de pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Diferentemente dos documentos de 2002 e 2006, o texto de 2014 apresenta-se num formato mais rígido de lei, não fazendo menção a referências bibliográficas ou autoria.

Para melhor compreensão dos diferentes enfoques nos documentos, elaborou-se um quadro comparativo dos documentos de 2002, 2006 e 2014, onde estabeleceram-se eixos de análise para aprofundar o debate, sem a pretensão de esgotá-los (*quadro 1*). Trata-se de visualizar as transformações ocorridas ao longo da produção do texto da política, não somente do ponto de vista de sua redação, mas dos sentidos em disputa que definiram as escolhas conceituais da perspectiva que prevaleceu na PNPS em 2014.

Quadro 1. Documentos da Política Nacional de Promoção da Saúde (trechos dos documentos - página) - 2002, 2006, 2014

Argumentos	2002	2006	2014
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tornar as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano;</li> <li>- Reduzir as desigualdades quanto ao acesso às oportunidades para o desenvolvimento máximo do potencial de saúde;</li> <li>- Qualificar o Sistema Único de Saúde na perspectiva da promoção da saúde como enfoque que permeie suas políticas e ações e favoreça sua sustentabilidade, por meio da melhor efetividade na abordagem dos problemas de saúde e redirecionamento de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geral: Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.</li> <li>- 12 objetivos específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geral: Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.</li> <li>- 13 objetivos específicos.</li> </ul>
Reforma Sanitária e Conceito Ampliado de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Brasil vem construindo a partir de sua reforma sanitária um extraordinário processo de reforma do Estado no setor (5)</li> <li>- Políticas de promoção da saúde devem contribuir para o aprofundamento das promessas da reforma sanitária brasileira (10)</li> <li>- Recolocar o conceito amplo e positivo de saúde, como valor de vida (27)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (8ª CNS, 1986) Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira (10)</li> <li>- Na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (10)</li> <li>- Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde [...] (10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde (2)</li> </ul>
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades (9)</li> <li>- Novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos (10)</li> <li>- Promover saúde é educar para a autonomia como construído por Paulo Freire (13)</li> <li>- Reorientação do cuidado na perspectiva do respeito à autonomia (36)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público (17)</li> <li>- Redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a corresponsabilização e autonomia da população (37)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades (3)</li> <li>- Estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia (4)</li> <li>- Autonomia de sujeitos e coletividades (5)</li> <li>- Corresponsabilização e autonomia da população (8)</li> </ul>
Emancipação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embora tenha um componente regulatório, devem ser mais indutoras e estar a serviço do desenvolvimento humano e do processo de emancipação da nação (14)</li> <li>- Os países periféricos e semi-periféricos como o Brasil, devem se debruçar em discutir e construir alternativas ao desenvolvimento, sustentadas numa lógica ecológica e emancipatória (16)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não utiliza o termo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação e formação como incentivos à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos (7)</li> </ul>

Quadro 1. (cont.)

Argumentos	2002	2006	2014
Participação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular (12)</li> <li>- A participação da população não somente nas instâncias formais, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes (19)</li> <li>- Ampliar a participação social e comunitária nas decisões de gestão, no acompanhamento e controle das políticas (28)</li> <li>- Incentivar a participação comunitária nas decisões da gestão, reforçando o papel do controle social (38)</li> <li>- As evidências mostram que a participação em grupos exerce um fator protetor para a saúde (38)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (11)</li> <li>- A criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais (11)</li> <li>- A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (12)</li> <li>- Mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (12)</li> <li>- Respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório (27)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (2)</li> <li>- Incentivar à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecimento da participação (4)</li> <li>- Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social (4)</li> <li>- Fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa (9)</li> <li>- Identificar e promover canais de participação no processo decisório (12)</li> <li>- Promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios (12)</li> </ul>
Empoderamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não utiliza o termo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer a participação social como fator fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário (19)</li> <li>- Estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos (31)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequados às suas condições sócio-econômico-culturais (3)</li> <li>- Empoderamento coletivo e construção compartilhada de ações de promoção da saúde (4)</li> <li>- Promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão (5)</li> </ul>
Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular (12)</li> <li>- Outras medidas consideradas de promoção de saúde, além de caracterizar políticas intersetoriais, representam tomada de posição da Nação (22)</li> <li>- Superar a fragmentação do Estado moderno, admitindo a construção de políticas e ações intersetoriais (27)</li> <li>- Gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde (29)</li> <li>- Aprofundamento do debate dos problemas relacionados com a saúde de forma intersetorial (41)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos (14)</li> <li>- Mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem a promover a alimentação saudável e reduzir o risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (30)</li> <li>- Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais e atividades físicas (34)</li> <li>- Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação (37)</li> <li>- Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual (38)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial (2)</li> <li>- Intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores (3)</li> <li>- Estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial (4)</li> <li>- Organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais (4)</li> <li>- Articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns (7)</li> <li>- Orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios (8)</li> <li>- Promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNPS (11)</li> </ul>

Quadro 1. (cont.)

Argumentos	2002	2006	2014
Vulnerabilidade	- Não utiliza o termo	- Visando a romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (15) - Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (17) - Ofertar práticas corporais e atividade físicas voltadas tanto para a comunidade como um todo como para grupos vulneráveis (33) - Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis (37)	- Reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais (4) - Reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (4) - Fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que [...] aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde (5) - Construir mecanismos de identificação das potencialidades e das vulnerabilidades (9)
Evidências	- Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica (8) - Podemos trabalhar com evidências na promoção da saúde se ela se configura como um campo de ações transversais e multissetoriais, que mistura enfoques e abordagens variadas (15) - Um problema crônico em promoção da saúde é a falta de evidências claras de sua efetividade (25) - As evidências mostram que a participação em grupos exerce um fator protetor para a saúde, principalmente para os transtornos mentais (38)	- (Ao se retomarem as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa) até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos (14) - Nessa linha de intervenção (comportamental) já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos (14) - Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais e atividades físicas (35)	- Estimulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão (4)

Fonte: BRASIL, 2002, 2006, 2014.

## Conclusão

Identificamos nos três documentos da PNPS três momentos distintos, que, de alguma forma, se complementaram no decorrer da construção da política, denotando a busca pelo amadurecimento do debate.

O primeiro momento foi marcado pelo documento para discussão para uma PNPS de 2002 contendo a apresentação de conteúdo que defende o esforço de teorização do campo, trazendo para a agenda política a necessidade do desenvolvimento de ações, ainda que de maneira pouco clara até então, mas que

evidencia a urgência e a importância da deflagração da temática na saúde coletiva no Brasil.

Sob pena de ser classificado como movimento capturado pela agenda internacional – até então bastante evidente e com um apelo claro para formalização como política pelos países –, o documento fez o esforço de teorização com base em autores, experiências e referências brasileiras, no sentido de demonstrar que tudo aquilo, embora presente na pauta internacional, encontrava-se intimamente vinculado aos preceitos da reforma sanitária, merecendo a atenção de sua institucionalização como política.

O segundo momento, com a edição da PNPS de 2006, não parece guardar referência direta com o primeiro momento quanto à continuidade, já que se estabelecem sobre novas bases, com um forte componente de vigilância, não só em função de seu novo lugar na estrutura do MS (SVS), como também fundamentado em evidências que demonstravam a urgência no desenvolvimento de uma política que se mostrasse potente no enfrentamento dos agravos não transmissíveis. A agenda da promoção da saúde se organizou, portanto, em torno de um conjunto de questões estratégicas com um forte componente regulatório, focando na mudança dos estilos de vida e redução dos riscos, estando mais alinhada à orientação da SVS e devendo responder às situações identificadas pelos indicadores de saúde.

Assim, em 2006, há uma inflexão importante da política com maior operacionalização e definição de estratégias para execução da política. Enquanto o documento de 2002 apresentava uma reflexão conceitual, sem proposições claras e implementáveis, o documento de 2006 trazia proposições e perda na profundidade do debate, com o intuito de responder a uma demanda clara de operacionalização da política.

O terceiro momento, identificado com o documento de 2014, parece unir algumas pontas, retomando e aprofundando os conceitos de promoção da saúde e, ao mesmo tempo, preservando os elementos já presentes e identificados como necessários na política de 2006, tais como alimentação saudável, tabagismo, atividade física, por exemplo. Avança na interlocução com os demais dispositivos das políticas no âmbito do SUS, procurando não perder de vista a necessidade real de por em prática ações concretas.

O que está em questão em 2014 já não é mais a importância ou não da promoção da saúde e sim de que forma ela pode ou não contribuir de maneira articulada com os demais componentes e políticas de saúde.

Uma das grandes apostas do documento de 2014 está no destaque que se dá à intrasetorialidade, reconhecendo a complexidade do setor saúde e as disputas inerentes ao campo, alertando para o grande desafio de construção de consensos em seu interior, tanto quanto para fora dele, o que torna necessário assumir e empreender o debate da promoção da saúde com a saúde, no SUS.

Nesse sentido, a revisão do documento da política em 2014 trouxe de volta ao debate a discussão de valores, para a criação de um fazer que articule diferentes dimensões humanas, partindo de um reconhecimento ampliado de saúde, que já não se contenta com ações fragmentadas, isoladas e desconectadas entre si. A construção do documento envolveu diferentes atores, dos diferentes territórios, das diferentes regiões do Brasil, com o objetivo de desenvolver um debate articulado e consciente das novas necessidades do SUS, das demais políticas e formas de organização.

Trata-se de complementaridade, e não necessariamente de continuidade, o que reconhecemos na trajetória de tal política. Questões aparentemente superadas em 2002, ganham fôlego em 2006 e são retomadas em 2014, a exemplo da discussão de risco que foi retomada em seu sentido mais amplo e não mais com ênfase nos agravos, como em 2006.

Ainda assim, é preciso reconhecer que o debate da promoção da saúde apresenta uma trajetória discursiva que permite o uso polisêmico e vinculado aos interesses e pretensões de quem o empreende. É interessante observar que os dilemas desse campo, presentes desde o século XVIII, ainda são bastante atuais, em especial na tensão entre ações individuais e coletivas, exigindo reflexão constante sobre o sentido de promoção da saúde que se quer alcançar (FERREIRA; CASTIEL, 2009).

O debate brasileiro recente revela essas tensões, e a definição de uma Política de promoção da saúde parece tanto reforçar uma tendência prescritiva e normalizadora da saúde como produzir o debate acerca dos determinantes sociais e a adoção de



uma concepção ampliada de saúde. Nesse sentido, politizar o debate é o primeiro passo na construção de uma política de promoção da saúde no Brasil. De um lado, reconhecer o protagonismo dos sujeitos na construção da saúde tem se mostrado uma importante ferramenta na divulgação de um conceito

ampliado de saúde, mas, de outro, é preciso reforçar a responsabilidade do Estado na produção de condições de vida condizentes com as necessidades da população, para não se correr o risco de se afirmar uma política que, principalmente, culpabiliza e responsabiliza o indivíduo pela sua não saúde. ■

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Bases históricas da epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, 1986.
- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 197 f. 1975. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de saúde no pós-constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil*. 2003. 346 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro, 2011. Mimeo.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 23 out. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446/GM de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Relatório de Gestão 2000-2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.
- BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.
- FAGNANI, E. *Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. 2005. 605 f. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 865-872, 2011.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 68-76, 2009.

ROCHA, D. G. *et al.* Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 441-465, 2014.

TERRIS, M.; CARVALHO, D. M. As relações dinâmicas da epidemiologia com a sociedade: a conferência Robert Cruikshank. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 545-566, 2005.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em agosto de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro

*The Family Health Support Centre: national proposal and implementation in towns of Rio de Janeiro*

Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio<sup>1</sup>, Cristiani Vieira Machado<sup>2</sup>, Márcia Cristina Rodrigues Fausto<sup>3</sup>

**RESUMO** O artigo analisa a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) como uma estratégia da política de Atenção Básica brasileira, com base nas diretrizes nacionais e a implementação local. O estudo compreendeu dois eixos: caracterização e implantação nacional do Nasf; e realização de dois estudos de caso municipais no estado do Rio de Janeiro. Os resultados mostraram que a expansão nacional do Nasf foi expressiva, porém desigual no País e no estado do Rio. O processo de implementação local variou conforme o contexto, as condições de gestão, as características da Atenção Básica e com as decisões políticas dos atores municipais, com implicações para o funcionamento dos núcleos.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *This article analyzes the deployment of the Family Health Support Centre as a strategy under the Brazilian primary health care policy, regards the national guidelines and local implementation. The study focuses on two objectives: the description of the Nasf and its national implementation; and the development of two local case studies in Rio de Janeiro State. The results showed that Nasf growth has been expressive, yet unequal, both nationwide and in Rio de Janeiro. The local implementation process varied according to the context, the management conditions, the primary health care characteristics and to political decisions made by local actors.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Family Health Strategy; Public health Policy; Unified Health System.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [sssmarins@yahoo.com.br](mailto:sssmarins@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [cristiani@ensp.fiocruz.br](mailto:cristiani@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [marciafausto@ensp.fiocruz.br](mailto:marciafausto@ensp.fiocruz.br)

## Introdução

Nas últimas décadas, o tema da Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou destaque nas agendas políticas e na produção acadêmica, existindo diferentes concepções sobre o seu papel nos sistemas de saúde.

A APS pode ser interpretada de quatro formas distintas, não excludentes: um conjunto de atividades; um nível de atenção; uma estratégia para a organização do sistema e uma filosofia que deve permear todo o sistema de saúde, relacionada ao reconhecimento do direito à saúde (VUORI, 1986).

Starfield (2004) afirma que a APS deve se basear em tecnologia e métodos práticos, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de saúde e elemento fundamental para assegurar o processo de atenção continuada à saúde. A autora propôs quatro atributos para balizar a organização da APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação.

Quanto à organização do trabalho na atenção primária, Gérvas (2004) identifica certa escassez de estudos comparativos sobre as formas de organização, modalidades de pagamento e composição das equipes profissionais. O autor reconhece o esforço em alguns países europeus (Espanha, Finlândia, Grécia, Portugal e Suécia) de cooperação interdisciplinar na APS, com presença de diversos profissionais nas equipes, tais como: médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais.

No Brasil, a partir dos anos 1990, houve uma expansão dos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS). Isso aconteceu por meio da indução federal do Programa Saúde da Família, que preconizou a formação de equipe mínima de profissionais para a Atenção Primária, composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Nos anos 2000, a política nacional passou a incentivar a ampliação dos profissionais

envolvidos na saúde da família, além da equipe mínima, mediante normas e incentivos financeiros, por meio da conformação de equipes de saúde bucal a partir de 2001 e pela proposição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em 2008 (BRASIL, 2008).

O Nasf representa uma proposta federal de inserção de outros profissionais na saúde da família com o objetivo de apoiar as equipes mínimas já existentes, expandir o escopo e melhorar a resolutividade das ações. Dessa forma, constituiu-se uma importante inovação da política nacional nos anos 2000 ao propiciar a expansão e diversificação de profissionais na Atenção Básica (AB) e enfatizar a lógica de apoio matricial nesse âmbito, reiterando a saúde da família como estratégia central para a organização da ABS (CASTRO; MACHADO, 2012).

A proposta do Nasf se fundamenta nas concepções de equipe de referência e de apoio matricial que, para Campos e Domitti (2007) são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e metodologias para a gestão do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a Equipe de Saúde da Família (EqSF) seria a referência do cuidado para o sujeito e o Nasf configuraria a estratégia de apoio matricial a essa equipe (BRASIL, 2009).

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que se propôs a analisar a implantação do Nasf como uma estratégia da política de AB no Brasil, com base nas diretrizes nacionais e os processos de implementação local. O estudo realizado partiu da hipótese que a adoção da proposta do Nasf implica a reconfiguração da organização do trabalho das equipes locais de AB, podendo vir a assumir diferentes formatos, a depender das opções políticas e das características dos serviços nos distintos municípios.

## Metodologia

O estudo compreendeu dois eixos: (1) descrição do contexto nacional, por meio da caracterização da proposta e da implantação nacional

do Nasf; e (2) análise da implantação do Nasf no estado do Rio de Janeiro, considerando o panorama estadual e o processo de implementação em dois municípios-caso selecionados.

O recorte temporal do estudo corresponde ao período inicial de implantação do Nasf, de 2008 (ano de publicação da regulamentação do Nasf e início de sua implantação no País) a 2011 (ano de realização da pesquisa de campo nos municípios).

Partiu-se da proposição de Walt (1994) que o estudo das políticas de saúde requer a compreensão do processo político e do conteúdo das políticas. Definiram-se as seguintes dimensões de análise: desenho do Nasf (diretrizes, estratégias, inserção na política de AB); composição profissional dos Nasf (nacional, estadual, municipal); panorama da implantação do Nasf (no plano nacional e estadual, considerando a razão de equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF/Nasf); processo de implementação e características do Nasf nos municípios selecionados (estratégias para a implementação, lógica de funcionamento, relação com as EqSF e com a rede de atenção).

O primeiro eixo do estudo – contexto nacional – compreendeu inicialmente a caracterização da análise da proposta do Nasf com base em revisão bibliográfica e em análise documental, considerando os enunciados quanto a seus propósitos, desenho e estratégias de operacionalização no âmbito da política de AB. A revisão bibliográfica foi realizada nas bases: Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A análise documental compreendeu documentos e portarias do Ministério da Saúde relativos à AB e ao Nasf identificados na página institucional e no sistema Saúde Legis.

O panorama nacional de implantação dos Nasf de 2008 a 2011 foi mapeado a partir de dados secundários da evolução quantitativa de EqSF e dos Nasf obtidos da Sala de Apoio

à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde para o cálculo do indicador ‘razão entre EqSF e os Nasf’ (número de EqSF/número de Nasf) nos âmbitos nacional, regional e estadual. A proposição desse indicador se baseou no parâmetro nacional de recomendação de um Nasf para cada 8 a 15 EqSF. Os dados de composição profissional dos Nasf para o Brasil foram extraídos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O segundo eixo do estudo enfocou a adesão e implantação do Nasf no estado do Rio de Janeiro, considerando o panorama estadual e dois estudos de casos municipais. Inicialmente, analisaram-se os 33 projetos enviados pelos municípios para cadastramento dos Nasf, de onde se obtiveram os dados de composição profissional dos Nasf no Estado. Realizou-se ainda uma entrevista semiestruturada com um dirigente estadual envolvido no processo de implantação dos Nasf.

De maneira análoga ao diagnóstico nacional, o panorama estadual de implantação do Nasf foi mapeado considerando-se o indicador ‘razão entre EqSF e os Nasf’ no conjunto do Estado, em suas regiões e municípios. A fonte utilizada para aferir o número de Nasf foram os projetos municipais.

A seleção dos municípios do estado do Rio de Janeiro para estudo de casos considerou os critérios: credenciamento do Nasf pelo Ministério da Saúde há mais de um ano, porte populacional, diversidade de inserção regional e indícios da adoção de modelos de funcionamento distintos (segundo os projetos analisados e informações do dirigente estadual entrevistado). Selecionaram-se dois municípios de diferentes regiões do Estado, sendo um de pequeno porte (até 50 mil habitantes) e outro de médio porte (entre 50 e 100 mil habitantes).

Os estudos de caso foram realizados nos dois municípios (identificados como A e B), considerando o contexto e o processo como foram implementados os Nasf no nível local, estratégias adotadas, composição profissional e funcionamento dos Nasf. Os métodos

envolveram análise de documentos municipais, visitas aos Nasf e a realização de entrevistas semiestruturadas, sendo duas entrevistas no município A (com um dirigente de AB e um profissional do Nasf) e três entrevistas no município B (com um dirigente de AB, um coordenador do Nasf e um profissional de um Nasf).

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável por meio do Parecer N° 224/10.

## Resultados e discussão

### O Nasf: a proposta e o contexto inicial de implantação nacional

A proposta do Nasf foi formulada pelo Ministério da Saúde, em debates com outros atores nacionais, com o objetivo de ampliar o escopo da AB e sua resolutividade, reforçando a ESF. O cerne da proposta é a constituição de equipes compostas por profissionais de saúde relevantes para o cuidado na ABS, mas que não constituíam as equipes mínimas de saúde da família, visando a oferecer apoio a essas equipes e fortalecer algumas linhas de cuidado em saúde (BRASIL, 2009).

Os debates sobre a incorporação e expansão de outras categorias profissionais na AB que culminaram na proposta do Nasf tiveram início em 2003 no âmbito do Ministério da Saúde, se expressando nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde até 2008, quando a proposta foi lançada oficialmente. Os atores que se destacaram nesse debate foram o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e representantes de entidades profissionais em saúde (CASTRO; MACHADO, 2012).

O argumento central foi a qualificação da AB, na perspectiva de ampliação de sua

abrangência e escopo e de maior articulação com a rede de serviços. A proposta reforçou a ideia de que as EqSF deveriam permanecer como porta de entrada do sistema, ao enfatizar a importância da atuação do Nasf na lógica do apoio matricial, e não do atendimento ambulatorial especializado (CASTRO; MACHADO, 2012).

O Nasf é constituído por uma equipe de apoio formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam nos territórios de responsabilidade das EqSF. Entre os seus propósitos e diretrizes, destacam-se a busca da integralidade da atenção e de organização de linha de cuidado continuado em conjunto com a EqSF e em articulação com outros serviços. A presença de outros profissionais de saúde e especialidades médicas visa a aprimorar o cuidado ao ampliar o arcabouço de conhecimentos na AB a partir da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial. A partir do trabalho da equipe do Nasf, a porta de entrada pode tornar-se mais resolutiva e promover o acesso mais organizado da população aos outros níveis do sistema de saúde. Nesse sentido, o Nasf pode ser um dispositivo que favoreça uma ABS coordenadora do cuidado e a articulação entre AB e os outros níveis do sistema (BRASIL, 2009).

A proposta do Nasf foi lançada em 2008, posteriormente à publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (BRASIL, 2006), compreendendo duas modalidades: o Nasf 1 composto por, no mínimo, cinco ocupações profissionais de saúde não coincidentes e o Nasf 2, composto, por no mínimo, três (BRASIL, 2008). Em 2010, criou-se a modalidade Nasf 3, voltada a prioridades em saúde mental – atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas – em municípios com população inferior a 20.000 habitantes (BRASIL, 2010).

Propôs-se ainda o Nasf intermunicipal para viabilizar a implantação de núcleos por meio de consórcios entre municípios que não atingissem escala para implantá-los isoladamente

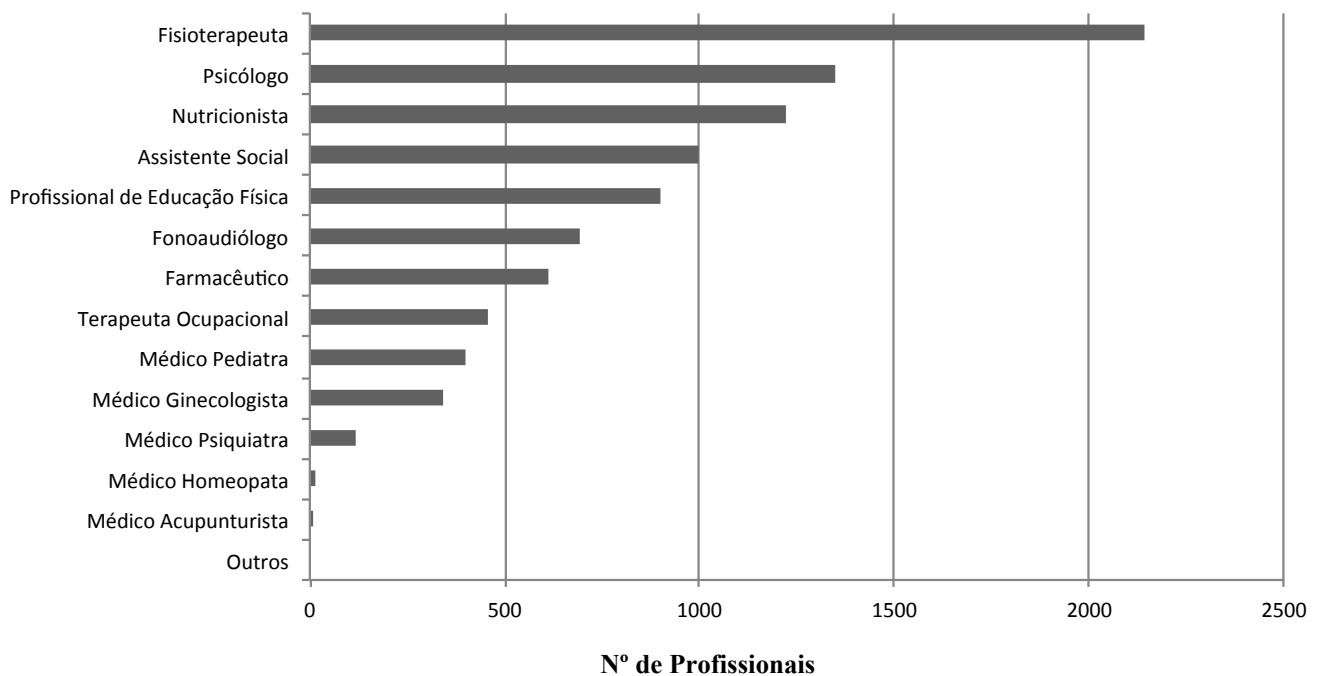
(BRASIL, 2008). No País, foram credenciados 136 Nasf intermunicipais entre 2008 e 2011, ano em que essa modalidade foi extinta.

A PNAB divulgada em 2011 incluiu novas diretrizes para o Nasf, como o aumento, de 13 para 19, das categorias profissionais admitidas para compor o núcleo e o reforço do papel simultaneamente matriciador e assistencial das equipes de apoio. Outras inovações foram: 1) vinculação às equipes de AB de populações específicas – consultório de rua,

equipes ribeirinhas e fluviais – e à Academia da Saúde; 2) flexibilização da carga horária com o objetivo de fixação dos profissionais; 3) extinção do Nasf intermunicipal, mantido o financiamento apenas aos já habilitados; 4) supressão do Nasf 3, que tornou-se automaticamente Nasf 2 (BRASIL, 2012).

Em dezembro de 2011, existiam no território nacional 1.589 núcleos, sendo 1.415 Nasf 1 e 174 Nasf 2, cuja composição profissional é apresentada na *gráfico 1*.

Gráfico 1. Número de profissionais de Nasf credenciados, por ocupação profissional - Brasil, 2011



Em relação à composição dos profissionais nos Nasf, observa-se que a categoria profissional mais frequente nacionalmente é o fisioterapeuta, seguida por psicólogo, nutricionista e assistente social. A pequena quantidade das especialidades médicas em relação às outras categorias profissionais da saúde corrobora o resultado de estudo anterior sobre os condicionantes da formulação da proposta, que registrou forte influência da reivindicação de outras categorias

para inserção na ESF (CASTRO; MACHADO, 2012). Entretanto, destacam-se dentre os médicos, pediatras, ginecologistas e obstetras, o que pode representar a legitimação desses profissionais, que atuam historicamente no âmbito da ABS.

A adesão ao Nasf foi variada no território nacional, como pode ser visto na *tabela 1*, que expõe indicadores selecionados de implantação da ESF e do Nasf por Unidades Federadas (UF), regiões e total do Brasil em 2011.

Tabela 1. Indicadores selecionados de implantação da ESF e do Nasf - UF, regiões, Brasil - 2011

Região	UF	População Estimada	Nº de Equipes de Saúde da Família	Abrangência Estimada ESF %	Nº Nasf 1	Nº Nasf 2	Nº Nasf Total	Razão Equipe de Saúde da Família/ Nasf
Norte	AC	746.386	138	60,0	7	2	9	15,3
	AM	3.538.387	515	48,1	30	1	31	16,6
	AP	684.309	128	63,0	15	2	17	7,5
	PA	7.688.593	952	41,9	52	5	57	16,7
	RO	1.576.455	277	58,0	8	0	8	34,6
	RR	460.165	79	54,6	4	2	6	13,1
	TO	1.400.892	408	86,9	15	4	19	21,4
<b>Total</b>		<b>15.864.454</b>	<b>2.497</b>	<b>50,9</b>	<b>131</b>	<b>16</b>	<b>147</b>	<b>16,9</b>
Nordeste	AL	3.143.384	755	72,3	40	9	49	15,4
	BA	14.097.534	2.748	61,9	103	45	148	18,5
	CE	8.530.155	1.834	69,3	140	10	150	12,2
	MA	6.645.761	1.783	77,9	80	11	91	19,5
	PB	3.791.315	1.242	92,9	97	11	108	11,5
	PE	8.864.906	1.870	68,2	125	11	136	13,7
	PI	3.140.328	1.108	96,6	53	27	80	13,8
	RN	3.198.657	863	75,4	53	27	80	10,7
	SE	2.089.819	529	81,4	9	0	9	58,7
<b>Total</b>		<b>53.081.950</b>	<b>12.732</b>	<b>72,5</b>	<b>700</b>	<b>151</b>	<b>851</b>	<b>18,1</b>
Centro-Oeste	DF	2.609.998	110	14,7	4	0	4	27,5
	GO	6.080.716	1.159	61,7	38	14	52	22,2
	MS	2.477.542	450	60,0	16	18	34	13,2
	MT	3.075.936	589	63,2	8	12	20	29,4
<b>Total</b>		<b>14.058.094</b>	<b>2.308</b>	<b>53,2</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>110</b>	<b>20,9</b>
Sudeste	ES	3.547.055	567	51,6	4	3	7	81,0
	MG	19.728.701	4.333	69,8	227	30	257	16,8
	RJ	16.112.678	1.880	39,4	97	1	98	19,1
	SP	41.587.182	3.524	28,7	125	0	125	28,1
<b>Total</b>		<b>80.364.410</b>	<b>10.304</b>	<b>41,8</b>	<b>453</b>	<b>34</b>	<b>487</b>	<b>21,1</b>
Sul	PR	10.512.349	1.822	56,0	62	6	68	26,7
	RS	10.733.030	1.232	36,5	16	7	23	53,5
	SC	6.317.054	1.400	70,4	42	0	42	33,3
<b>Total</b>		<b>27.386.891</b>	<b>4.454</b>	<b>51,7</b>	<b>120</b>	<b>13</b>	<b>133</b>	<b>33,4</b>
<b>BRASIL</b>		<b>190.755.799</b>	<b>32.295</b>	<b>53,4</b>	<b>1415</b>	<b>174</b>	<b>1.589</b>	<b>20,3</b>

Nota: Dados populacionais - IBGE (Acesso em: 20 maio 2012). Demais dados - Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (Acesso em: 20 maio 2012).



Observa-se que, no Brasil, a razão EqSF/Nasf está acima da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde. No País, essa razão é 20,3 quando deveria estar entre 8 e 15, devido à quantidade de EqSF que devem ser vinculadas a cada Nasf. Portanto, os Nasf têm a possibilidade de se expandir no País, com vistas a um adequado atendimento quantitativo às equipes já existentes. Visto que a abrangência populacional da ESF também tem possibilidade de expansão nacional, é possível que o número de Nasf aumente à medida que novas EqSF vierem a ser implantadas.

Em relação às regiões do Brasil, a que apresenta menor razão EqSF/Nasf é a região Norte (16,9), e a que tem o maior razão é a região Sul (33,4). Dessa forma, é possível sugerir que, na primeira, os municípios em média aderiram mais ao Nasf para apoio às EqSF já existentes, enquanto na segunda ainda há elevada possibilidade de aumento do número de Nasf. A maior adesão de credenciamentos no Norte pode estar relacionada às dificuldades anteriores de inserção de outros profissionais de saúde e especialidades médicas básicas, atenuadas pela introdução do incentivo financeiro do Nasf. No entanto, na região Sul, outras formas de organizar a ABS, com a inserção de outros profissionais, já poderiam estar bem desenvolvidas nos municípios, o que pode explicar em parte a menor adesão à proposta no período estudado. Cabe considerar ainda que nenhuma região do País está, em média, dentro da faixa de razão EqSF/Nasf recomendada pelo Ministério da Saúde.

Quanto às Unidades da Federação, destacam-se o Amapá, por apresentar a menor razão entre número de EqSF e Nasf do País (7,5), e o Espírito Santo, por ter a razão mais elevada de, em média, 81 EqSF para cada Nasf. Somente sete UF estão de acordo com a faixa recomendada para a relação EqSF/Nasf: um estado da região Norte (RR); cinco estados da região Nordeste (CE, PB, PE, PI, RN) e um estado da região Centro-Oeste (MS).

## O Nasf no Rio de Janeiro: panorama estadual e implementação local

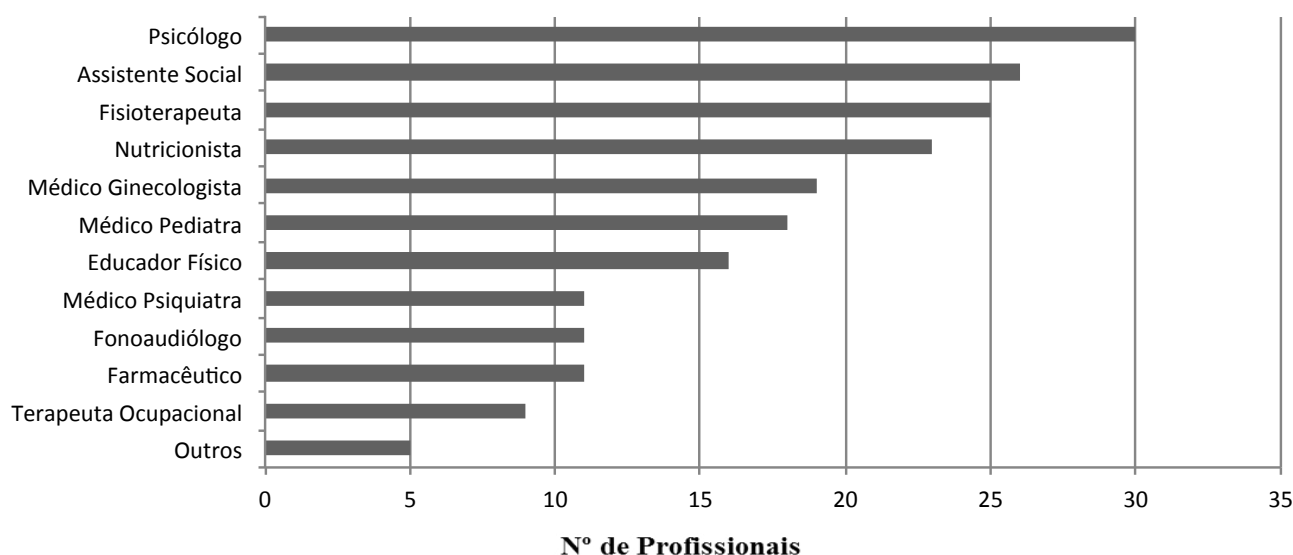
O estado do Rio de Janeiro passou por um intenso processo de descentralização em saúde nos anos 1990, quando os municípios assumiram muita responsabilidade na gestão do sistema (VIANNA; LIMA, 2013), principalmente na AB, afirmando a agenda mais geral da política de saúde no País. As características da AB em saúde no Estado são influenciadas pelas peculiaridades dos municípios, que apresentam diferentes perfis e capacidades de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o que permite variações na sua organização local.

A adesão dos municípios fluminenses à proposta dos Nasf ocorreu desde o ano de publicação da primeira regulamentação federal. Entre 2008 e 2011, dos 92 municípios do Estado, 34 enviaram projetos de implantação de Nasf para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/RJ. Destes, 33 projetos foram aprovados, sendo trinta Nasf 1, um Nasf 2 e dois Nasf 3. Os municípios que aderiram à proposta localizam-se, predominantemente, nas regiões do centro ao sul do estado do Rio de Janeiro, com menor adesão nas regiões serrana e norte fluminense.

A atuação da esfera estadual na implementação dos Nasf foi relativamente restrita, voltada para esclarecimentos e apoio aos municípios para elaboração dos projetos, recebimento e análise das propostas e organização do credenciamento junto à CIB. No entanto, destacou-se a proeminência da equipe estadual de saúde mental, que se articulou com os municípios para incentivar a inserção de profissionais dessa área nos Nasf, o que de fato se refletiu na composição profissional dos núcleos.

A *gráfica 2* mostra a distribuição dos profissionais que compunham os Nasf no estado do Rio de Janeiro por ocupação profissional, mapeada a partir dos projetos de Nasf enviados à Secretaria de Estado de Saúde (SES)/RJ.

Gráfico 2. Número de profissionais do Nasf, pro ocupação - estado do Rio de Janeiro - 2011



Observou-se que as categorias profissionais mais frequentemente escolhidas no Estado para os Nasf foram: psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista. Logo em seguida, estavam as especialidades médicas básicas, representadas pelos médicos ginecologista e pediatra. Comparando-se com o perfil nacional de composição profissional, chama a atenção que as quatro profissões mais frequentes tenham sido as mesmas, apenas

invertendo-se a ordem de predominância, já que no conjunto Brasil a categoria mais presente no Nasf foi a de fisioterapeuta, seguida de psicólogo, nutricionista e assistente social. Talvez o peso da atuação da equipe de saúde mental no processo de implantação dos Nasf no Estado tenha influenciado a maior frequência de psicólogos no Rio de Janeiro.

A *tabela 2* expõe alguns indicadores selecionados de implantação da ESF e do Nasf nos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Tabela 2. Indicadores selecionados de implantação da ESF e do Nasf nos municípios do estado do Rio de Janeiro com Nasf implantados - 2011

Região de Saúde	Município	População Estimada	Nº de Equipes de Saúde da Família	Abrangência Estimada ESF %	Nº Nasf 1	Nº Nasf 2	Nº Nasf Total	Razão Equipe de Saúde da Família/ Nasf
Baía de Ilha Grande	Angra dos Reis	173.370	37	75,3	4	0	4	9,2
	Mangaratiba	37.343	11	100,0	1	0	1	11,0
Baixada Litorânea	Armação dos Búzios	28.279	8	100,0	1	0	1	8,0
	Casimiro de Abreu	36.360	10	97,6	1	0	1	10,0
	São Pedro da Aldeia	89.739	12	47,1	1	0	1	12,0
	Saquarema	75.906	11	51,1	1	0	1	11,0
Capital	Rio de Janeiro	6.355.949	506	27,6	47	0	47	10,7
Centro Sul-Fluminense	Areal	11.540	5	100,0	1	0	1	5,0
	Eng. Paulo de Frontin	13.324	6	100,0	1	0	1	6,0
	Mendes	17.981	7	100,0	1	0	1	7,0
	Paraíba do Sul	41.367	17	100,0	2	0	2	8,5
	Três Rios	77.851	22	94,8	2	0	2	11,0

Tabela 2. (cont.)

<b>Médio Paraíba</b>	Barra Mansa	178.355	31	60,1	3	0	3	10,3
	Pinheiral	22.968	8	100,0	1	0	1	8,0
	Piraí	26.637	10	100,0	1	0	1	10,0
	Rio Claro	17.517	8	100,0	1	0	1	8,0
	Rio das Flores	8.633	4	100,0	0	1	1	4,0
	Volta Redonda	259.012	60	80,2	8	0	8	7,5
<b>Metropolitana I</b>	Belford Roxo	472.008	32	23,5	3	0	3	10,6
<b>Metropolitana II</b>	Mesquita	168.966	14	28,6	1	0	1	14,0
	Seropédica	79.179	16	70,6	1	0	1	16,0
	Maricá	131.355	14	37,8	1	0	1	14,0
	São Gonçalo	1.008.065	166	57,2	15	0	15	11,0
	Silva Jardim	21.356	8	100,0	1	0	1	8,0
<b>Norte Fluminense</b>	Macaé	212.433	25	41,7	3	0	3	8,3
	Quissamã	20.747	8	100,0	1	0	1	8,0
<b>Noroeste Fluminense</b>	Bom Jesus do Itabapoana	35.546	10	97,4	1	0	1	10,0
	Itaperuna	96.542	18	64,7	2	0	2	9,0
	Santo Antonio de Pádua	40.735	10	85,0	1	0	1	10,0
<b>Serrana</b>	Bom Jardim	25.539	8	100,0	1	0	1	8,0
	Cachoeiras de Macacu	54.713	9	57,2	1	0	1	9,0

Nota: Dados populacionais - IBGE. Dados de abrangência populacional estimada das ESF - Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (Acesso em: 19 jul. 2012).  
Dados dos Nasf - Projetos Municipais dos Nasf/SES/RJ.

Observa-se que todos os municípios do estado do Rio de Janeiro que aderiram ao Nasf e que possuem 100% de abrangência populacional da ESF encontram-se dentro da faixa recomendada pelo governo federal de um Nasf para cada 8 a 15 EqSF. Assim, a possibilidade de expansão adicional dos núcleos nesses municípios é limitada.

Entretanto, os municípios com pequena e média abrangência da ESF têm a possibilidade de ampliá-la, o que também pode significar um aumento das equipes de Nasf. Destaca-se o município de Seropédica, como a maior possibilidade de expansão da proposta Nasf, visto que apresenta relação entre o número de EqSF e Nasf superior ao parâmetro nacional, e possibilidade de aumentar a abrangência da ESF.

Para análise da implantação local do Nasf, realizaram-se dois estudos de caso em municípios fluminenses com características bem diferenciadas. O município A é de pequeno porte, atividade econômica baseada na pesca e turismo, emancipação política e organização do sistema de saúde municipal posterior à Constituição de 1988. Já o município B, apresenta médio porte populacional, atividade econômica centrada no comércio e indústria, é mais antigo, possui sistema de saúde historicamente marcado por características do modelo médico-assistencial anterior à constituição do SUS e presença mais expressiva do setor privado.

O quadro 1 resume as principais características e os resultados da análise de implementação dos Nasf nos dois municípios do estudo de casos.

Quadro 1. Caracterização da implementação do Nasf nos Municípios do estudo de casos - 2011

	Município A	Município B
<b>Localização</b>	Baixada Litorânea	Centro-Sul Fluminense
<b>Faixa populacional (Hab)</b>	Menos de 50.000	De 50.000 a 99.999
<b>Cobertura saúde da família</b>	100%	94,8%
<b>Nº de Nasf</b>	01	02
<b>Início da implementação</b>	2009	2009
<b>Composição Profissional</b>	- assistente social, educador físico, fisioterapeuta, médico psiquiatra, médico pediatra, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional.	- assistente social, educador físico, fisioterapeuta, médico ginecologista, médico pediatra, nutricionista, psicólogo.
<b>Estrutura física e equipamentos</b>	- adequados e satisfatórios.	- apontados como precários.
<b>Funcionamento</b>	- mais relacionado ao gerenciamento e matriciamento; - deslocamento diário dos profissionais às Unidades de Saúde da Família (USF).	- mais relacionado ao atendimento individual especializado; - deslocamento diário dos profissionais às USF.
<b>Organização</b>	- conhecimento prévio de demandas das equipes de Saúde da Família; - elaboração de cronograma mensal de atividades em conjunto com as EqSF; - visitas sistematizadas às USF; - reunião semanal da equipe Nasf.	- reunião da coordenação Nasf com os profissionais para elaboração de proposta de ação para cada área de conhecimento de forma isolada e sem conhecimento prévio das demandas das EqSF; - planejamento das atividades realizadas pelos profissionais; - reunião mensal para apresentação de resultados e metas.
<b>Modelo de atenção</b>	- integração entre apoio matricial e assistência individual; - atividades: consultas clínicas individuais, discussão de casos clínicos, ações clínicas compartilhadas, atividades de educação permanente para profissionais da ESF, discussões sobre o processo de trabalho da ESF e do Nasf, elaboração de intervenções no território em conjunto com as equipes, visitas domiciliares conjuntas. - trabalho em equipe em desenvolvimento.	- dicotomia entre apoio matricial e assistência individual; - atividades: atendimentos individuais, sala de espera, atividades em escolas, visitas domiciliares nem sempre conjuntas; - o trabalho em equipe não foi destacado.
<b>Fatores que favoreceram a implementação</b>	- necessidades demandadas pelas EqSF para o Nasf; - aceitação e adesão dos profissionais da ESF à proposta; - apoio político do gestor da saúde.	- bons profissionais do Nasf; - empenho da nova coordenação para aperfeiçoamento da proposta.
<b>Fatores que dificultaram a implementação</b>	- desconhecimento da população sobre o Nasf.	- precário espaço físico das USF e do Nasf; - desconhecimento da proposta por parte das EqSF, da população e da rede de saúde; - salários precários e inferiores aos da ESF; - forma de contratação dos profissionais.

Nota: IBGE (dados populacionais), Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (Cobertura estimada da Estratégia Saúde da Família) e pesquisa de campo (análise de documentos municipais e entrevistas).

A implementação do Nasf nos municípios estudados ocorreu em período de mudança de governo, devido às eleições municipais em 2008. Houve processos de

reformulação da proposta devido às mudanças de atores locais, de forma diferenciada em cada um dos municípios.

No município A, o processo de implementação do Nasf envolveu diálogo prévio e esclarecimentos junto às EqSF, o que favoreceu a articulação posterior. Na formulação da proposta e determinação da composição profissional do Nasf, a equipe de gestão da AB contou com a parceria da equipe de saúde mental, que detinha maior conhecimento da lógica de apoio matricial por formação ou experiência profissional. Esses profissionais se capacitaram previamente sobre o conteúdo e os objetivos do Nasf, anterior ao início das atividades nos territórios.

Já no município B, no momento de implementação da proposta, houve dúvidas sobre o caráter de atuação dos núcleos, fundadas numa visão dicotômica sobre as lógicas de apoio matricial versus atendimento direto dos profissionais à população. No momento da pesquisa, o Nasf passava por processo de reformulação ainda incipiente, devido à mudança recente na coordenação, ajustes na organização e iniciativas de capacitação dos profissionais com vistas ao fortalecimento da perspectiva de apoio matricial. Apesar de não haver participação da equipe de saúde mental tão destacada quanto no outro Município A, a articulação do Nasf com essa área tem sido mais fácil do que com as demais, por sua maior compreensão das atividades do núcleo.

A experiência local de implementação no Município A foi reconhecida como positiva para as EqSF pela expectativa de aumento na sua resolutividade. Também favoreceu o compartilhamento de responsabilidades e aprimoramento de estratégias de apoio às equipes. No Município B, a fragilidade de planejamento para a implementação inicial resultou em limitada articulação entre os profissionais dos Nasf e as EqSF.

Portanto, as características do modelo de atenção do Nasf foram diferentes nos Municípios do estudo de casos, expressando influências dos atores locais, a trajetória

prévia da AB e a configuração mais geral do sistema de saúde em cada um. No município A, observou-se a natureza do Nasf vinculada tanto ao apoio matricial quanto aos atendimentos específicos, desde que coordenados pelas EqSF. Já no município B, verificou-se a implementação do Nasf mais direcionada ao atendimento ambulatorial especializado, nos moldes tradicionais. No entanto, no momento da pesquisa, observou-se que a nova equipe gestora se esforçava para fortalecer a ESF e a inserção do Nasf na estratégia.

Em relação à integração do Nasf com outros serviços da rede, os entrevistados dos dois Municípios destacaram seu caráter ainda incipiente e frágil, sugerindo esse aspecto como crítico para o aprimoramento da atuação das equipes de AB na coordenação do cuidado.

Em ambos os municípios, a atuação do Nasf em uma perspectiva intersetorial ainda é incipiente, sem sistematização ou contatos formais; porém, as áreas da educação e da assistência social foram identificadas como parceiras potenciais.

Como avanços relacionados à implantação do Nasf, foram citados o aprimoramento dos conhecimentos das equipes; a ampliação do escopo da ABS e maior resolutividade da ESF em face das demandas da população.

Em relação às dificuldades de efetivação das regras nacionais do Nasf no âmbito local, identificaram-se: pouca clareza sobre o conteúdo da proposta, a não participação dos atores locais na formulação da proposta local, limitações no cumprimento de carga horária e na educação permanente com os profissionais.

Como desafios para a consolidação do Nasf, destacaram-se maior adesão da população, contratação de profissionais por vínculo estatutário e com melhores salários, resolubilidade das demandas das EqSF e maior articulação dos núcleos com outros serviços de saúde.

## Considerações finais

O objetivo da pesquisa foi o de contribuir para a reflexão sobre os significados, possibilidades e limites dos Nasf no que concerne ao aprimoramento da AB em Saúde no Brasil.

Na esfera federal, a proposta do Nasf reafirmou a saúde da família como porta de entrada e favoreceu o atendimento a demandas presentes no debate nacional de qualificação da AB: ampliação dos profissionais atuantes na saúde da família, melhoria do cuidado no sentido da integralidade e da capacidade de resolução dos problemas (CASTRO; MACHADO, 2012).

Os dados mostraram que a expansão do Nasf foi expressiva no País, embora desigual no território nacional. O problema de desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde no território nacional é estrutural e amplamente reconhecido (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; DAL POZ, 2013; SCHEFFER, 2013), com repercussões sobre a organização da AB. A existência de programas e incentivos federais tem sido importante, embora insuficiente, para atenuar esse quadro.

O ritmo de expansão e o perfil dos Nasf foram influenciados pela abrangência populacional prévia das EqSF nas unidades da federação, tanto pelo ritmo de adesão dos municípios ao Nasf como pelas opções dos gestores locais relativas à composição profissional desses núcleos e até mesmo pelas diferenças na disponibilidade dos profissionais das distintas categorias.

Assinale-se que o Nasf é uma proposta recente na AB e tem potencial de expansão adicional nas localidades em que ainda não se atingiu a quantidade de Nasf recomendada pela regulamentação federal para apoiar as EqSF existentes ou para ser acoplada à implementação de novas EqSF.

O perfil de composição profissional dos Nasf em nível nacional, marcado pelo predomínio de profissionais não médicos, reforça a importância da influência da reivindicação de outras categorias profissionais de saúde para a inserção na ESF. Nesse

sentido, o Nasf possibilitou uma ampliação do mercado de trabalho na AB para várias categorias profissionais atuantes na área da saúde. A inserção dos médicos foi maior nas especialidades tradicionalmente atuantes na AB – como pediatras, ginecologistas e obstetras – e pouco expressiva no que se refere aos psiquiatras e às especialidades de homeopatia e acupuntura, talvez por seu menor número no País e pelo caráter mais recente da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

No que se refere à implantação do Nasf no estado do Rio de Janeiro, sua condição está relacionada à organização da AB em saúde no Estado, que, por sua vez, apresenta as características da descentralização da política de ABS no País, as especificidades do Estado e as dificuldades apresentadas pelo gestor estadual na coordenação do sistema. Assim, a implementação do Nasf nos municípios tem sido diversificada, de acordo com as distintas condições de gestão dos sistemas locais e as decisões políticas dos atores municipais. De qualquer forma, no estado do Rio de Janeiro – diferentemente dos dados referentes ao conjunto do País, regiões e UF – a maioria dos municípios está na faixa de 8 a 15 EqSF para cada Nasf recomendada pelo Ministério da Saúde.

No Estado, o envolvimento da equipe de saúde mental da SES/RJ na análise dos projetos municipais e implementação do Nasf, em articulação com a equipe da Superintendência de Atenção Básica, pode ter influenciado a presença mais frequente do profissional psicólogo na composição dos Nasf. A influência da equipe técnica de saúde mental, registrada na formulação nacional da proposta e na esfera estadual, também se mostrou com maior destaque em um dos municípios pesquisados.

Quanto à implementação local do Nasf, estudos de caso realizados em outras localidades do País podem contribuir para a reflexão neste trabalho. Uma primeira questão refere-se às lacunas na regulamentação da proposta pelo Ministério da Saúde. Sampaio et al. (2012) abordam em estudo de

implantação do Nasf em Campina Grande/PB que, no momento inicial, os documentos federais deixaram margem a uma diversidade de interpretações sobre seu papel, uma vez que o conceito de apoio matricial foi indicado apenas em 2009 (BRASIL, 2009), um ano após o lançamento da proposta. Assim, cada Nasf local compôs seu trabalho de acordo com sua própria compreensão de matriciamento. Nascimento (2014) afirma que essa dificuldade de direcionamento inicial da proposta permitiu que os Nasf do Recife (PE) se tornassem flexíveis para atender às demandas locais devido aos diversos modelos de atenção em disputa.

Nesse sentido, uma segunda questão inter-relacionada à primeira diz respeito à variedade de características que os Nasf apresentam a depender da região em que estão inseridos, das equipes que os compõem e do perfil das EqSF. Segundo Sampaio et al. (2012) as disputas no contexto local sobre como operacionalizar o Nasf em Campina Grande (PB) permitiram a conformação de diferentes modelos segundo as escolhas das gestões locais de saúde.

Em Recife (PE), a variabilidade de contextos locais permitiu que cada gestão municipal direcionasse a forma de organização da atenção à saúde pelo Nasf e seu processo de trabalho, configurando-os por uma influência de fatores. A indefinição quanto ao objeto, atenção especializada ou apoio matricial, bem como precariedades nas condições de trabalho, teria dificultado a organização do processo de trabalho na implementação dos Nasf nessa localidade (NASCIMENTO, 2014).

No entanto, a tensão entre apoio matricial e atendimento individual, também registrada na pesquisa de campo do Rio de Janeiro, pode ser considerada um falso dilema, uma vez que, na proposta do Nasf, a assistência individual não é incompatível com o apoio matricial. Os profissionais dos núcleos podem realizar os dois tipos de ações, desde que a coordenação do cuidado seja das EqSF. A ênfase no apoio matricial, no entanto,

é marcante na proposta nacional do Nasf, talvez pela preocupação de seus formuladores em afirmar os núcleos como integrantes da ESF com vistas à mudança do modelo de atenção e não somente à ampliação da oferta de atendimentos especializados.

Para Lacman et al. (2013), em estudo de caso sobre o trabalho do Nasf em São Paulo, as ferramentas tecnológicas utilizadas pela proposta, tais como o apoio matricial e o projeto terapêutico singular, são recentes na AB e precisam ser consolidadas. Porém, é necessário que os profissionais inseridos tenham disponibilidade para realizar um trabalho mais compartilhado.

Nos estudos de caso dos municípios fluminenses, verificou-se que a implementação no Rio de Janeiro caminha *pari passu* aos estudos apresentados em outras localidades do País, com modelos de atenção configurados conforme as influências de atores locais, trajetória prévia da AB e do sistema de saúde de uma forma geral. Porém, cabe destacar que o papel de parceria da equipe da saúde mental no processo de implementação do Município A facilitou a lógica do apoio matricial na intervenção do Nasf desde o início de sua implementação. Já no Município B, em que tal parceria não aconteceu de forma tão próxima, o momento inicial do Nasf local caracterizou-se pela dicotomia entre apoio matricial e atenção especializada, com limitada articulação dos dois tipos de práticas.

A integração com a rede de saúde foi apresentada como incipiente e frágil nos municípios fluminenses pesquisados, o que indica um longo caminho a ser percorrido no que concerne a um dos principais propósitos do Nasf: favorecer a AB resolutiva, coordenadora do cuidado e articulada com os outros níveis de atenção.

Quanto aos limites da pesquisa, vale assinalar o caráter ainda recente da implantação dos núcleos, a realização do trabalho de campo em momento de troca de dirigentes, as dificuldades de obtenção de dados sistematizados sobre a atuação dos Nasf nos

municípios e a realização de um número de entrevistas relativamente restrito. Os estudos de caso tiveram caráter exploratório e levantaram questões que requerem investigações específicas, tais como: o processo de trabalho desses núcleos, suas relações com as EqSF, as implicações da incorporação de outros profissionais para a atenção em áreas específicas do cuidado, os resultados da atuação dos Nasf em termos da ampliação do acesso, da integralidade e da qualidade da atenção, entre outras.

Em termos gerais, o estudo revelou que o processo de implementação do Nasf desvenda questões ainda mal equacionadas

no âmbito da AB e fragilidades da gestão pública em saúde que extrapolam esse nível de atenção e são concernentes às relações entre esferas de governo, às condições de inserção e de trabalho dos profissionais, à integração com o restante da rede de serviços e com outras áreas da política pública, entre outras. O enfrentamento dessas questões é fundamental para o fortalecimento efetivo da AB como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro, conforme formalmente anunciado nas diretrizes nacionais do SUS, mas nem sempre garantido nas condições reais de implementação das políticas. ■

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjuPne5brJAhWFn5AKHdKUBBQQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fdab.saude.gov.br%2Fdocs%2Flegislacao%2Fportaria154\\_24\\_01\\_08.pdf&usg=AFQjCNFG3RNSVyBLNAyrkk0j194rkak6zQ&sig2=yi1gMj5hzkxxag9gO\\_qUaQ](https://www.google.com.br/?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjuPne5brJAhWFn5AKHdKUBBQQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fdab.saude.gov.br%2Fdocs%2Flegislacao%2Fportaria154_24_01_08.pdf&usg=AFQjCNFG3RNSVyBLNAyrkk0j194rkak6zQ&sig2=yi1gMj5hzkxxag9gO_qUaQ)>. Acesso em: 15 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 2.843, de 20 de setembro de 2010*. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt2843\\_20\\_09\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html)>. Acesso em: 15 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes no NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, nº 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, 2009.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.



- DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013.
- GÉRVAS, J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios Del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de La Declaración de Alma Ata. Artículo de Opinión. *SEMERGEN*, Madrid v. 30, n. 5, p. 245-57, 2004.
- LACMAN, S. *et al.* Estudo do Trabalho e do Trabalhador no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013.
- NASCIMENTO, C. M. B. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise da atenção à saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife*. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.
- SAMPAIO, J. *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v.16, n. 3, p. 317-324, 2012.
- SCHEFFER, M. (Org.). *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.
- VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, 2013.
- VUORI, H. Health for all, primary health care and general Practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, London, n. 36, p. 398-402, sept. 1986. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1960528&blobtype=pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2010.
- WALT, G. *Health Policy: an introduction to process and power*. London: Zed Books, 1994.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), Processo: E-26/102.283/2009  
e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo: 306137/2013-5

# A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional

*The health of the adolescent deprived of freedom: a look at policies, laws, norms and its effects on institutional performance*

Fernando Manuel Bessa Fernandes<sup>1</sup>, José Mendes Ribeiro<sup>2</sup>, Marcelo Rasga Moreira<sup>3</sup>

**RESUMO** O objetivo do artigo é subsidiar o debate sobre os efeitos que o conjunto de peças jurídico-administrativas e político-legislativas tem na atuação institucional e na prática dos gestores e profissionais dos sistemas socioeducativo e de saúde. Levantaram-se e analisaram-se as leis, portarias, resoluções, normas, textos acadêmicos e institucionais que embasam e constituem a política de saúde voltada aos adolescentes infratores no Brasil. Há assimetria entre as legislações e normatizações e a realidade das unidades socioeducativas, o que torna urgente superar as barreiras de preconceito e estigmatização via investimento em recursos humanos e parcerias governamentais interinstitucionais.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde pública; Políticas públicas de saúde; Saúde do adolescente; Adolescente institucionalizado; Saúde do adolescente institucionalizado.

**ABSTRACT** *The paper aims to support the debate on the effects that the set of legal, administrative and political pieces of legislation have on institutional performance and practice of managers and professionals from the socio-educational and health systems. Laws, ordinances, resolutions, regulations, academic and institutional texts were raised and analyzed that support and provide the health policy dedicated to offenders adolescents in Brazil. There is asymmetry between the laws and norms and the reality of Socio-Educational Units, which makes it urgent to overcome the barriers of prejudice and stigmatization through investment in human resources and inter-governmental partnerships.*

**KEYWORDS** *Public health; Public health policies; Adolescent health; Adolescent, institutionalized; Health of institutionalized adolescents.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [fernando.bessa@ensp.fiocruz.br](mailto:fernando.bessa@ensp.fiocruz.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [ribeiro@ensp.fiocruz.br](mailto:ribeiro@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [rasga@ensp.fiocruz.br](mailto:rasga@ensp.fiocruz.br)

## Introdução

A atenção integral à saúde de adolescentes no Brasil é um tema que envolve aspectos polêmicos e representa um desafio bastante considerável para estudiosos e, principalmente, para os gestores públicos. A simples observação do cotidiano e a apreciação da literatura acadêmica revelam que questões político-ideológicas, valores morais e preconceitos comportamentais sobre a adolescência são notáveis. Povoam de forma intensa e arraigada os corações e mentes de gestores e profissionais das áreas da saúde, da educação e do direito, com potencial de consistirem em entraves e, até mesmo, em alguns casos, na inviabilização de iniciativas governamentais voltadas para a melhoria das condições de vida, do bem-estar e da saúde daquele grupo populacional.

A situação se agudiza exponencialmente no que diz respeito ao asseguramento do direito à saúde de adolescentes que cometeram algum ato infracional grave o suficiente para ingressar no sistema socioeducativo e demandar o cumprimento de medida socioeducativa de internação e/ou internação provisória, conforme a legislação específica para o infrator adolescente: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

Segundo essa legislação, o adolescente em conflito com a lei é todo o jovem, entre 12 e 18 anos, que cometeu algum ato infracional. Já o chamado sistema socioeducativo é a esfera governamental que aplica as medidas de socioeducação ou socioeducativas, a fim de responsabilizar o jovem que infracionou alguma lei. As medidas socioeducativas se dividem em medidas privativas de liberdade e não privativas, e, nomeadamente, têm como maior preocupação a responsabilização do ato e a reflexão. As medidas privativas de liberdade são a internação e a semiliberdade, ao passo que as não privativas de liberdade são a advertência, a obrigação de reparar o dano, a prestação de serviço à comunidade e a liberdade assistida.

O tempo de cumprimento dessas medidas socioeducativas é determinado

por um juiz da Vara da Infância e da Juventude. Na internação, que é a medida mais severa, o prazo máximo para cumprir a medida é de três anos. Depois disso, o adolescente sairá compulsoriamente, não tendo nenhum resquício em seus registros sociais. Caso infracione mais vezes, o prazo de cumprimento da medida poderá ser revisto e se estender, no máximo, até que ele atinja 21 anos de idade.

Durante o tempo de cumprimento de medida de privação de liberdade, o adolescente está sob tutela e responsabilidade do Estado. E o Estado, aqui, por força da conformação burocrático-administrativa do sistema socioeducativo, institui-se nos estados-membros da federação. O direito de ir e vir dos adolescentes nessa situação foi suspenso, mas seu direito à saúde, não. É, pois, dever do poder público garantir esse direito, aliado ao dever de oferecer serviços de atendimento à saúde para todo e qualquer cidadão, seja em qual situação jurídico-legal ele estiver.

Estudos e levantamentos têm verificado a ocorrência de uma assimetria entre o que é considerado desejável, cristalizado nas legislações e normatizações concernentes, e o que é detectado na realidade cotidiana das unidades socioeducativas de internação e internação provisória no que tange à violação de direitos (OLIVEIRA; ASSIS, 1999; RAPOSO, 2013; VILLAS BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2010; UNICEF, 2012).

Quando se pensa em termos de atendimento à saúde, percebe-se que os adolescentes privados de liberdade, por estarem cumprindo medida de internação e internação provisória, consistem em clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como qualquer outra pessoa, criança, adolescente ou adulta, sem distinções de qualquer tipo. Isso, a priori, seria um direito constitucional pético que não admitiria discussão ou flexibilização. Porém, a realidade nem sempre se coaduna com a legislação e a normatização. E, o que é pior, nem com os princípios mais elementares de civilidade e humanidade. É nesse panorama de complexidade relacional

que as instâncias responsáveis pela saúde dos adolescentes, nos três níveis governamentais, devem trabalhar.

Impõe-se, portanto, um desafio aos gestores públicos responsáveis pela formulação, implementação, execução e avaliação de políticas de saúde para esse contingente específico, tanto em níveis subnacionais locais quanto na esfera federal: desenvolver capacidade institucional de atuação competente e hábil para lidar com vicissitudes, dificuldades, arranjos, resistências, institucionais ou individuais, no âmbito das relações entre a saúde e o sistema socioeducativo, levando em conta e observando o conjunto de documentos que constituem os aparatos jurídico-administrativo e político-legislativo concernentes.

Na esfera federal, a instância responsável pela formulação e implementação de ações, estratégias e políticas de saúde para a população adolescente (e jovem, compreendido como o indivíduo com idade de até 24 anos), atualmente, é a Coordenação-Geral de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – doravante denominada CGSAJ/Dapes/SAS/MS.

Especialmente para a população adolescente privada de liberdade, a CGSAJ/Dapes/SAS/MS formulou e tem implementado, junto às instâncias parceiras das três esferas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – daqui por diante, neste texto, denominada PNAISARI (BRASIL, 2012A).

Isto posto, este artigo tem por objetivo oferecer subsídios para o debate sobre os efeitos que o conjunto de peças jurídico-administrativas e político-legislativas relativas à saúde do adolescente cumprindo medida socioeducativa privado de liberdade tem na atuação institucional das instâncias responsáveis pela saúde dessa população e na práxis dos gestores e profissionais do sistema socioeducativo e do SUS.

## Métodos

O presente artigo se baseia na experiência do autor, que integra uma equipe de pesquisa que tem desenvolvido reflexões e estudos avaliativos de caráter crítico-propositivo para a CGSAJ/Dapes/SAS/MS.

Levantaram-se as leis, portarias, resoluções e normas, aqui chamadas de peças jurídico-administrativas e político-legislativas, que embasam e constituem as políticas da CGSAJ/Dapes/SAS/MS mais diretamente relacionadas à consolidação da PNAISARI. Igualmente, levantaram-se textos acadêmicos e institucionais correlacionados e considerados pertinentes. A seguir, procedeu-se a uma análise reflexiva a partir do material documental levantado.

## Resultados e discussão

A PNAISARI foi instituída pela Portaria Interministerial nº 1.426, de 14/07/04, (BRASIL, 2004A), de autoria conjunta do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SEPM/PR). Essa política, portanto, foi inspirada e concebida a partir da necessidade de aprofundar a discussão, a articulação e a responsabilização entre os setores e atores que já têm desenvolvido e que dispõem de recursos e condições de desenvolver ações de saúde dirigidas aos adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade.

Essa política está inserida no grande portfólio de atuação institucional da CGSAJ/Dapes/SAS/MS, consubstanciado nas Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que também são conhecidas como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) (BRASIL, 2014; RAPOSO, 2009; VILLAS BOAS ET AL., 2010).

Do conjunto de legislações e normatizações da saúde de adolescentes no Brasil, destaca-se a publicação 'Marco legal: saúde, um direito de adolescentes', elaborada pela CGSAJ/Dapes/SAS/MS, em 2005, que relaciona instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população, notadamente aqueles de garantia do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional. Esse é um importante documento para subsidiar os profissionais e gestores que atuam na área da saúde de adolescentes, fornecendo elementos para a tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, com o intuito de divulgar e discutir os direitos dos adolescentes (BRASIL, 2005).

Já a PNAISARI foi inicialmente parametrizada em seus critérios e fluxos pela Portaria SAS nº 340, também de 14/07/04 (BRASIL, 2004B), posteriormente substituída pela Portaria SAS nº 647, de 11/11/08 (BRASIL, 2008), e apresentava como principal característica a promoção da integração do SUS com o sistema socioeducativo, na medida em que busca trazer a garantia do direito à saúde dos adolescentes para as Unidades Socioeducativas de Internação e Internação Provisória (USE).

Pretendia-se que isso se desdobrasse num modelo de atenção integral à saúde moderno, humano, dotado de organicidade e mercado por: a) Combate à violência em suas variadas formas ao reduzir problemas e agravos pela prevenção, promoção e assistência à saúde; b) Cumprimento do princípio da incompletude institucional, afirmando os preceitos da Reforma Psiquiátrica pela supressão das famigeradas 'instituições totais'; c) Interdisciplinaridade dos atores envolvidos – entendidos como pessoas, secretarias, departamentos, coordenações e áreas técnicas federais, estaduais e municipais, assim como outras entidades, governamentais ou não; e d) Defesa do binômio educação e saúde.

Para a gestão federal concentrada na CGSAJ/Dapes/SAS/MS, a PNAISARI significa

a tarefa diuturna de reforço do modelo de atenção, tarefa essa que não se dissocia da consolidação da garantia do direito constitucional à saúde aos adolescentes privados de liberdade, posto que estão entre a parcela de cidadãos mais fragilizados e em situação de vulnerabilidade e cujas demandas têm sido menos atendidas ou atendidas com maior precariedade, dentre o universo de adolescentes brasileiros.

Isso ocorre tanto por conta da estigmatização que sofrem de parte de profissionais da rede de atendimento do SUS, por estarem em situação de conflito com a lei e privados de liberdade, quanto por conta das dificuldades e iniquidades a que estão passíveis de serem submetidos por estarem inseridos no sistema socioeducativo, no próprio interior deste, nas unidades socioeducativas.

Não pode ser ignorado o hiato existente entre a legislação, a normatização e as políticas e a realidade nas unidades socioeducativas, conforme se tem observado no País (FERNANDES ET AL., 2008; HORTA; SENA, 2010; OLIVEIRA; ASSIS, 1999; UNICEF, 2012; SILVA; GUERESE, 2003).

Destarte, surge uma indagação: como pode ser efetiva uma política de saúde de abrangência nacional voltada para essa população específica, levando-se em conta os efeitos dos documentos oficiais de caráter jurídico-administrativo e político-legislativo na atuação institucional da instância federal responsável, a CGSAJ/Dapes/SAS/MS e, também, dos gestores e profissionais do SUS e do sistema socioeducativo?

A seguir, para auxílio na busca de respostas para esse e outros questionamentos, apresenta-se um quadro com o conjunto de peças jurídico-administrativas e político-legislativas (Leis, Portarias, Resoluções e Normas) que embasam a política de saúde de adolescentes e jovens no País, e que estão mais diretamente relacionadas à consolidação da PNAISARI. O *quadro 1* está dividido em colunas indicadoras de peça e seus respectivos ano e disposição, a fim de identificar e qualificar cada proposição em correlação com a política:

Quadro 1. Peças jurídico-administrativas e político-legislativas diretamente relacionadas à consolidação da Política de Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade no Brasil

PEÇA	ANO	DISPOSIÇÃO
Constituição da República Federativa do Brasil	05/10/1988	Carta Magna, Lei Máxima do País. Afirmação das noções de saúde como direito, de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e de proteção social
Lei nº 8.069	13/07/1990	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências
Lei nº 8.742	07/12/1993	Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências
Lei nº 12.594	18/01/2012	Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas e dá outras providências
Portaria MS/SAS nº 1.101	12/06/2001	Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS
Portaria Interministerial MS/SDH/SPM nº 1426	14/07/2004	Aprova as diretrizes para a implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências
Portaria MS/SAS nº 340	14/07/2004	Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, a Padronização Física do Estabelecimento de Saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória, o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e o Termo de Adesão
Portaria MS/SAS nº 204	29/01/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle
Portaria MS/GM nº 2.817	08/11/2006	Habilita o Distrito Federal a receber o Incentivo para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
Portaria MS/SAS nº 647	11/11/2008	Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), em unidades masculinas e femininas, os parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória e o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
Portaria MS/GM nº 1.992	19/08/2011	Altera o Anexo da Portaria nº 2.817/GM/MS, de 8 de novembro de 2006, ao incluir Unidades Socioeducativas aptas ao recebimento de Incentivos Financeiros para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade
Portaria MS/GM nº 1.082	23/05/2014	Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes
Portaria GM/MS nº 1.083	23/05/2014	Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral a saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014
Portaria MS/SAS nº 973	29/09/2014	Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes e serviços que farão parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)
Resolução Conanda nº 46	29/10/1996	Regulamenta a execução da medida socioeducativa de internação prevista no ECA
Resolução Conanda nº 119	11/11/2006	Dispõe sobre o Sinase e dá outras providências
Resolução Conanda nº 160	18/11/2013	Institui o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo
Marco Legal: Saúde, um direito de Adolescentes	2005	Apresenta instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população, notadamente aqueles de garantia do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional.
Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil	2005	Apresenta considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação da política de saúde mental voltada para a população infanto-juvenil no âmbito do SUS
Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências	2010	Fornecer orientação para gestores e profissionais de saúde para contribuir na identificação de sinais e sintomas de violências e estabelece uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde de criança, adolescente e suas famílias em situação de violências, articulada com a rede de cuidado e de proteção social existente nos territórios
Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	2010	Apresenta orientação baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) para ações integradas à outras políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS

Fonte: Elaboração própria.

Para além da própria dificuldade em elaborar e converter uma proposição governamental em política (LOPEZ; MOREIRA, 2013), talvez um dos grandes desafios enfrentados na implementação e execução da PNAISARI esteja na discrepância e no conflito de lógicas entre os documentos e as práticas cotidianas de atendimento do adolescente em conflito com a lei e privado de liberdade.

A lógica do SUS se choca com as características de instituição total que as unidades socioeducativas de internação e internação provisória ainda apresentam, pelos discursos e práticas usuais dos profissionais e gestores nelas observadas. Por seu turno, a lógica das legislações e normatizações encontra consideráveis dificuldades de ressonância e concretização no cotidiano das unidades socioeducativas.

Tais fatores obstaculizam a plena execução de ações sistematizadas, articuladas e integradas visando ao atendimento das necessidades dos adolescentes, em suas diversificadas dimensões de realidade, em cumprimento dos princípios, valores e diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988 e nos dispositivos legais, assim como nas normatizações.

Considerando-se saúde como bem-estar em todos os sentidos e possibilidades de desenvolvimento da pessoa, com direitos humanos e sociais consagrados na legislação, a estruturação de um sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente infere-se a partir do ECA e passa pela ideia de articulação e integração em rede das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2012C).

Sob a égide desse sistema de garantia de direitos, instituiu-se, em 18 de janeiro de 2012, o Sistema Nacional de Acompanhamento Socioeducativo (Sinase), pela Lei Federal

12.594/2012 (BRASIL, 2012B), também regido pelos artigos referentes à socioeducação do ECA, pela Resolução 119/2006, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) (BRASIL, 2006), e pela Resolução 160/2013, também do Conanda, que institui o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo (BRASIL, 2013).

A coordenação do Sinase, inserida na estrutura da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), é o *locus* do governo federal responsável pela aplicação das medidas socioeducativas, em consonância com os diferentes ministérios e outras instâncias nacionais, e também com as instâncias subnacionais correlatas, ao estabelecer diretrizes nacionais de atuação e parâmetros no âmbito da arquitetura, segurança, gestão e socioeducação para as unidades socioeducativas.

Ao evidenciarem-se as dificuldades de entendimento das especificidades do relacionamento entre as diversas áreas envolvidas, em particular, a saúde, foi, tem sido e será especialmente fundamental para a PNAISARI que a CGSAJ/Dapes/SAS/MS mantenha um bom relacionamento com a coordenação do Sinase, a fim de que se fortaleça a viabilidade das articulações e ações preconizadas, tanto no sentido dos direitos humanos quanto no dos direitos sociais, e, nestes, o direito à saúde. Em outras palavras, põe-se para a CGSAJ/Dapes/SAS/MS a demanda de promoção constante do entrelaçamento e da potencialização mútua de interesses convergentes de atores e instituições envolvidos.

Porém, tendem à escassez articulações mais estreitas e efetivas com outros órgãos estratégicos, tais como a Secretaria Nacional de Juventude da Presidência da República (SNJ/PR), as Varas de Infância e Juventude e o Ministério Público, o que incide na própria situação dos adolescentes em privação de liberdade, seja em função da ausência de propostas de modificação e incremento da cultura organizacional e das ações de atendimento nas unidades socioeducativas, seja

por conta de um desencontrado monitoramento e da aplicação de sanções aos gestores que protagonizam ou permitem violações dos direitos dos adolescentes.

No que tange às sanções direcionadas aos adolescentes, a quantidade de aplicações de medidas de internação no Brasil tem crescido em decorrência de um aumento detectado na incidência de atos infracionais e também da tendência de setores mais conservadores do Judiciário de pronunciarem medidas punitivas mais severas (BRASIL, 2012B).

Tal fato alerta para a importância e para a urgência de políticas públicas eficazes e efetivas, assim como para a relevância de se imaginar e construir estratégias de inovação e estabelecimento de iniciativas que atuem de forma preventiva na realidade dos adolescentes. Esse alerta deve considerar, ainda, que a relação entre a população de adolescentes em geral e a população de adolescentes infratores tem acompanhado o crescimento da população brasileira como um todo (BRASIL, 2010B; BRASIL, 2012B; UNICEF, 2012).

Contudo, independentemente da idade e da quantidade de habitantes e de infratores, o Estado brasileiro tem o dever constitucional de prover e garantir todas as condições materiais e não materiais de existência a eles, enquanto estiverem sob sua responsabilidade, e de garantir seus direitos. A despeito de um de seus direitos estar suspenso – o direito de ir e vir –, teoricamente, os outros não deveriam estar sendo negados ou obstaculizados, posto que se trata de cidadãos que habitam o território nacional e têm direito à saúde, ainda que estejam privados de liberdade.

Todavia, sabe-se que isso não é a práxis hegemônica ou predominante nas unidades socioeducativas, infelizmente. A história do sistema socioeducativo perpetua legados de sua condição punitiva calcada em valores morais e autoritários, e, de modo a agir para transformar essa realidade, o Sinase se propõe a modernizar e oxigenar o modelo estadualizado tradicional de justiça para

aqueles indivíduos que não atingiram a maioria penal. Maioridade penal que, não surpreendentemente, tem estado sob a constante mira de setores conservadores da sociedade e de seus representantes no Poder Legislativo.

Por conseguinte, o caminho a ser percorrido ainda é longo, e obstáculos são visíveis e consideráveis, ainda mais quando se observam as condições nas quais o direito constitucional à saúde dessa população tem sido tratado: ordem, disciplina, punição, penitência, purgação. Esses signos povoam a cultura organizacional no cotidiano das unidades socioeducativas, deformando o sentido da própria socioeducação ao alimentarem-se das diretivas expostas nas legislações e normatizações para retroalimentarem posicionamentos conservadores e moralistas.

O cerne do conflito de lógicas entre as legislações e normatizações e os discursos e práticas nas unidades socioeducativas, no que diz respeito à saúde dos adolescentes privados de liberdade, parece estar, pois, no princípio que rege as ações cotidianas dos envolvidos.

Gestores e profissionais do sistema socioeducativo, quando apresentam comportamento descolado do espírito que emana das legislações e normatizações e que está calcado em preconceitos e valores morais, reforçam uma estrutura punitivista, atentatória à dignidade da pessoa humana. E mesmo os profissionais do setor saúde (os quais, a princípio, por força da disseminação dos princípios humanistas do SUS, apresentariam comportamento mais afeito à defesa dos direitos sociais) também estão sujeitos a apresentar comportamento conflituoso com o que seria de se esperar, no sentido da formação cidadã e da socioeducação.

O aprofundamento dessa questão específica da formação e dos constantes aperfeiçoamentos, atualização e capacitação profissional significaria um desvio do foco do presente texto, mas aqui fica apontada a sua inegável importância. O investimento na formação de recursos humanos e o refinamento

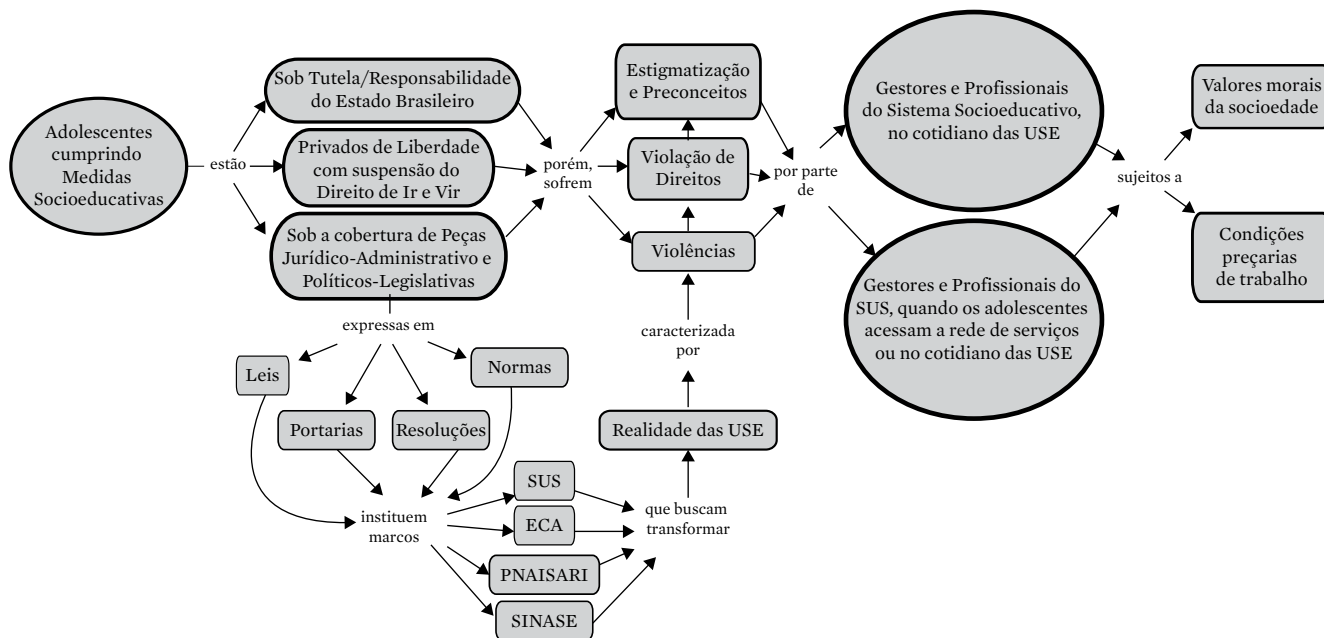


constante de práticas cotidianas são ações que não podem ser relegadas a segundo plano, sob pena de se configurar retrocesso nas formas de lidar com a situação do adolescente que cumpre medida socioeducativa.

Por certo, o adolescente em conflito com a lei, privado de liberdade e do seu direito à

saúde, é o ponto focal para o qual convergem questões contraditórias, de natureza bastante delicada e dificultosa. A *figura 1* congrega o conjunto de reflexões expostas neste artigo na forma de mapa conceitual, construindo um panorama da relação entre a saúde e a socioeducação no Brasil:

Figura 1. Panorama da relação entre a saúde e a socioeducação no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Na esteira de todo o conjunto de peças jurídico-administrativas e político-legislativas embasadoras da política de saúde de adolescentes e jovens no País, e que estão mais diretamente relacionadas à consolidação da PNAISARI, a proposição de um sistema como o Sinase, compreendendo uma coordenação federal da socioeducação, surge como uma esperançosa medida para influenciar positivamente o conceito de socioeducação e o *ethos* vigentes entre os gestores e profissionais das unidades socioeducativas de internação e internação provisória e do SUS. Mas quais seriam as reais possibilidades de fundamentação e sucesso de tal proposta? Essa é uma questão que não se pretende responder cabalmente aqui.

O que se pretende é indicar e ressaltar a importância do debate e trazer à luz a percepção de que se coloca um grande desafio para a coordenação do Sinase e, principalmente, para a CGSAJ/Dapes/SAS/MS: a superação das barreiras de forte preconceito e estigmatização enfrentadas pela população de indivíduos cumprindo medidas socioeducativas de internação e internação provisória. Se adolescentes em geral, costumeiramente, já sofrem uma condição de parcial invisibilidade do olhar dos profissionais de saúde nos serviços públicos, adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade são ainda mais invisíveis. Ou, por outro lado, a eles é conferida uma visibilidade pontual,

extremamente negativa – regida pelo preconceito e pela discriminação, pelo fato de serem infratores –, que só emerge quando da sua eventual necessidade de um atendimento em saúde, nos serviços da rede SUS.

No processo de implementação da PNAISARI, isso fica muito evidente, no sentido da dificuldade dos gestores e profissionais de saúde subnacionais de compreenderem que é deles a responsabilidade do atendimento, significando garantia de direitos, e também dos gestores e profissionais do próprio sistema socioeducativo, no que tange aos aspectos operacionais e culturais componentes do *modus operandi* do trabalho nas unidades socioeducativas de internação e internação provisória.

## Considerações finais

Se a responsabilidade de gerir as políticas públicas concernentes à população adolescente em articulação com as instâncias congêneres situadas nos entes federativos subnacionais (coordenações estaduais e municipais do sistema socioeducativo) não pode prescindir da interlocução e da interação com as instâncias responsáveis pela saúde nas três esferas da administração pública (a CGSAJ/Dapes/SAS/MS e as secretarias e coordenações estaduais e municipais), ambas não podem abrir mão de outras parcerias e da atuação em campos que extrapolam os da gestão da saúde e da socioeducação.

Da interlocução e da interação entre os atores envolvidos, principalmente com

instâncias do Poder Judiciário consubstanciadas nas Varas de Infância e Juventude, viabilizam-se possibilidades de transformações de valores, consciências, culturas e práticas. A desconstrução de uma lógica carcerária e medieval de tortura, punição e negação de direitos deve vir casada com um investimento maciço na formação de recursos humanos voltados, especialmente, para o trabalho com a socioeducação. O investimento deve ocorrer, também, na melhoria das condições de trabalho nas unidades socioeducativas, dado que influenciam sobremaneira a cultura organizacional.

Tão importante quanto isso é a urgência de construção e consolidação de condições de vida dignas para a população adolescente, o que significa dizer que a tarefa demanda trabalho em rede, conectando aspirações e promovendo conscientização e aprendizado constantes. Se existe a consciência de que esse esforço não é nada pequeno, também existe a perspectiva de que as linhas que se vislumbram no horizonte podem se concretizar.

Do mesmo modo, a partir da interação e integração inteligentes de todos os envolvidos, podem ser viabilizadas alternativas republicanas e democráticas de incremento e mesmo de superação incremental de legislações, normatizações e políticas vigentes, na defesa, na proteção e na salvaguarda dos direitos humanos, civis e sociais da população adolescente em privação de liberdade, com destaque para o direito à saúde, em conformidade com os mais altos princípios civilizatórios. ■

## Referências

BRASIL. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2015. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 340, de 14 de julho de 2004. Aprova, na forma dos anexos I, II, III e IV desta portaria, as normas para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, a padronização física do estabelecimento de saúde nas unidades de internação e internação provisória, o plano operativo estadual de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e o termo de adesão. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 15 jul. 2004b. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340\\_14\\_07\\_2004.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340_14_07_2004.html)>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria de Política para Mulheres. Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004. Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 15 out. 2004a. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426\\_14\\_07\\_2004.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004.html)>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: normas e reflexões*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari\\_17\\_01\\_2012\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari_17_01_2012_versao_preliminar.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2015. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008. Aprova, na forma dos anexos I, II, III e IV desta portaria, as normas para a implantação e implementação da política de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória – PNAISARI, em unidades masculinas e femininas, os parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde nas unidades de internação e internação provisória e o plano operativo estadual de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 12 nov. 2008. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647\\_11\\_11\\_2008.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html)>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 24 maio 2014. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082\\_23\\_05\\_2014.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html)>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 119, de 11 de dezembro de 2006. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 11 dez. 2006.

Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-119.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 160, de 18 de dezembro de 2013, do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. Aprova o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 dez. 2013. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-160.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990; 5.537, de 21 de novembro de 1968; 8.315, de 23 de dezembro de 1991; 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942; 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 jan. 2012b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm)>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. *Programas de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente*. 2012c. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/fortalecimento-de-conselhos/garantia-de-direitos-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. *Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes – 2011-2020*. Documento Preliminar para Consulta Pública. 2010b. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/conanda/Politica%20e%20Plano%20>

[Decenal%20consulta%20publica%2013%20de%20outubro.pdf](http://portal.mj.gov.br/sedh/conanda/Politica%20e%20Plano%20Decenal%20consulta%20publica%2013%20de%20outubro.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2015.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R.; REZENDE, M. O direito à saúde de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Revista Saúde & Direitos Humanos*, Rio de Janeiro, Ano 5, nº 5, 2008, p. 111-126. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/gdihs/arquivos/5C7BBCAA8FA1B03CABE3EEA25AD0663.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

HORTA, N.; SENA, R. Abordagem ao Adolescente e ao Jovem nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Um Estudo de Revisão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2010, p. 475-495. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

LOPEZ, S.; MOREIRA, M. Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. *Ciê. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/31.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

OLIVEIRA, M.; ASSIS, S. Os adolescentes infratores do Rio de Janeiro e as instituições que os “ressocializam”. A perpetuação do descaso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 831-844, out./dez., 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n4/1023.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Relatório situação mundial da infância 2012: crianças em um mundo urbano*. 2012. Disponível em: <[www.unicef.org/sowc2012](http://www.unicef.org/sowc2012)>. Acesso em: 13 maio 2015.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/450/548>>. Acesso em: 13 maio 2015.

SILVA, E. R. A.; GUERESE, S. Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA. *Texto para Discussão*, Brasília, DF, n. 979, 2003. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2933/1/TD\\_979.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2933/1/TD_979.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2015.

VILAS BOAS, C. C.; CUNHA, C. F.; CARVALHO, R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. *Revista Médica – UFMG*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/317>>. Acesso em: 13 maio 2015.

---

Recebido para publicação em março de 2015  
Versão final em agosto de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013

*Participation of institutions of social control in Mental Health Policy of Bahia, 2001-2013*

Tarcio de Almeida Oliveira<sup>1</sup>, Carmen Fontes Teixeira<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Com objetivo de analisar a participação das instâncias de controle social do SUS-Bahia na Política Estadual de Saúde Mental foi elaborado um modelo de análise fundamentado na Teoria do Ciclo de Políticas Públicas de John Kingdon. As análises das propostas das conferências de saúde mental, das atas do Conselho Estadual de Saúde, de documentos da Secretaria de Saúde do Estado e do conteúdo das entrevistas com sete informantes-chaves permitiram inferir que as conferências apresentaram propostas consonantes com a Reforma Psiquiátrica; o Conselho, entretanto, não consolidou essas propostas e nem foi propositivo para a formulação e implementação dessa política no âmbito estadual.

**PALAVRAS-CHAVES** Participação social; Conselhos de saúde; Conferências de saúde, Saúde mental; Políticas públicas.

**ABSTRACT** *In order to analyze the participation of social control instances of SUS-Bahia State Mental Health Policy was elaborated a model of analysis based on the theory of public policy cycle of John Kingdon. The analysis of the proposals of the Mental Health Conference, the protocols of the State Board of health, the Department of Health documents of the State and the content of the interviews with seven key informants allowed to infer that the conferences presented proposals in line with the psychiatric reform, however, the Council hasn't consolidated these proposals and it wasn't intentional for the formulation and implementation of such a policy at the State level.*

**KEYWORDS** *Social participation; Health councils; Health conferences; Mental health; Public policies.*

<sup>1</sup>Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia - Salvador (BA), Brasil  
tarciodealmeida@outlook.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) - Salvador (BA), Brasil.  
carmen@ufba.br

## Introdução

A participação social na gestão das políticas públicas, após intensa mobilização da sociedade brasileira na luta pela redemocratização no País, foi consagrada na chamada ‘Constituição Cidadã’, aprovada em 1988 (PAIM ET AL., 2011). A partir de então, a sociedade e o Estado se mobilizaram para dar início a um processo político que legalizasse esta participação em diversos espaços decisórios, de modo que não só na saúde, mas também em outras áreas, foram institucionalizados os conselhos e as conferências, conhecidos como ‘instâncias de controle social’ (BRASIL, 1990; AVRITZER, 2010).

Essas instâncias, que na saúde foram regulamentadas por lei federal, mais especificamente os conselhos, passaram a fazer parte da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), primeiramente, como condição essencial para o repasse de recursos, e posteriormente, como espaços de decisão política do SUS (BRASIL, 1990; LABRA, 2010). Os conselhos, de composição paritária, são de caráter permanente e deliberativo e foram criados nas três esferas (Federal, Estadual e Municipal), com função de controle, fiscalização e acompanhamento da formulação, implementação e na avaliação das políticas de saúde (BRASIL, 1990). Já as conferências, criadas desde 1941, são programadas para acontecer a cada quatro anos e ocorrem nas três esferas, desempenhando a função de elaborar as diretrizes dos programas, das políticas e das ações prioritárias a serem apreciadas e aprovadas pelo conselho de saúde correspondente (ESPIRIDIANO, 2014; BRASIL, 1990).

A produção científica recente sobre a atuação dos conselhos e conferências de saúde evidencia uma série de problemas, que podem estar associados à falta de tradição e de cultura cívica e a dificuldades organizacionais e estruturais dos conselhos (LABRA; FIGUEREDO, 2002). Lobato (2010, p. 10) chama a atenção para a

baixa representatividade e renovação dos conselheiros, amplitude de competências,

concorrência de competências com os poderes constituídos e eleitos, falta de recursos para o cumprimento das atribuições, forte corporativismo e falta de compromisso político com os interesses coletivos.

Côrtes (2010) foi mais além ao constatar que os conselhos não são deliberativos, e as decisões tomadas nas conferências não são transformadas em ações pelos gestores.

Esses problemas também foram identificados no Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA). Bispo Júnior (2013) analisou recentemente esse conselho, entre o período de 2003 e 2011, identificando forte influência político-partidária, corporativismo de algumas representações de entidades profissionais e de usuários, bem como a subordinação do papel desse conselho aos gestores do SUS, em função da centralização decisória ainda prevalente no sistema. Entretanto, não foram localizados estudos sobre a participação social das instâncias de controle social do SUS no processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental na Bahia.

Pelo exposto, percebe-se que a maioria dos estudos sobre conselhos e conferências concentra-se em aspectos relacionados com a organização e funcionamento destas instâncias, analisando os limites e possibilidades da participação social nas decisões políticas no âmbito do sistema público de saúde. Com isso, duas perguntas de investigação emergiram dessa problemática, quais sejam: a) como se conformou a participação das instâncias de controle social (conselhos e conferências) na tomada de decisão com relação ao processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental no período 2001 a 2013 na Bahia? b) as propostas das conferências de saúde e as deliberações emanadas pelo Conselho Estadual de Saúde foram incorporadas aos documentos institucionais (planos estaduais de saúde, programações anuais de saúde e relatórios anuais de gestão)?

Desse modo, este estudo objetivou analisar a participação das instâncias de controle social (conselho e conferências) no processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental na Bahia, no período 2001 – 2013; e descrever as ações, os programas e serviços de saúde mental implantados e implementados (ou não) pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) nos períodos 2001 – 2006 e 2007 – 2013.

## Modelo de análise

A análise da participação do CES-BA, das Conferências Estaduais de Saúde Mental (Cesm) e da Sesab no ciclo da Política de Saúde Mental no Estado, foi realizada a partir da proposta de John W. Kingdon (2011). Esta proposta contempla a articulação de um conjunto de três fluxos que incidem sobre o processo de construção de uma agenda, sendo que o primeiro fluxo implica na transformação de uma questão num problema, o segundo inclui a seleção de soluções e alternativas aplicadas a esse problema, e o terceiro diz respeito às forças e influências políticas envolvidas na inserção do problema na agenda política governamental. No desenvolvimento das relações entre os fluxos, há envolvimento de diversos atores postos diante de várias oportunidades em diferentes cenários, os quais atuam influenciando o processo decisório de formulação e implementação das políticas públicas (KINGDON, 2011).

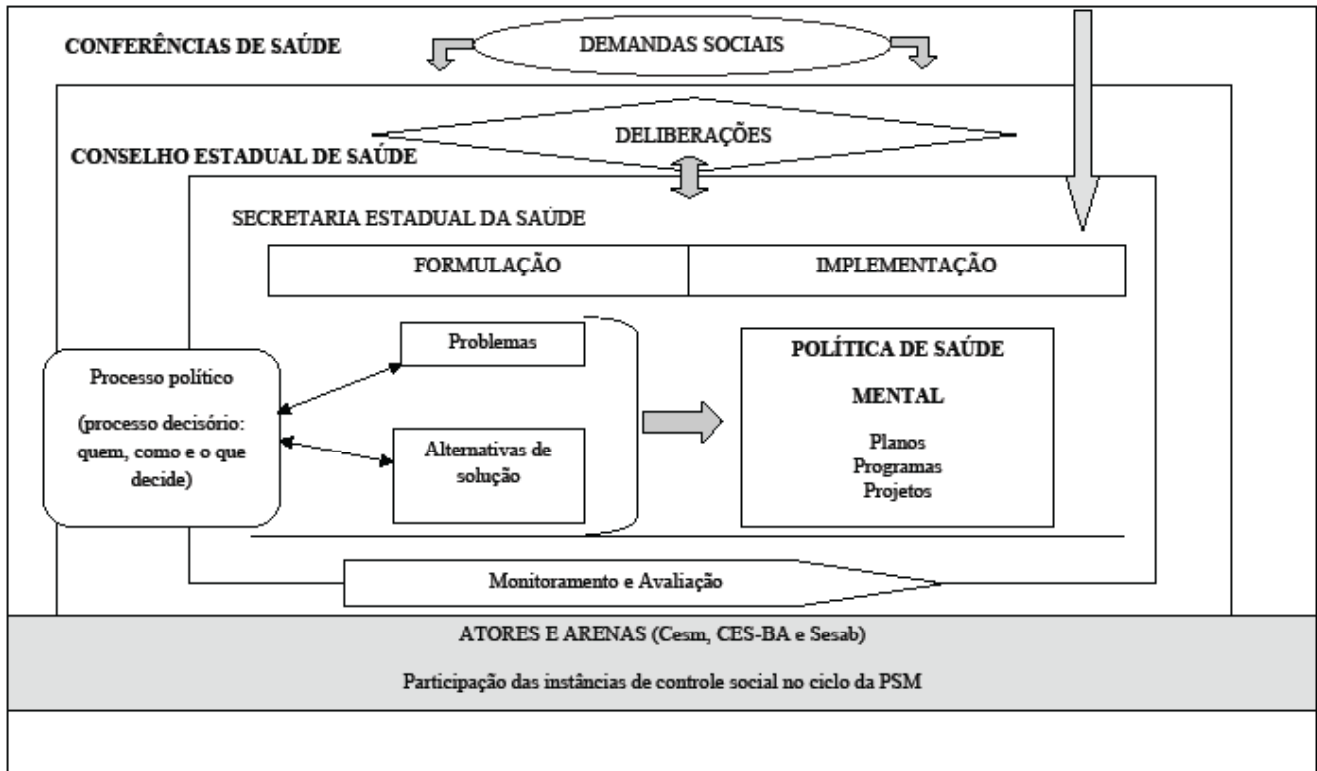
Considerando que nem todas as questões emergentes no ambiente social são consideradas problemas para o governo (KINGDON,

2011), o autor defende que para um problema ascender à agenda governamental precisa incomodar o governo ou os atores ligados a ele. Quando isso acontece, surgem inúmeras alternativas de soluções para o problema, e diversos atores (governamentais ou não) influenciam no processo de formulação e implementação da política (KINGDON, 2011). Adotando essa perspectiva, esse estudo analisa o fluxo de problemas, alternativas e soluções que compõem a participação das instâncias de controle social, entendidas como atores e arenas, no processo de formulação, implementação e avaliação da Política Estadual de Saúde Mental na Bahia.

A seguir apresenta-se o modelo teórico (*figura 1*) elaborado para contribuir na definição das categorias de análise e para a fundamentação da discussão dos resultados, com intuito de alcançar os objetivos propostos e responder às perguntas de investigação. Como se pode observar no modelo, consideramos o CES-BA e as conferências estaduais de saúde, simultaneamente, como espaços onde se verifica a atuação ou não de sujeitos individuais e coletivos em função de determinadas concepções acerca da organização e gestão do sistema de saúde e dos interesses políticos que pretendem representar. O estudo do processo decisório no âmbito das conferências e do conselho contempla, conforme o modelo proposto, a análise dos fluxos de problemas, propostas e soluções apresentadas, discutidas, aprovadas e eventualmente implementadas a partir da dinâmica política estabelecida nas conferências, conselho de saúde e no espaço institucional da Secretaria Estadual de Saúde, particularmente na Coordenação Estadual da Área Técnica de Saúde Mental.



Figura 1. Modelo de análise da participação do CES-BA, das Conferências de Saúde Mental e da Sesab na Política Estadual de Saúde Mental



Fonte: Adaptado de Pinto e Teixeira (2011).

## Método

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo, exploratório e retrospectivo (2001 a 2013), desenho considerado útil para investigações de fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto como é o caso da análise da participação das instâncias de controle social (conselho e conferências) no ciclo da Política Estadual de Saúde Mental na Bahia.

Os dados foram produzidos mediante a análise do conteúdo dos documentos correspondentes a essas instâncias, aos instrumentos de gestão da Sesab, e às transcrições das entrevistas com informantes-chaves. Na pré-análise foram lidos exhaustivamente 540 documentos, dos quais apenas 71 tinham relação com a saúde mental: 32 atas de reunião e cinco resoluções do conselho; seis documentos das conferências; quatro planos estaduais de saúde; 11

programações anuais; e 13 relatórios anuais de gestão. Após organizar os dados no programa *Excel for Windows*, procedeu-se a análise mediante agrupamento das unidades de registro extraídas dos temas e deliberações das atas e resoluções do CES-BA; dos documentos (regimento interno e relatório final) das conferências; e dos documentos da Sesab (planos, programações e relatórios de gestão) nas respectivas subcategorias: a) dinâmica do conselho em dois períodos (2001 – 2006 e 2007 – 2013); b) propostas da III e IV Conferências Estaduais de Saúde Mental; e c) atividades previstas e realizadas pela Sesab nos dois períodos. A análise final foi desenvolvida em dois momentos, referentes a dois períodos de governo, ideologicamente distintos, o primeiro correspondente à gestão estadual exercida pelo Partido da Frente Liberal (atual Democratas) no período 2001-2006 e o segundo pelo Partido dos Trabalhadores no período 2007 – 2013.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob parecer n.º 965.788/2014. Foram entrevistados três conselheiros (um médico, uma enfermeira e uma socióloga), que declararam estar envolvidos com a Política de Saúde Mental na Bahia, e quatro profissionais da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab (três médicos psiquiatras e uma psicóloga), sendo que todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a realização das entrevistas, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro específico para conselheiros e outro para coordenadores ou profissionais da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e lidas, sendo selecionadas posteriormente as unidades de registro (trechos dos discursos) e, por fim, agrupadas nas subcategorias descritas conforme equivalência semântica entre as unidades de registro e as subcategorias.

Vale ressaltar que os critérios para escolha dos participantes foram diferentes por se tratar de sujeitos que atuam em locais distintos. Para selecionar os três conselheiros, seguiu-se à lógica de maior participação com uso da fala nos momentos de discussão sobre saúde mental nas 32 atas analisadas no período do estudo. Como o período de participação dos conselheiros é de dois anos, prorrogados por mais dois, as atas foram agrupadas em três períodos de anos de estudo, formados por quatro anos os dois primeiros grupos (2001 – 2004 e 2005 – 2008) e cinco anos o último (2009 – 2013).

No primeiro grupo, o representante da Central Única dos Trabalhadores (segmento de usuários) foi quem mais usou a fala nas reuniões, mas ele não foi localizado, dando lugar ao segundo colocado que representava o sindicato dos profissionais de saúde do estado (segmento de trabalhadores da saúde); no segundo grupo, o primeiro classificado foi o representante de uma universidade pública

(segmento do governo), que não aceitou participar da pesquisa, dando lugar ao segundo colocado, representante do sindicato dos profissionais de saúde do estado (segmento dos trabalhadores da saúde) e por fim, no terceiro grupo, o representante do Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde (segmento de trabalhadores da saúde) foi quem mais argumentou durante as reuniões, e aceitou participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos informantes-chaves da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab foram: ter trabalhado ou trabalhar na Área Técnica de Saúde Mental por no mínimo um ano no período do estudo; não ter sido ou ser conselheiro no CES-BA; ser profissional de saúde; e ter participado de uma das conferências estaduais de saúde mental. Desse modo, intencionalmente, quatro informantes-chaves foram selecionados para contemplar todos os anos do período do estudo, sendo um informante-chave para cada tempo de atuação na área técnica (2001 – 2003; 2003 – 2009; 2009 – 2012; e 2009 – 2013).

## Resultados

A apresentação dos resultados segue a lógica do modelo proposto para a análise da Política Estadual de Saúde Mental em cada um dos dois momentos. No primeiro momento (2001 – 2006) são apresentadas inicialmente as propostas da III Conferência Estadual de Saúde Mental, seguidas da descrição da dinâmica política no âmbito do CES-BA e, por fim, da análise das ações programadas e implementadas (ou não) pela Sesab. No segundo momento (2007 – 2013), optou-se por iniciar com a descrição da dinâmica do CES-BA, seguida das propostas da IV Cesm intersetorial e por fim as ações realizadas pela Sesab. Ao final de cada um dos momentos, apresenta-se uma síntese das relações identificadas entre as propostas das conferências, o debate no CES-BA e o que foi efetivamente

absorvida na programação e execução das ações na área de saúde mental pela Sesab.

### **Primeiro momento da Política de Saúde Mental na Bahia (2001-2006)**

Convocada por meio da Portaria da Sesab nº 1.819 de 06/09/2001, a III Cesm adotou como tema ‘Cuidar sim, excluir não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e participação social’, definindo como eixo temático a ‘Reorientação do Modelo Assistencial’ (BAHIA, 2001). O relatório final da III Cesm apresenta de maneira sucinta como a conferência foi organizada e as 93 propostas aprovadas. Essas propostas foram distribuídas em quatro subtemas: acessibilidade, direito e cidadania, com maior número de propostas, 42; (2) recursos humanos, 20; (3) controle social, 12; e (4) financiamento, 19 (BAHIA, 2001). Além disso, consta nesse relatório que diversos segmentos da sociedade, quais sejam os usuários, os representantes de entidades privadas e vários profissionais de saúde (médicos clínicos, médicos psiquiatra, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros) participaram da conferência.

Em síntese, as propostas aprovadas nessa conferência ratificaram os direitos dos usuários, já aprovados na Lei 10.216/2001, e reafirmaram a necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde mental, dando ênfase a implantação de serviços substitutivos ao modelo de cuidado asilar das pessoas com transtornos mentais (BAHIA; BRASIL, 2001). Além disso, outros destaques foram para reafirmação de se realizar as conferências de saúde mental a cada quatro anos; formação de uma política de recursos humanos na área; e propostas para o fortalecimento do controle social, e de se constituir garantias de financiamento adequado para manutenção dos serviços substitutivos de saúde mental (BAHIA, 2001).

No tocante ao debate no CES-BA, nesse período, não havia representante de entidade

da saúde mental, nem mesmo o conselho obedecia à paridade estabelecida em lei. Com relação à ‘vocalização’, terminologia utilizada por Avritzer (2010) em seus estudos, notou-se que os usuários foram os que mais falaram nas reuniões analisadas, entretanto, o segmento do governo foi o que menos utilizou desse recurso. Quanto às Atas, apenas 14 delas trataram de assuntos relativos à saúde mental, sendo 10 com pontos de pauta para discussão em plenária e as outras quatro apareceram em momentos de informes e no que ocorresse. Assim, a agenda de decisões do conselho foi formada por essas 10 reuniões que debateram os seguintes temas: situação da saúde mental na Bahia; organização da III Cesm; prestação de contas da Sesab; e a implantação do Centro de Referência de Saúde Mental. Chama atenção que nessas reuniões houve debate em todas, entretanto, as deliberações aprovadas limitaram-se a referendar o que havia sido apresentado na plenária, sem acréscimo de proposições, sugestões ou recomendações.

Os instrumentos de gestão da Sesab, por sua vez, explicitaram problemas e alternativas de solução. Dentre os primeiros, os dois planos estaduais de saúde mental (2000 – 2003 e 2004 – 2007) apontaram para a predominância do modelo de atenção centrado na psiquiatria; a existência de pessoas sem transtornos mentais internadas em leitos dos hospitais psiquiátricos do estado; e a insuficiência de serviços substitutivos ao modelo asilar. Como alternativas para estes problemas, a Secretaria programou o fechamento desses leitos, a implantação de serviços substitutivos e de leitos de saúde mental em hospitais gerais, e a realização de cursos de qualificação em praticamente todas as programações anuais de saúde. No entanto, o programado não foi totalmente cumprido, de 106 centros de atenção à saúde mental que a Sesab apoiaria e promoveria junto com as prefeituras a implantação, foram inaugurados apenas 58; dos 250 leitos que seriam disponibilizados nos hospitais gerais, não há registro de implantação destes serviços nos relatórios anuais de gestão analisados.

Entretanto, cumprindo o programado, em quase todos os anos, há explicitado nos relatórios de gestão a realização de cursos de qualificação para trabalhadores e profissionais de saúde atuantes na saúde mental e em outras áreas do setor saúde.

### **Conexão entre conferência, CES-BA e Sesab no período (2001 - 2006)**

Retomando a análise de cada um dos aspectos descritos neste período, é importante destacar, em primeiro lugar, o teor das propostas discutidas na III Cesm, que foram voltados para os direitos dos usuários, com proposições para uma política de Estado que garanta o pleno exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais, sem que eles fossem excluídos do ambiente social convivido por todos. No que se refere à assistência à saúde, as propostas foram voltadas, conforme preconiza os princípios da luta anti-manicomial e da Reforma Psiquiátrica, para novas formas de cuidado no âmbito institucional centradas no território, sendo condenado o modelo asilar predominante.

Quando verificadas as conexões entre as propostas da III Cesm com o debate no CES-BA, ficou evidente que muitas das propostas não alcançaram a agenda do conselho, ou seja, não foram pautadas e nem propostos nas reuniões temas que discutissem o direito dos usuários e das famílias; o acesso aos serviços de saúde da rede SUS; a quantidade, alocação, distribuição e qualidade dos serviços a serem implantados; as questões relativas aos trabalhadores na área de saúde mental; dentre outros.

Comparando, entretanto, os problemas e propostas que emanaram da conferência com os problemas e propostas apresentadas nos planos e programas da Sesab, encontrou-se certa coerência, ou seja, a crítica ao modelo tradicional, ênfase na implantação de serviços substitutivos e a necessidade de se garantir a expansão desses serviços, ainda que não tenham sido superadas as limitações

na quantidade e na distribuição destes pelo estado.

Pelo exposto percebe-se que houve certa conexão entre as ideias e propostas debatidas na Conferência Estadual de Saúde Mental de 2001 e as propostas incorporadas aos documentos técnicos da Sesab; não se verifica, porém, uma participação sistemática do CES-BA nesse processo. De fato, evidenciou-se que os temas relativos à saúde mental apareceram esporadicamente nas pautas das reuniões, e, mesmo quando discutidos não conduziram às deliberações que tratassem de questões substantivas. Parece, portanto, que o CES-BA foi o ‘elo fraco’ nessa cadeia, restando então um espaço a ser preenchido por esta instância deliberativa.

### **Segundo momento da Política de Saúde Mental na Bahia (2007 - 2013)**

O CES-BA, após ter reorganizado sua estrutura por meio de lei estadual específica, tornou-se paritário e incluiu, pela primeira vez, uma entidade da área de saúde mental no segmento de usuários (BAHIA, 2011). Entretanto, verificou-se que este representante não atuou efetivamente durante os debates sobre assuntos da área, mesmo sendo os representantes do segmento de usuários um dos que mais usaram do recurso da fala nas reuniões. Cabe destacar também que os representantes dos prestadores de serviço foram os que menos utilizaram deste recurso nas reuniões analisadas.

A agenda do CES-BA relativa à saúde mental nesse período foi composta por temas abordados em nove reuniões como ‘pontos de pauta’, em três reuniões como ‘informes’ e em seis no ‘que ocorrer’. A leitura das atas das reuniões, que tratam da saúde mental, revela que foram discutidas a prestação de contas da Sesab, a organização da IV Conferência Estadual de Saúde Mental Interestadual (Cesmi), a situação da saúde mental na Bahia, e a criação de uma Comissão de Saúde Mental do CES-BA. Em verdade, as questões e problemas da área se

repetem ao longo dos anos, a exemplo das condições precárias dos hospitais psiquiátricos e a ausência e deficiências de serviços substitutivos ao modelo asilar em todo o estado. As deliberações aprovadas em plenária não conduziram ao efetivo acompanhamento da formulação e da implementação da Política Estadual de Saúde Mental.

Os limites do conselho, relativos à saúde mental, não são restritos ao baixo teor propositivo da plenária, expressando-se até mesmo na forma como os membros se organizam para formar uma comissão específica para a saúde mental. A Comissão de Saúde Mental, que substituiu a Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica, chegou a atuar no conselho, no entanto, foi extinta gradativamente pelos conselheiros, sendo comentado pelos entrevistados os limites e problemas para a manutenção desta Comissão:

*[...] ainda estamos mesmo nesse processo de conseguir construir a comissão, mas ainda não tivemos a oportunidade da mudança, que está sendo elaborada para que o 'Pleno', que é a instância máxima do conselho, ele se posicione no sentido de que essa comissão venha a ser criada de forma mais institucionalizada (conselheiro); [...] a nossa ideia é transformar esse grupo de trabalho de saúde mental em uma comissão realmente, porque ainda não é uma comissão institucionalizada do conselho, e a gente quer transformar exatamente para que não sofra essas interrupções [...]. (conselheiro).*

No que diz respeito às propostas da IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, convocada pela Portaria Sesab nº 452 de 03 de março de 2010, com o tema 'Saúde mental, direitos e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios' (BAHIA, 2010), observou-se que foram ratificados os princípios e direitos das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de realizar cursos de qualificação para os profissionais da saúde mental e para as demais áreas transversais, bem como se preconizou

a extinção dos manicômios em todo o estado e que se estruturasse e ampliasse os serviços de caráter substitutivo.

As 314 propostas incluídas no relatório final da IV Conferência foram distribuídas em três grandes eixos: 'Saúde mental e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais', 153; no eixo 2 - 'Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos', 78; e no eixo 3 - 'Direitos humanos e cidadania como desafio ético e Intersetorial', 83 (BAHIA, 2010). Nesses sub-eixos é surpreendente a ênfase dada à intersetorialidade, uma diretriz do SUS que ocupou os espaços de debate e se constituiu como estratégia para a área.

Para concluir a análise desse momento, verificou-se nos planos estaduais de saúde (2008 - 2011 e 2012 - 2015) a persistência dos problemas da área de saúde mental no estado, principalmente relacionados ao alto número de leitos em hospitais psiquiátricos onde se internam pessoas com transtornos mentais ou moradores de rua; a quantidade insuficiente de serviços substitutivos; e a precarização dos vínculos de trabalho na área. Como alternativas para esses problemas, a Sesab programou implantar 35 leitos em hospitais gerais, sendo de fato registrada nos relatórios de gestão a implantação de apenas seis leitos em um único hospital. Entretanto, outros programas chegaram a ser cumpridos como a realização de cursos de qualificação para profissionais de saúde e a preparação dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com cursos introdutórios sobre saúde mental.

### **Conexão entre conferência, CES-BA e Sesab no período 2007 - 2013**

No momento da IV Cesmi estava em expansão e diversificação a rede de serviços comunitários no estado da Bahia, porém a necessidade de implantação de serviços substitutivos ainda se manteve e fez parte das propostas apresentadas nesta conferência (RABELO; COUTINHO, 2008). A constituição da

rede de atenção psicossocial foi apontada como uma das prioridades na conferência, enfatizando-se a necessidade de implantação de um modelo de atenção integral, com serviços territorializados de saúde mental e interligados a outras áreas (não só da saúde) sob a forma de redes. No entanto, observou-se que, mesmo após nove anos de aprovação da Lei 10.216/2001, a expansão dos serviços substitutivos foi lenta e não se extinguiu os manicômios no estado (BRASIL, 2001).

O tema da extinção dos manicômios ocupou a agenda da IV Cesmi, mas não foi incluído na agenda do CES-BA, que se restringiu ao debate e aprovação de instrumentos de gestão e ao debate em torno de assuntos pontuais, não incidindo sobre a condução da Política de Saúde Mental no estado. Esta limitação do conselho foi relatada por um dos entrevistados, afirmando que

*[...] o conselho era uma instância que cumpria com a formalidade burocrática da exigência do Ministério da Saúde, não era uma instância efetiva de democratização da construção da política de saúde, não era. (conselheiro).*

Com relação à Sesab, muito do que foi programado não foi implementado, mas os serviços implantados estavam em consonância com as propostas da IV Conferência. Chama atenção nesse período a inclusão das propostas relativas à saúde mental nos planos estaduais de saúde (não mais específicos para a saúde mental), a repetição do que foi proposto nas programações anuais (entre 2009 – 2010 e 2012 – 2013) e o fato dos relatórios de gestão não explicitarem a quantidade de serviços residenciais terapêuticos e os tipos de Caps implantados no estado.

### **Análise comparativa dos dois momentos: balanço da participação das conferências, do CES-BA e da Sesab**

Esta análise comparativa se limita a descrever as semelhanças e diferenças nos dois períodos

2001 – 2006 e 2007 – 2013, buscando-se identificar a correlação entre as propostas emanadas das duas conferências de saúde mental – o debate no CES-BA – e a implementação ou não de programas e projetos para a Política de Saúde Mental pela Sesab.

Nas duas Cesm realizadas na Bahia discutiu-se amplamente a situação existente nessa área, e foram formuladas propostas que evidenciam a luta pela conquista de direitos das pessoas com transtornos mentais, entre os quais o acesso e a qualidade dos serviços assistenciais. Na III Cesm o foco esteve voltado para a efetivação dos princípios da luta antimanicomial e da reforma na assistência psiquiátrica, já na IV Cesmi mediante a forte influência desses princípios e da reestruturação da saúde mental com aprovação da Lei 10.216/2001, se discutiu os avanços e os limites dessa política e a potencialidade da ação intersetorial da saúde mental com outras áreas.

A quantidade de propostas foi muito diferente entre as duas conferências, aprovado na IV Cesm mais que o dobro das aprovadas na III Cesm, sendo a maioria delas voltada para implantação de serviços substitutivos ao modelo asilar, direitos dos usuários ao atendimento digno, ampliação das formas de participação social nos serviços de saúde mental, e realização de cursos para trabalhadores da saúde e áreas afins.

Apesar dessa movimentação, pelo menos durante as conferências, observou-se que o CES-BA teve uma atuação bastante limitada no que diz respeito ao debate sobre a situação de saúde mental no estado e à incorporação das propostas aprovadas nas conferências. Nas reuniões em que o tema saúde mental foi incluído, na pauta predominou a apresentação de prestação de contas da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab ou predominou a simples aprovação de alguns instrumentos de gestão do SUS (planos e relatórios), elaborados pela Sesab. Enfim, ficou evidente que o conselho até incluiu em sua agenda temas relativos

à saúde mental, porém, não deliberou de forma a estabelecer estratégias importantes para o encaminhamento da implementação da Política Estadual de Saúde Mental.

Já a Sesab identificou diversos problemas da saúde mental, alguns apontados nos quatros planos analisados, como é o caso da falta de leitos de saúde mental para internações necessárias e a pouca quantidade de Caps no estado, tendo formulado propostas para o enfrentamento destes problemas; não logrou alcançar, porém, alguns dos objetivos e metas definidos, principalmente aqueles relacionados à implantação dos leitos, sendo implantada uma quantidade muito inferior. Em relação aos Caps, todavia, foi implantado em todo o estado até 2013 um total de 200 Caps (BAHIA, 2014), um crescimento enfatizado por um dos coordenadores da saúde mental quando entrevistado: “[...] até 2002 só havia 15 Caps instalados no estado da Bahia, em outubro esse número passou a ser de 106 Caps e em maio de 2012 era de 182” (coordenador da Área Técnica de Saúde Mental).

O mais importante a constatar da comparação entre os dois períodos é que eles não se diferenciaram tanto, ou seja, as propostas das duas conferências convergiram com os ideais da reforma da assistência psiquiátrica brasileira. A Sesab deu maior ênfase para realização de cursos de qualificação profissional, e as deliberações do conselho não se constituíram em estratégias para a formulação da Política de Saúde Mental, principalmente quanto à implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo asilar.

Em se tratando de implantação de serviços para a saúde mental no estado, parece que o conselho exerceu um papel secundário à medida que não deliberou sobre a implantação de serviços, nem definiu prioridades para a área. Dois entrevistados da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab afirmaram que a decisão para implantação dos serviços de saúde mental no estado era dada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), como

seguem os seguintes trechos: “Toda decisão que envolvia implantação de serviço de saúde mental ocorria na Comissão Intergestora Bipartite”; “A aprovação dos Caps para os municípios passava pela CIB [...]” (coordenador da Área Técnica de Saúde Mental).

Enfim, a comparação entre os dois períodos evidencia que as propostas das conferências não ascenderam à agenda do CES-BA a ponto de ocuparem as pautas do Pleno como deveriam, restando ao conselho aprovar em caráter puramente normativo os planos e relatórios de gestão e realizar apresentações sobre a situação da Política de Saúde Mental no estado.

## Considerações finais

Os resultados apresentados nesse trabalho permitem que se formulem algumas considerações acerca da participação das Cesm, do CES-BA e da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab na Política de Saúde Mental no âmbito do SUS-Bahia.

A análise dessas conferências evidenciou o quanto estes espaços de debate propiciaram a formulação de propostas relacionadas à Política de Saúde Mental e consonantes com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios da luta antimanicomial. Os participantes destas conferências debateram a política estudada com propósitos coerentes aos princípios de direito à vida e à cidadania, com acesso aos serviços sem distinções, sendo que o ‘Relatório da IV Conferência’ expressa a ênfase na necessidade de inserção das pessoas em sofrimento mental na sociedade, recomendando a articulação das ações de saúde com as ações produzidas por outros setores sociais.

Entretanto, a análise da relação, entre o que foi proposto nestas conferências e o que foi debatido no âmbito do CES-BA, revelou que a realização das conferências atendeu mais ao propósito democratizante, sem exercer influência nas decisões políticas no âmbito do CES-BA. De fato, os debates sobre

saúde mental no conselho foram restritos às discussões de problemas pontuais relacionados à situação da saúde mental no estado e, de modo geral, para aprovação formal dos instrumentos de gestão, como planos, programações e relatórios.

A participação do conselho na Política Estadual de Saúde Mental, portanto, foi incipiente, ou seja, não houve deliberações ou proposições que guiassem as decisões e norteassem o processo de implementação dessa política no âmbito do sistema estadual de saúde. Nesse sentido, esse estudo aponta que a problemática de saúde mental parece não ter interessado aos participantes dessa instância, apesar da realização das Cesm, evento que aparentemente só foi organizado por indução do Ministério da Saúde, no contexto em que esse tema ganhou certa prioridade na agenda nacional da política de saúde.

Para além do que aconteceu nas conferências e no CES-BA, vimos que a Sesab, enquanto instância responsável pela implementação da Política de Saúde Mental, implantou serviços substitutivos ao modelo asilar de cuidado às pessoas com sofrimento mental, no entanto, enfrentou limitações, quais sejam: não extinguiu os manicômios e não conseguiu cumprir com vários dos programas propostos durante o período estudado, a exemplo da implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, limitando-se a executar ações voltadas para a qualificação dos profissionais da área de saúde mental. Isso reforça o que Labra (2010, p. 180) considera como uma “brecha entre formulação e implementação”, na medida em que a Política de Saúde Mental foi formulada no nível central e incorporada nos planos e programações elaborados na Sesab, ainda que sem a participação efetiva do CES-BA. Entre as propostas e a prática, porém, verificou-se uma lacuna significativa, principalmente no que diz respeito à implantação dos Caps e demais serviços substitutivos, cujo

número permanece insuficiente diante das necessidades da população.

Em síntese, este estudo evidenciou os limites das instâncias de controle social (conselho e conferências de saúde) na gestão do SUS na Bahia com relação à saúde mental e apresenta alguns desafios para os gestores desta política, quais sejam a incorporação das propostas das Cesm ao processo decisório, inclusive no âmbito do conselho, qualificando-o para que possa debater os problemas e formular proposições para a adequação da Política de Saúde Mental à situação enfrentada no estado. Desse modo, os participantes dessas instâncias estariam exercendo de fato a “participação cidadã – participação concebida como intervenção social periódica e planejada ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública” (GOHN, 2013, p. 59) e subsidiando os gestores e executores da política.

Finalmente, compreendem-se como principais limites desta pesquisa o fato de que seus resultados se restringem a uma política específica (saúde mental) num único Ces, não permitindo que sejam extrapolados para demais políticas que o CES-BA tenha debatido e para outros conselhos do País. A baixa efetividade do CES-BA parece não ser específica deste conselho, tendo em vista que outros conselhos de saúde também têm tido uma participação incipiente no que tange a deliberações políticas, como evidenciado nos estudos de Côrtes (2010), Labra (2010) e Avritzer (2010). Assim, seria interessante investigar se em outros estados do País os conselhos estão cumprindo com seu papel de acompanhar a formulação e a implementação da Política de Saúde Mental. De um modo geral, seria importante aprofundar a análise da prática dos conselhos, para que se compreenda melhor quais os interesses envolvidos e o que de fato pretendem os sujeitos participantes desses espaços decisórios. ■



## Referências

- AVRITZER, L. (Org.). *A dinâmica da participação local no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010, 470 p. (Pensando a Democracia no Brasil, 3).
- BAHIA. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 3. 12 e 13 de novembro de 2001. *Relatório Final da Conferência*. Salvador, 2001, 20 p. Mimeo.
- \_\_\_\_\_. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4. 24 a 26 de maio de 2010. *Relatório Final da Conferência*. Salvador, 2010, 79 p. Mimeo.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. *Relatório Anual de Gestão da SESAB (2013)*. 2014, Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional\\_Gestor/Relatorio\\_anual\\_gestao\\_2013.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2013.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. Assembleia Legislativa do Estado da Bahia. *Lei Estadual n.º 12.053, de 07 de janeiro de 2011*. Dispõe sobre a estrutura do Conselho Estadual de Saúde da Bahia e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/portales/imagens/stories/arquivos/Downloads/Estrutura\\_CES\\_lei\\_12053\\_07\\_01\\_2011.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/portales/imagens/stories/arquivos/Downloads/Estrutura_CES_lei_12053_07_01_2011.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BISPO JÚNIOR, J. P. *Participação social e relação de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia*. 2013. 214 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei Federal n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990*. 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. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. *Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12\\_Lei\\_10216.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12_Lei_10216.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. *Lei Federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm)>. Acesso em: 24 jan. 2015.
- CÔRTEZ, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. *Participação, democracia e saúde*. Cebes: Rio de Janeiro, 2010, p. 102-128.
- ESPERIDIÃO, M. Controle social no SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 245-263.
- GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação socio-política*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 3. ed. Washington, DC: Longman, 2011.
- LABRA, M. H. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. *Participação, democracia e saúde*. Cebes: Rio de Janeiro, 2010, p. 176-203.
- LABRA, M. H.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.
- LOBATO, L. V. C. Apresentação do livro – reforma sanitária e participação social. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. *Participação, democracia e saúde*. Cebes: Rio de Janeiro, 2010, p. 9-12.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2013.
- PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, 2011.

RABELO, A. R.; COUTINHO, D. M. Análise da saúde mental na Bahia – 2008. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 104-119, 2008.

---

Recebido para publicação em março de 2015  
Versão final em agosto de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social

*Social Organizations and State Foundations of Private Law at the Unified Health System: relation between the public and the private and social control mechanisms*

Vanice Maria da Silva<sup>1</sup>, Sheyla Maria Lemos Lima<sup>2</sup>, Marcia Teixeira<sup>3</sup>

**RESUMO** Objetivou-se caracterizar, no âmbito nacional, os modelos de governança das Organizações Sociais e das Fundações Estatais de Direito Privado, pressupondo-se que as regras interferem no funcionamento das instituições e na atuação dos atores, com base no referencial analítico do neoinstitucionalismo histórico. Foram caracterizadas especificamente a relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle social, a partir dos marcos legais existentes. A análise evidencia diferenças importantes entre os modelos, especialmente quanto ao alinhamento aos princípios do Sistema Único de Saúde. De diferentes formas, os dois modelos são permeáveis ao setor privado e pouco abertos à participação social.

**PALAVRAS-CHAVE** Modernização do setor público; Políticas públicas de saúde; Participação social; Fundações; Organizações sem fins lucrativos.

**ABSTRACT** *This article aimed to characterize, at national level, the governance models of Social Organizations and State Foundations of Private Law, assuming that the rules interfere with the functioning of institutions and the performance of the actors, based on the analytical framework of historical neo-institutionalism, specifically regarding the relation between the public and the private and the mechanisms of social control, from the existing legal frameworks. The analysis shows important differences between models, especially regarding the alignment to the principles of the Unified Health System. However, in different ways, both models are penetrable to the private sector and less open to social participation.*

**KEYWORDS** *Modernization of the public sector; Public health policy; Social participation; Foundations; Non-profit Organizations.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [vanice.silva@iff.fiocruz.br](mailto:vanice.silva@iff.fiocruz.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [slemos@ensp.fiocruz.br](mailto:slemos@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [txmarcia@hotmail.com](mailto:txmarcia@hotmail.com)

## Introdução

Ao final da década de 1970, em um cenário global de crises econômicas e de questionamento do modelo de intervenção estatal, foram propagadas propostas de reformas destinadas a redefinir o papel do Estado e suas margens de atuação. Essas propostas de cunho mais amplo incidiram sobre a administração pública, promovendo questionamentos quanto ao modelo burocrático, em moldes weberiano, apontado como moroso, autorreferenciado e deslocado das necessidades dos cidadãos (PAES DE PAULA, 2005).

Nos governos de Margareth Thatcher, Inglaterra, e Ronald Reagan, EUA, foram identificados os marcos iniciais dessa conjuntura internacional de reforma de Estado e do desenvolvimento, no campo da gestão pública, do modelo gerencialista. Este modelo incorpora conceitos, discursos e práticas oriundas do setor privado para organizações da esfera pública em diferentes áreas do governo (SECCHI, 2009).

Santos (1999) aponta que os governos de concepção neoliberal diante do cenário de crise econômica optaram por um processo de privatização dos serviços sociais, incluindo áreas como a saúde e a educação, o que caracterizou um momento de inflexão do Estado de Bem-Estar Social. O setor privado passou a ser considerado o mais eficiente na gestão dos recursos, em uma relação de oposição ao funcionamento burocrático do Estado.

O Brasil, mesmo sem possuir um aparelho de Estado com uma burocracia estruturada, foi atravessado por críticas ao modelo de administração pública semelhantes ao de países centrais, com burocracias fortes e efetiva participação do Estado na provisão de serviços sociais.

O gerencialismo, traduzido no Brasil como Administração Pública Gerencial ou Nova Gestão Pública (BRESSER-PEREIRA, 1998; ABRUCIO; SANO, 2008; PAES DE PAULA, 2005), busca criar uma cultura organizacional

orientada pela eficiência, competitividade interna e externa, foco nos resultados, flexibilidade, desempenho crescente e pagamento por desempenho/productividade, terceirização e regimes temporários de emprego, entre outras características (MARTINS, 2003; DE PAULA, 2005).

No Brasil, esse modelo se destacou durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), na década de 1990, que instituiu o Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), em 1995, mesmo ano em que publicou o 'Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado', documento que estabelece diretrizes e desenhos institucionais para o desenvolvimento de atividades ligadas ao Estado, com base no paradigma da Nova Gestão Pública. Esse documento expressava uma redefinição do papel do Estado, o qual não teria mais a responsabilidade direta no desenvolvimento social e econômico, por meio da produção de bens e serviços, restringindo sua atuação ao financiamento e à regulação das atividades.

Além do processo de privatização, preconizava a 'publicização', caracterizada pela transferência da execução de atividades, anteriormente consideradas de caráter estatal, para entes privados sem fins lucrativos, a partir da concessão de equipamentos estatais, recursos humanos e financeiros. Dessa forma, a execução de serviços na área da saúde, educação, cultura e pesquisa científica, considerados como "serviços competitivos ou não-exclusivos", seriam transferidos para entidades do setor público não estatal, qualificadas como Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1995, P. 13).

Contudo, a reforma pretendida não ocorreu de forma plena. Segundo Abrucio e Sano (2008), a implantação do modelo gerencialista no Brasil foi marcado por divergências no Congresso Nacional. Martins (2003) aponta para falta de uma estratégia de desenvolvimento que sustentasse as mudanças pretendidas.

É nessa conjuntura que vários modelos jurídico-institucionais foram utilizados como alternativas à administração direta. No campo da saúde, alguns se destacam, em especial as próprias OS, as Fundações Privadas de Apoio, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Cooperativas.

Nos governos seguintes, presididos pelo Partido dos Trabalhadores (PT), a introdução de novos mecanismos institucionais foi delegada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) (BRASIL, 2003), que publicou, em 2003, o documento ‘Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula’. Diferentemente do plano do governo anterior, que defendia um Estado regulador e financiador, o Plano de governo de Lula apresentou como proposta um “Estado atuante, promotor de crescimento e da justiça social e fiscalmente sustentável, a partir das reformas que a sociedade apoiar”, tendo como foco a qualidade do Estado (BRASIL, 2003, P. 8).

A incapacidade do Estado em assegurar os direitos civis e sociais básicos é tratada, nesse documento, em termos de déficit institucional, consequência de uma trajetória histórica que produziu um Estado sem uma estrutura coesa, possibilitando a atuação de entes não estatais. A superação desse cenário demandaria, entre outros aspectos, o fortalecimento nas instituições públicas de características atreladas ao modelo burocrático, como a impessoalidade e o universalismo de procedimento, tendo em vista o reconhecimento na cultura nacional de um caráter patrimonialista (BRASIL, 2003).

O debate acerca de novos mecanismos institucionais se destaca com a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro em 2004. A adoção pelos hospitais de Fundações de Apoio para flexibilizar e agilizar a gestão gerou questionamentos quanto à legalidade desse arranjo, incitando ainda mais a discussão sobre esses mecanismos. É nesse contexto que as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), modelo jurídico-institucional da

administração pública indireta, são propostas pelo MPOG como alternativa para responder aos impasses identificados.

Em que pesem o repúdio do Conselho Nacional de Saúde, instância de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere às OS, e todos os questionamentos sofridos, em especial na forma de ações de inconstitucionalidade, com relação às OS e às FEDP, essas duas propostas se destacaram no cenário nacional como modelos jurídico-institucionais preconizados nos documentos oficiais e adotados por estados e municípios, que justificam sua implementação pelas dificuldades encontradas na área de gestão de serviços de saúde.

Objetivou-se caracterizar as regras de funcionamento das OS e das FEDP, especificamente no que concerne à relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle social no SUS, a partir dos marcos legais existentes sobre seus modelos jurídico-institucionais, pressupondo-se que as regras interferem no funcionamento das organizações e na atuação dos atores sociais (institucionais e da sociedade).

A discussão sobre qual deva ser a modalidade adequada para a gestão desses serviços ainda é um debate inconcluso, conflituoso e candente no cenário nacional, reconhecendo os problemas enfrentados e a relevância social da gestão dos serviços de saúde. Trazer à tona modelos de governança propostos, especificamente no tocante à relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle, a partir da análise dos marcos legais destas duas modalidades jurídico-institucionais, OS e FEDP, considerando as diretrizes do SUS, pode oferecer elementos importantes para o referido debate.

A governança está sendo compreendida, em sua acepção ampla, como a capacidade do Estado e do governo em implementar políticas públicas e os aspectos institucionais referentes aos mecanismos para lidar com a dimensão participativa e com a administração dos conflitos (DINIZ, 1996). Esse conceito consegue abarcar aspectos

importantes, como a relação entre o público e o privado e o controle social, o que possibilita sua utilização como instrumento de análise dos arranjos institucionais dos Estados, governos e entidades que buscam operacionalizar as políticas públicas, tais como as OS e as FEDP, a partir de um conjunto de regras legais editadas pelo Poder Público. Essas regras que normatizam aspectos que podem caracterizar o modelo de governança das entidades também possibilitam verificar o alinhamento desses modelos às normatizações do SUS.

## Métodos

Foram analisados leis e decretos para a compreensão do modelo de governança, como acima explicitado, desses dois arranjos jurídico-institucionais, OS e FEDP, adotados na área da saúde em âmbito nacional, utilizando-se como referencial analítico o neoinstitucionalismo histórico, que compreende que as normas podem funcionar como um constrangimento que influencia as atuações e decisões dos atores sociais.

O neoinstitucionalismo histórico tem como foco o papel das instituições, que são consideradas como estruturas intermediárias que realizam a mediação da relação Estado-Sociedade. Parte de uma racionalidade política, na qual se reconhece nas instituições a capacidade de influenciar as preferências, objetivos e comportamentos dos atores sociais. Destaca a necessidade da análise histórica do contexto institucional, no qual certas concepções e ações são priorizadas em detrimento de outras (LUSTOSA, 2010; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011), e enfatiza a dimensão temporal, no sentido de que “a trajetória histórica, o momento e a sequência dos eventos importam para a definição das políticas” (LIMA, MACHADO; GERASSI, 2011, p. 129). Nesse sentido, compreende-se que o contexto político-institucional em que surgem as OS e as FEDP exerce influência sobre suas ‘trajetórias’ no campo da saúde.

Outra questão importante é a relevância atribuída à distribuição do poder, em especial em como as instituições o repartem de forma não igualitária entre os diferentes grupos sociais. O modelo de governança das OS e das FEDP, delimitado por suas leis e decretos, informam, em certo grau, a distribuição de poder a partir da análise da configuração dos seus órgãos de deliberação e controle.

Este estudo, de caráter exploratório, implicou no levantamento e análise documental dos marcos legais, leis e decretos, identificados no âmbito federal, estadual e municipal; sobre a qualificação das OS e constituição das FEDP na área da saúde. Não foram consideradas outras normatizações, como, por exemplo, os Contratos de Gestão.

A maior parte das normatizações sobre OS foi obtida por meio de um levantamento realizado pela Secretaria de Gestão do MPOG, o qual foi cedido para o referido estudo; parte complementar foi selecionada do acervo jurídico do site JusBrasil, acessado no período de setembro de 2011 a outubro de 2013.

Para o mapeamento dos marcos legais que autorizam a instituição de FEDP, foram consultados sítios eletrônicos das secretarias de saúde estaduais e municipais, bem como o acervo jurídico do site JusBrasil, durante o período já mencionado.

Foi construída uma matriz de análise com 4 grandes categorias: Aspectos Gerais, Aspectos da Relação entre o Público e o Privado, Controle Interno e Externo, contendo 29 variáveis ao todo (*quadro 1*), considerando-se os aspectos de governança referentes à relação entre o público e o privado e aos mecanismos de controle internos e externos. Estas variáveis foram delimitadas com base nos temas recorrentes nas normatizações das OS e das FEDP e no Levantamento Nacional de modelos de parceria entre Poder Público e entes de cooperação e colaboração, que integra a publicação ‘Relações de parceria entre Poder Público e entes de cooperação e colaboração no Brasil’ (BRASIL, 2010).

Quadro 1. Modelo analítico de governança das OS e FEDP

Categorias	Variáveis
Aspectos Gerais	Tipo de lei
	Disposição da lei
	Objeto de prestação de serviços
	Natureza jurídica
	Alinhamento às leis e normatizações do SUS
	Proibição de distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese
	Obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades
Aspectos da Relação entre o Público e o Privado	Atuação não remunerada dos conselheiros
	Incorporação integral do patrimônio, doações e excedentes financeiros no caso de extinção ou desqualificação ao patrimônio do estado
	Atendimento exclusivo aos usuários do SUS
	Possibilidade de recebimento de recursos advindos não SUS
	Obrigatoriedade de publicação anual, em Diário Oficial, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão
	Repasse de recurso associado ao desempenho
	Órgãos de Deliberação e Direção
	Conselho de Administração
	Composição do Conselho de Deliberação
	Periodicidade de reunião do Conselho de Deliberação
Controle Interno	Vedação de ser conselheiro e da diretoria
	Atribuições privativas do Conselho de Administração para qualificação das entidades
	Comissão de Acompanhamento dos Contratos (CAC)
	Composição da Comissão de Acompanhamento dos Contratos (CAC)
	Atribuições da Comissão de Acompanhamento dos Contratos (CAC)
	Elaboração de relatórios
	Prestação de contas ao órgão ou à entidade supervisora da área de atuação correspondente
Controle Externo	Prestação de contas ao Conselho de Saúde
	Prestação de contas à sociedade civil
	Prestação de contas ao órgão Legislativo
	Prestação de contas ao Judiciário e/ou Ministério Público
	Prestação de contas a outra secretaria de estado

Fonte: Elaboração própria a partir da publicação 'Relações de parceria entre poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil' (BRASIL, 2010).

## Resultados

Como resultado do levantamento nas fontes utilizadas, foram identificadas 91 peças legais que regulam as OS em várias áreas de atuação; destas, foram selecionadas 72 que possuíam como objeto a prestação de serviços de saúde, correspondendo a 16 estados e 39 municípios. Só no estado de São Paulo, foram identificados 15 municípios com legislação sobre OS, correspondendo a 38,5% dos municípios considerados no estudo (*quadros 2 e 3*).

No que diz respeito aos marcos legais sobre FEDP, foram consultadas 11 legislações

referentes a 5 estados – São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e Pernambuco – e a 2 municípios – Petrolina/PE e Foz do Iguaçu/PR. Os estados de São Paulo, Sergipe e Rio de Janeiro possuem leis complementares e específicas, sendo as primeiras leis que definem a área de atuação e as últimas leis que dispõem sobre a criação de Fundações (*quadros 2 e 3*).

O número de peças legais para OS e FEDP é maior que o número de estados e municípios, pois, em alguns entes federativos, foram aprovadas mais de uma lei ou decreto. Além disso, há um número maior de legislações que dispõem sobre a qualificação de OS do que sobre a criação de FEDP.

Quadro 2. Legislação estadual consultada sobre OS e FEDP na área de saúde por estado

Estado	Legislação sobre OS	Legislação sobre FEDP	
		Leis complementares	Leis específicas
São Paulo	Lei Complementar N.º 846, de 4 de junho de 1998	Lei Complementar N.º 118, de 29 de novembro de 2007	Lei N.º 5.164, de 17 de dezembro de 2007
Distrito Federal	Lei N.º 4.081, de 04 de janeiro de 2008	-	-
Mato Grosso	Lei Complementar N.º 150, de 08 de janeiro de 2004	-	-
Espírito Santo	Lei Complementar N.º 158, de 01 de julho de 1999; Lei Complementar N.º 416, de 2007; Decreto N.º 1.645-R, de 27 de março de 2006	-	-
Pará	Lei N.º 5.980, de 19 de julho de 1996, Decreto N.º 3.876, de 21 de janeiro de 2000; Lei N.º 6.773, de 23 de agosto de 2005	-	-
Pernambuco	Lei N.º 11.743, de 20 de janeiro de 2000	Lei complementar N.º 126, de 29 de agosto de 2008	-
Sergipe	Lei N.º 5.217, de 15 de dezembro de 2003; Lei N.º 5.285, de 16 de março de 2004; Lei N.º 5.467, de 17 de novembro de 2004	Lei N.º 6.343, de 02 de janeiro de 2008	Lei N.º 6.347, de 02 de janeiro de 2007; Lei N.º 6.348, de 02 de janeiro de 2008
Piauí	Lei Ordinária N.º 5.519, de 13 de dezembro de 2005	-	-
Santa Catarina	Lei N.º 12.929, de 04 de fevereiro de 2004; Lei N.º 13.343, de 10 de março de 2005	-	-
Ceará	Lei N.º 12.781, de 30 de dezembro de 1997	-	-
Maranhão	Lei N.º 7.066, de 03 de fevereiro de 1998	-	-
Goiás	Lei N.º 15.503, de 28 de dezembro de 2005	-	-
Amapá	Lei N.º 0599, de 25 de abril de 2001	-	-
Bahia*	Lei N.º 7.027, de 29 de janeiro de 1997; Lei N.º 8.647, de 29 de julho de 2003; Decreto N.º 7.007, de 14 de novembro de 1997	Lei Complementar N.º 29, de 21 de dezembro de 2007	-
Rio de Janeiro	Lei N.º 6043, de 19 de setembro de 2011	Lei Complementar N.º 118, de 29 de novembro de 2007	Lei N.º 5.164, de 17 de dezembro de 2007
Rondônia	Lei N.º 2387, de 7 de janeiro de 2011	-	-

Fonte: Elaboração própria.

Nota: \*No caso da Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf-SUS) do estado da Bahia, que consiste em um modelo de gestão interfederativa direcionada à Estratégia Saúde da Família, não foi possível a identificação das leis referentes aos 69 municípios da Bahia que constituíam essa entidade até o ano de 2012. Para essa caracterização, seria necessário um estudo específico sobre a Fesf-SUS devido ao número de municípios inseridos nesta FEDP. Contudo, foi considerada a Lei Complementar n.º 29, de 21 de dezembro de 2007, que autoriza a instituição de FEDP no território da Bahia.



Quadro 3. Legislação municipal consultada sobre OS e FEDP na área da saúde por município no Brasil

Estados	Municípios	Legislação sobre OS	Legislação sobre FEDP (Leis específicas)
SP	Barueri	Lei N.º 1.360, de 30 de abril de 2003; Lei N.º 1.675, de 10 setembro de 2007	-
	Campo Limpo Paulista	Lei N.º 1.905, de 25 de março de 2008	-
	Atibaia	Lei Complementar N.º 457, de 11 de janeiro de 2005; Decreto N.º 4.954, de 10 de maio de 2006	-
	Cajamar	Lei N.º 1.186, de 11 de novembro de 2005; Lei N.º 1.199, de 01 de março de 2006	-
	Morro Agudo	Lei N.º 2.381, de 24 de janeiro de 2005	-
	Nova Odessa	Lei N.º 2.137, de 13 de abril de 2006	-
	São Paulo	Lei Municipal N.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006	-
	Castilho	Lei N.º 1.608, de 24 de dezembro de 2003	-
	Santo André	Lei N.º 8.294, de 14 de dezembro de 2001	-
	Lins	Lei N.º 5.063, de 20 de março de 2008	-
	Cubatão	Lei N.º 2.764, de 25 de julho de 2002; Decreto N.º 8.374, de 26 de dezembro de 2002	-
	Hortolândia	Lei N.º 1.395, de 31 de maio de 2004; Lei N.º 1.519, de 29 de abril de 2005	-
	Jundiaí	Lei N.º 7.116, de 06 de agosto de 2008	-
	São José dos Campos	Lei Municipal N.º 6.469, de 16 de dezembro de 2003 – Pub. BM N.º 1.591, de 19 de dezembro de 2003	-
São Sebastião	Lei N.º 1.872, de 04 de julho de 2007	-	
MG	Campo Verde	Lei N.º 1.198, de 16 de agosto de 2006	-
	Juiz de Fora	Lei N.º 10.330, de 06 de novembro de 2002	-
	Passos	Lei N.º 2.345/2003, de 27 de junho de 2003	-
RJ	Itaboraí	Lei N.º 1.690, de 03 de setembro de 2001	-
	Casimiro de Abreu	Lei N.º 1.114, de 08 de março de 2007; Lei N.º 1.175, de 31 de outubro de 2007	-
	Rio de Janeiro	Lei N.º 5.026, de 19 de maio de 2009	-
PR	Castro	Lei N.º 1.041, de 12 de dezembro de 2000	-
	Fazenda rio Grande	Lei N.º 42 de 10 de agosto de 2001	-
	Foz do Iguaçu	-	Lei N.º 3.592, de 24 de setembro de 2009
	Curitiba	Lei N.º 9.226, de 23 de dezembro de 1997	-
RS	Carazinho	Lei Municipal N.º 5.708, de 25 de julho de 2002	-
	Serafina Corrêa	Lei N.º 1.842, de 31 de dezembro de 2001; Decreto N.º 2.302, de 15 de agosto de 2006	-
	Vila Maria	Lei N.º 1.364, de 25 de junho de 2002	-
	Antônio prado	Lei Municipal N.º 2.386, de 14 de dezembro de 2005	-
	Guaporé	Lei N.º 2.623, de 06 de setembro de 2005	-
MT	Nova Mutum	Lei N.º 675, de 13 de junho de 2002	-
	Campo Novo do Parecis	Lei N.º 852, de 28 de dezembro de 2001	-
	Lucas do rio verde	Lei N.º 2.381, de 24 de janeiro de 2005; Lei N.º 1.026, de 04 de fevereiro de 2004	-

Quadro 3. (cont.)

CE	Sobral	Lei N.º 261, de 18 de maio de 2000	-
	Fortaleza	Lei N.º 8.704, de 13 maio de 2003	-
GO	Goiânia	Lei N.º 8.411, de 04 de janeiro de 2006	-
SC	Joinville	Lei N.º 3.876, de 17 de dezembro de 1998	-
PI	Parnaíba	Lei N.º 2.261, de 02 de agosto de 2006	-
PE	Petrolina	Lei N.º 2.079/08, de 16 de maio de 2008	Lei N.º 2.038, de 18 de dezembro de 2007
ES	Vitória	Lei N.º 5.811, de 30 de dezembro de 2002	-

Fonte: Elaboração própria.

## Relação entre o público e o privado

A Lei Federal n.º 9.637, de 15 de maio de 1988, que autoriza a instituição de OS, define sua natureza como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Toda a legislação estadual e municipal consultada estabelece a mesma natureza jurídica. Quanto às FEDP, o Projeto de Lei Complementar n.º 92-A/2007, do poder executivo, permite aos entes federativos que a lei instituída defina a natureza jurídica da Fundação como de direito privado ou público (BRASIL, 2007A). Todas as leis consultadas definem a natureza de suas Fundações como de direito privado, com exceção da lei complementar da Bahia, que permite a instituição de Fundação estatal com personalidade jurídica de direito público ou privado. É importante ressaltar que, enquanto as normatizações sobre OS permitem que o Poder Público qualifique entidades já existentes, as legislações específicas sobre FEDP possibilitam a constituição de uma nova entidade criada pelo Estado.

As propostas das OS e das FEDP não foram elaboradas exclusivamente para a saúde, e sim para uma diversidade de áreas sociais, como arranjos que realizariam a intermediação entre Estado, na forma de suas políticas sociais, e sociedade. Esses modelos jurídico-institucionais não específicos para a saúde tiveram efeitos nas legislações subnacionais das OS, com uma reduzida formulação de

leis dirigidas especificamente para a saúde e, por consequência, com pouca proximidade à normatização do SUS, no que se refere à incorporação dos parâmetros legais norteadores desse sistema. Apenas 25% dos estados e 41% dos municípios com legislação sobre OS observam em seu texto legal a exigência de alinhamentos às diretrizes e aos princípios do SUS. Essa falta de alinhamento das legislações às diretrizes do SUS não foi encontrada nas normatizações sobre FEDP, ao contrário, estas estabelecem que as atividades desenvolvidas devam ser realizadas em conformidade com o SUS.

Em relação ao atendimento exclusivo de usuários do SUS, a lei federal sobre OS não trata desse aspecto. Todavia as leis do estado de São Paulo e dos municípios do Rio de Janeiro, Curitiba e Espírito Santo delimitam que o atendimento realizado seja exclusivo aos usuários do SUS.

No caso das FEDP, a normatização federal também não trata do tema, assim como a legislação do estado de Pernambuco. Já nos estados de Sergipe e Bahia, as leis estabelecem a exigência de exclusividade. No Rio de Janeiro, a lei específica proíbe a prestação de serviços de saúde à iniciativa privada, assim como a lei de Foz do Iguaçu (RS), que ainda veta a realização de cobrança de qualquer forma aos usuários. A lei de Petrolina (PE) dispõe que a prestação de serviços deve ser de acesso universal e gratuito à população.

No que diz respeito ao financiamento, as legislações referentes às OS possibilitam em 18% dos estados (Sergipe, Ceará e Bahia) e 13% dos municípios (Castro/PR, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Cubatão/SP e Sobral/CE) o recebimento de recursos do setor privado, doações e contribuições de entes nacionais ou estrangeiros, além dos rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros.

Por sua vez, as legislações sobre FEDP, mesmo estipulando exclusividade na atenção, apresentam em 80% dos estados (São Paulo, Sergipe, Bahia e Rio de Janeiro) e 100% dos municípios (Foz do Iguaçu/RS e Petrolina/PE) pelo menos uma lei que possibilita financiamento advindo da iniciativa privada a partir de diferentes mecanismos, sendo algumas dessas fontes não definidas claramente, denominadas nas legislações como rendas eventuais.

Essa abertura para recursos privados, principalmente quando as fontes não são delimitadas claramente em lei, pode gerar iniquidades semelhantes às dos serviços que não estabelecem exclusividade na atenção a usuários do SUS. Além disso, ela torna o controle dos recursos públicos mais complexo, dada a dificuldade no âmbito do SUS de se identificar, em entidades que recebem recursos públicos e privados, como os recursos públicos estão sendo utilizados: se apenas no custeio de ações dirigidas aos usuários do SUS ou também no atendimento de usuários advindos do setor privado (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

O modelo gerencialista tem como um dos seus principais alicerces o controle de resultados, que no caso das OS se faz a partir da estipulação de metas de desempenho, que devem ter seus resultados avaliados para que ocorra o repasse de recursos financeiros. Mesmo tendo esse referencial, o número de legislações sobre OS que estipulam explicitamente o atrelamento do repasse de recursos ao alcance de metas de desempenho é reduzido. Apenas as legislações dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rondônia definem em seu texto

legal que o repasse está vinculado ao cumprimento das metas. As demais legislações fazem referência, em seu texto, à definição de metas de desempenho no Contrato de Gestão, mas não expressam, de forma explícita, a vinculação do repasse financeiro às referidas metas. Tal fato não exclui que esse atrelamento seja estipulado nos contratos de gestão, contudo, como se trata de um aspecto definidor do modelo de governança pautado no gerencialismo, a ausência dessa prerrogativa na maioria das leis se destaca.

As FEDP, que segundo documento do MPOG também devem estabelecer contratos de prestação de serviços com o Poder Público, estabelecem somente nas leis específicas do Rio de Janeiro e Foz do Iguaçu o condicionamento do repasse de recursos ao alcance de metas (BRASIL, 2007B).

Na lei federal sobre OS, são estabelecidos critérios para qualificação de entidades como tal. Alguns desses critérios são fundamentais para a própria definição da OS como um ente, embora privado, sem fins lucrativos. Entre eles, destacam-se: a proibição de distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, encontrada em 14 estados e 37 municípios, e a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades, identificada em 15 estados e 38 municípios. Dado que a principal diferença entre as empresas privadas e os entes sem fins lucrativos é o fato dos membros destes últimos não poderem se apropriar do excedente da organização, a instituição dessas prerrogativas em lei se constitui como um elemento definidor do caráter dessas entidades e um mecanismo de controle do recurso público. Nesse sentido, a identificação de municípios e estados que não estabelecem tais obrigatoriedades aponta, nessas unidades federativas, para uma distorção do modelo federal da OS.

## Mecanismos de controle interno e externo

Os órgãos de deliberação internos fazem parte dos mecanismos de controle adotados pelas OS e pelas FEDP e podem expressar em sua composição o quanto essas entidades são abertas à participação do controle social.

Em relação às OS, em consonância com a legislação federal, que estipula como órgãos de deliberação o Conselho de Administração (CA), a maioria dos estados (15) e municípios (37) apresenta em seu texto legal essa estrutura, à exceção do estado de Mato Grosso e dos municípios de Fazenda Rio Grande (MT) e Itaboraí (RJ).

No caso das FEDP, a lei federal não prevê a obrigatoriedade de existência de CA (ou Conselho Curador), contudo nas normatizações específicas dos estados do Rio de Janeiro e de Sergipe estas estruturas estão presentes, assim como nas legislações de Petrolina (PE) e Foz do Iguaçu (PR).

Quanto ao controle social, a legislação do SUS define como principal órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo o Conselho de Saúde, que expressaria a participação institucionalizada da sociedade na gestão do sistema de saúde. Esta definição foi normatizada principalmente pela Lei n.º 8.142, de 1990, e pela Resolução n.º 333, de 2003, que dispõem sobre a participação dos Conselhos na formulação e no controle das políticas de saúde, incluindo seus aspectos financeiros e econômicos, além da aprovação ou não dos processos a serem encaminhados ao Poder Legislativo e da realização de avaliação e deliberação dos contratos estabelecidos por estados e município.

Os Conselhos de Saúde, de acordo com a legislação do SUS, deveriam não apenas aprovar os contratos de gestão estabelecidos entre as secretarias de saúde e OS e FEDP como também avaliar e controlar os repasses financeiros realizados pelas

secretarias. No entanto, a grande maioria das leis sobre OS – referentes a 15 estados e a 36 municípios – não faz qualquer menção à prestação de contas aos Conselhos de Saúde, tendo em consideração o acompanhamento e a fiscalização da execução dos contratos de gestão. A grande maioria das leis sequer os citam em seu texto legal, o que demonstra um afastamento dessas normatizações aos mecanismos de gestão e participação do SUS.

As FEDP, por sua vez, estabelecem na maioria de suas leis específicas essa prestação de contas ao Conselho de Saúde. As leis do estado do Rio de Janeiro, as leis específicas de Sergipe e de Foz do Iguaçu (PR) estabelecem a participação do Conselho no processo de acompanhamento e fiscalização. Na legislação do município de Petrolina (PE), há previsão de que o Conselho de Saúde estabeleça diretrizes dos Contratos de Gestão e realize sua aprovação.

Essa falta de alinhamento das normatizações das OS pode estar relacionada à previsão de instalação de Conselhos de Administração (CAs). Enquanto nas FEDP os CAs parecem se constituir como um mecanismo interno de controle e deliberação, no caso das OS estes Conselhos parecem atuar como o espaço colegiado privilegiado de deliberação, em detrimento dos Conselhos de Saúde.

A composição dos CAs também é um aspecto importante, principalmente nos casos das OS devido ao aparente privilegiamento desses espaços. Esses colegiados são compostos de diversas formas e, de acordo com as legislações tanto das OS quanto das FEDP, não preconizam a participação majoritária da população e dos trabalhadores. Diferentemente do que ocorre com os Conselhos de Saúde, nos quais se prevê para sua composição 50% de representação dos usuários e 25% dos trabalhadores. Segundo as normatizações consultadas, o percentual de representação da população e dos trabalhadores é reduzido. No caso das OS, a participação de trabalhadores sequer é prevista na maioria das leis (*tabela 1*).

Tabela 1. Composição dos participantes do Conselho Administrativo nas OS e FEDP segundo as leis estaduais e municipais

Composição do CA	OS				FEDP*			
	Leis estaduais (16)		Leis municipais (39)		Leis específicas estaduais (3)		Leis específicas municipais (2)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Participação da Sociedade Civil (incluindo entidades da sociedade civil)	12	75,0	26	66,6	1	33,3	2	100
Participação do Poder Público	13	81,2	26	66,6	3	100	2	100
Representação do Poder Público e Sociedade Civil superior a 50% do total de membros	8	50,0	23	58,9	3	100	2	100
Representação de Trabalhadores	6	37,5	9	23,0	1	33,3	2	100

Fonte: Elaboração própria.

Nota: \*Foram consideradas apenas as leis específicas dos estados e municípios, por causa do entendimento, derivado da Emenda Constitucional 19/1998, de que enquanto a lei complementar tem como objetivo dispor sobre a área de atuação, a lei específica é mais ampla, permitindo a caracterização das FEDP quanto à participação dos diferentes atores em seus espaços de deliberação. Assim, não se espera que a lei complementar disponha sobre esses aspectos, como de fato não dispõem. Agrupar as leis complementares e específicas daria uma falsa impressão de que esse modelo de governança é menos permeável à participação social.

O controle de resultados proposto para as OS é realizado a partir da análise das metas atingidas na execução do contrato de gestão e da emissão de relatório conclusivo. O principal mecanismo externo de controle desses resultados são as Comissões de Acompanhamento de Contratos (CAC). Estas estruturas, preconizadas na lei federal de qualificação das OS, são adotadas nas legislações da maioria dos estados (14) e dos municípios (34), mas não em todas elas. A ausência dessas comissões em 2 estados e 5 municípios deve servir de alerta para o uso indevido da flexibilidade dispensada às OS, que se desvinculam do controle por procedimentos, mas também não aderem, nesses casos, aos mecanismos institucionais de controle por resultados.

A existência dessas Comissões, por outro lado, não garante *per se* o controle dos resultados atingidos, é necessária a definição de seus membros de forma mais criteriosa possível e expressa claramente nas legislações, além do funcionamento regular das referidas comissões.

Em se tratando da composição das CAC, as legislações são pouco específicas. A maioria dos estados (12) e dos municípios

(30) possuem leis que apenas determinam que as referidas Comissões devam ser integradas por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

Quanto ao órgão que realiza a indicação dos membros, as secretarias de saúde são apontadas como responsáveis por essa indicação na maioria das leis. Contudo, em 21% dos municípios e 15% dos estados, que preveem a existência dessa Comissão em seu desenho institucional, não há qualquer definição de quem indicará os seus membros. Esses dados expressam uma falta de transparência quanto à definição dos segmentos responsáveis pelo controle dos resultados, sendo esta forma de controle o que respalda a maior flexibilidade na gestão dos recursos dirigidos às OS.

As FEDP apresentam CAC apenas em duas leis específicas, do Rio de Janeiro e de Foz do Iguaçu, sem dispor de sua composição ou do órgão responsável pela indicação dos seus membros. As Fundações, em comparação com a administração direta, também usufruem de uma maior flexibilidade. No entanto, como são entes da administração pública indireta, estão subordinadas necessariamente a mecanismos de controle das atividades, sendo os

órgãos de controle do Estado os responsáveis por esse acompanhamento.

As OS e as FEDP são entidades financiadas pelo Poder Público a partir da assinatura de contrato de gestão, mecanismo que localiza o Estado no lugar de financiador e regulador das metas pactuadas. Contudo, no caso das OS, é o Estado regulando um ente não estatal, qualificado por este como OS e criado por grupos diferenciados, como Organizações Não Governamentais (ONGs), universidades, entre outros. No caso das FEDP, o Estado regula o próprio Estado, pois se trata de um ente criado por ele a partir de lei específica e localizado na administração pública indireta.

## Discussão

Os modelos jurídico-institucionais – OS e FEDP – traduzem, no âmbito da gestão de serviços sociais, as proposições dos governos FHC (PSDB) e Lula (PT) para a administração pública brasileira, sendo estas influenciadas por reformas internacionais, que preconizam novos desenhos na relação do Estado com a sociedade, incluindo reestruturações do aparelho de Estado.

Essas influências internacionais têm repercussões distintas sobre os governos brasileiros, dados os contextos político-institucionais específicos. Contudo, mesmo com suas particularidades, a onda reformista de cunho gerencialista inspirou o governo FHC, que buscou instituir um conjunto de regras formais que balizassem a implementação desse modelo de gestão. As legislações que permitem a qualificação de entidades como OS fazem parte dessas regras.

A análise desses dois modelos jurídico-institucionais, por meio de seus marcos legais, evidencia diferenças entre as propostas de OS e FEDP federais e subnacionais. Adicionalmente, também foram identificadas diferenças nas legislações que dispõem sobre o mesmo tipo de entidade, o que

expressa as particularidades políticas e institucionais de cada governo subnacional e seus contextos locais.

Os projetos reformistas dos quais as OS e as FEDP têm origem são aspectos importantes na trajetória dessas propostas. O maior amadurecimento do projeto de reforma do governo FHC parece ter potencializado a capacidade de difusão das OS. Já o documento ‘Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula’ (BRASIL, 2003), do governo Lula, mesmo estabelecendo diretrizes importantes – tais como redução do déficit institucional, participação e transparência das ações do governo – não foi capaz de dar corpo ao projeto inicial das FEDP, o que pode ter influenciado na adesão e, em última instância, na aceitação delas. No plano da institucionalidade, as OS possuem um arcabouço legal mais consolidado do que as FEDP. A legislação federal das OS, aprovada desde 1998, estabelece um desenho institucional que serve de modelo para a formulação de leis estaduais e municipais. Já o Projeto de Lei 92/2007 das FEDP, por se tratar de uma lei complementar que busca definir as áreas de atuação da entidade, pouco delimita o modelo organizacional das Fundações. Tal fato pode criar incertezas quanto a essa entidade e quanto ao seu *modus operandi* específico. Além disso, o referido projeto até o momento não foi aprovado no Congresso Nacional.

As OS, mesmo surgindo como proposta em um governo do PSDB – caracterizado por autores, como Paes de Paula (2005), como um governo social-liberal, que preconizou a transferência da execução de parte dos serviços sociais para um ente fora da administração pública, acabam por se proliferar em um governo do PT, que no seu plano de governo propunha uma revitalização do papel do Estado.

Essa aparente contradição tem sido identificada em outros países, Paes de Paula (2005) menciona como exemplo a experiência da Inglaterra, que mesmo com a instalação de

um governo do Partido Trabalhista investiu na transferência da execução de serviços de saúde para entes não estatais. No entanto, no caso brasileiro, tal fato pode ser mais bem explicado pelo percurso dessa proposta, que ganhou espaço em estados e municípios com considerável autonomia legislativa em relação ao governo federal e que buscavam alternativas aos impasses existentes na gestão de serviços de saúde.

Essa maior adesão às OS, em comparação com as FEDP, em parte pode ser explicada pelo fôlego de seu projeto inicial e por seu arcabouço legal mais consolidado, entretanto há aspectos conjunturais a serem considerados, tais como: os questionamentos quanto à legalidade dos modelos de gestão alternativos para a administração pública direta por parte dos órgãos de controle do Estado, como os Tribunais de Contas; a maior responsabilização dos gestores públicos pelas irregularidades ocorridas na administração pública; e a necessidade de contratar pessoal sem incidir sobre o limite definido na Lei de Responsabilidade Fiscal. Nesse contexto, as OS se apresentam como um mecanismo aparentemente menos arriscado para os gestores estaduais e municipais, no que se refere a questionamentos legais, posto que já existem experiências de implementação consolidadas, principalmente no estado de São Paulo.

Contudo, o modelo de governança das OS apresenta bases diferentes das preconizadas pela Constituição Federal (CF) de 1988, principalmente em relação à universalidade da atenção, à participação da população e de trabalhadores na gestão do SUS, à atuação de forma complementar de instituições privadas, incluindo as sem fins lucrativos, e à orientação de igualdade no acesso e atenção aos cidadãos no sistema de saúde.

A ausência da prerrogativa de exclusividade na maioria das leis das OS, aqui analisadas, expressa uma maior abertura nesses arranjos à iniciativa privada e à instituição de práticas que podem distorcer a concepção de saúde contida

na CF, especialmente no tocante ao acesso universal e igualitário às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde no SUS. Nesse ponto, as FEDP parecem projetar um modelo de governança mais próximo do SUS, ao estabelecerem essa exclusividade na maioria de suas leis.

A questão da exclusividade de atendimento aos usuários do SUS em entidades contratadas é um tema discutido na saúde, principalmente por conta das diferenças que se estabelecem nos mecanismos de porta de entrada, tempo de espera e atendimento destes usuários, em comparação com os usuários com planos de saúde ou que efetuam pagamento direto, sendo estes últimos muitas vezes privilegiados.

No que diz respeito à relação entre o público e o privado, apesar da maior proximidade das FEDP aos princípios do SUS, especificamente à exclusividade da atenção aos usuários do SUS, quando se considera seus mecanismos de financiamento são observadas diferentes formas de abertura a fontes de financiamento privadas. Há, assim, uma aparente contradição interna nesse modelo, posto que estabelece a exclusividade na atenção a usuários do SUS e, paralelamente, possibilita a abertura de fontes de financiamento privadas.

De diferentes formas, as OS e as FEDP são permeáveis ao setor privado. As OS se abrem mais ao mercado ao não estipularem textualmente a exclusividade ao SUS. As FEDP, por sua vez, em relação ao financiamento, se apresentam mais abertas a recursos oriundos de outras fontes (não originárias do Poder Público). Essa permeabilidade das FEDP também contraria a matriz político-conceitual da qual teve origem, visto que foi criada pelo mesmo governo que propôs um projeto para revitalizar o Estado, apontando este não mais como problema, mas sim como parte importante da solução.

Nos dois modelos jurídico-institucionais, OS e FEDP, tendo em consideração a relação entre o Estado e a Sociedade, a participação social não está institucionalizada de forma a privilegiar o interesse da população, dada a falta de espaço para a vocalização desse segmento nos respectivos Conselhos de Deliberação.

A análise dos marcos legais evidencia que as OS apresentam maior proximidade com o setor privado, por se tratar de uma entidade fora da administração pública criada por pessoa jurídica privada. As Fundações, por sua vez, são entidades da administração pública indireta, criadas pelo Estado, que em tese estabeleceriam mais nitidamente a separação entre o público e o privado, com a minimização dos interesses particulares, principalmente no que se refere à contratação de pessoal, realizada nas FEDP por meio de concurso público.

## Conclusão

O modelo burocrático em moldes weberiano, centrado em suas regras de funcionamento, com ênfase no controle por procedimentos, não foi capaz de responder às necessidades da população. A falha desse modelo sustentou a formulação da Administração Pública Gerencial, pautada na responsabilização por resultados, que, em tese, teria uma maior abertura a canais democráticos de interlocução com a sociedade. No entanto, a análise dos marcos legais das OS e das FEDP, modelos jurídico-institucionais atrelados ao modelo gerencialista, demonstra que esses modelos não dão conta de assegurar, em seus desenho jurídico-institucional, mecanismos democráticos que ampliem a participação social e que, conseqüentemente, garantam o interesse população na área da saúde.

As propostas das OS e das FEDP enfatizam as dimensões institucionais e financeiras, perpetuando a falta de investimento nas dimensões sociais e políticas, especialmente na participação e controle social. É importante frisar que o objeto de análise neste estudo foram as legislações encontradas referentes às OS e às FEDP. Como já exposto, essas regras não retratam necessariamente a forma como essas entidades serão ou foram implementadas, mas induzem a atuação dos atores envolvidos nesse processo, permitindo a identificação de diferentes características, o que torna essas regras um instrumento importante da análise social a partir do referencial neoinstitucionalista.

A caracterização das OS e das FEDP realizada neste estudo pode ser um ponto de partida para outros trabalhos. A análise crítica quanto aos modelos propostos para execução e gestão de serviços de saúde é um aspecto importante na conjuntura atual. Também é necessário formular estudos que apontem alternativas para uma gestão mais democrática e próxima das diretrizes e princípios do SUS, seja com o aprimoramento dos mecanismos já existentes, seja com a formulação de outros desenhos institucionais.

Nesse sentido, propõe-se um avanço dos estudos sobre os mecanismos jurídico-institucionais na área da saúde, em especial no tocante à análise dos contratos de gestão; à avaliação do impacto dos modelos jurídico-institucionais na redução das desigualdades de acesso e atenção à saúde; às formas de controle e participação social instituídas nesses arranjos e à avaliação de experiências institucionais alternativas. ■

---

## Referências

ABRUCIO, F. L.; SANO, H. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *RAE – Revista de Administração de empresas*, São Paulo, v. 48, n. 03, 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei Complementar n.º 92-A (PL)*. Dispõe sobre a criação das Fundações Estatais. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/ficha>



detramitacao?idProposicao=360082>. Acesso em: 10 de maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 15 maio 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm)> Acesso em: 5 mar. de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, DF: Imprensa Nacional, nov. 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. *Gestão pública para um Brasil de Todos: um plano de gestão para o Governo Lula*. Brasília, DF: SEGES, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. *Relações de parceria entre poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil*. Brasília, DF: SEGES, 2010.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Reforma do Estado para a Cidadania*. São Paulo: 34 Editora, 1998.

DINIZ, E. *Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90*. São Paulo, São Paulo em Perspectiva, v. 10, n. 4, p. 13-26, 1996.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O. Neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS,

R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011, p. 111-137.

LUSTOSA, C. F. *Reforma do Estado e Contexto Brasileiro: crítica do paradigma gerencialista*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

MARTINS, H. F. O plano gestão pública para um Brasil de todos: em busca de uma nova geração de transformações da gestão pública. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8., 2003, Panamá, *Anais...* Panamá: Centro Latinoamericano de Administración para Desarrollo, 2003. Disponível em: <[http://multimedia.ufrgs.br/conteudo/pnap/Biblioteca/EAD\\_Arquivos/CLAD\\_2003.pdf](http://multimedia.ufrgs.br/conteudo/pnap/Biblioteca/EAD_Arquivos/CLAD_2003.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2010.

PAES DE PAULA, A. P. *Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SANTOS, B. S. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Org.). *Sociedade e Estado em Transformação*. São Paulo: Unesp; Brasília, DF: Enap, 1999, p. 243-271.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, 2008, v. 13, n. 5, p. 1431-1440.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras

*Evaluation of the Health Care Network in small towns from the perspective of management teams*

Cássia Regina Gotler Medeiros<sup>1</sup>, Tatiana Engel Gerhardt<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Estudo de caso com objetivo de analisar a Rede de Atenção à Saúde em dois municípios de pequeno porte, baseado nos elementos institucionais que configuram o padrão de interdependência em rede e na análise de atributos que indicam o nível de integração da rede de serviços de saúde. Foram realizados grupos focais com equipes gestoras dos municípios, bem como entrevistas com informantes-chave da gestão regional e do serviço de referência regional hospitalar, analisadas pelo método de interpretação de sentidos. A análise expôs uma rede parcialmente integrada e relações de interdependência que apresentam interesses divergentes e pouca confiança entre os atores, dificultando a governança.

**PALAVRAS-CHAVE** Políticas públicas de saúde; Sistemas locais de saúde; Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** Case study aiming to analyze the Health Care Network in two small towns, based on the institutional elements that configure the pattern of network interdependence and on the analysis of attributes that indicate the level of integration of the health services network. Focus groups were conducted with management teams of municipalities, as well as interviews with regional management key informant and the regional hospital reference service, analyzed by method of interpretation of meanings. The analysis exposed a partially integrated network and interdependence relations that have divergent interests and a low level of trust between the actors – a condition that hinders governance.

**KEYWORDS** Public health policies; Local health systems; Health evaluation.

<sup>1</sup>Centro Universitário  
Univates - Lajeado (RS),  
Brasil.  
cgotlermedeiros@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul (UFRGS)  
- Porto Alegre (RS), Brasil.  
tatianagerhardt@ufrgs.br

## Introdução

O avanço da descentralização e a consolidação da municipalização após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm ocorrido gradualmente e com diferenças significativas entre regiões e entre municípios.

Uma das características do Brasil é o grande número de pequenos municípios, 61% destes apresentando menos de 15 mil habitantes. O retrato no Rio Grande do Sul (RS) não é diferente: 75,4% dos municípios são pequenos. Na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), onde estão vinculados os municípios deste estudo de caso, este percentual sobe para 85,7 – 36 entre 42 municípios (MEDEIROS, 2013).

A maioria dos municípios dessa região encontra-se em situação de grande dependência externa em relação a referências de Média (MC) e Alta Complexidade (AC) – com algumas dificuldades de acesso a estes serviços e diferentes formas de organização da Atenção Básica (AB) e na estrutura dos serviços –, configurando deficiência na constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Pasche *et al.* (2006) consideram que o processo de regionalização foi bastante heterogêneo devido às diversidades regionais e desigualdades de capacidade técnica e de gestão entre as equipes locais, determinando avanços significativos em algumas regiões e redes fragmentadas em outras.

Com a publicação da Portaria 399/GM – que aprovou as diretrizes do Pacto pela Saúde –, o Ministério da Saúde (MS) buscou enfrentar os problemas estruturais, econômicos e de gestão apresentados pelo SUS, destacando o papel central das regiões de saúde, enquanto espaços territoriais, onde se deve organizar a rede de ações e de serviços de saúde a fim de que sejam cumpridos os princípios constitucionais da universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2006). O texto da portaria parece responder às críticas que existiam sobre as normas e portarias anteriores, pois

visava à desburocratização dos processos e o respeito às singularidades regionais; ainda, ao buscar critérios equitativos de repasse de recursos, tentava corrigir as distorções neste repasse. No sentido de reforçar a territorialização, instituiu Colegiados de Gestão Regional (CGR) – incluindo todos os gestores municipais e gestores estaduais –, e reitera a importância com a qualificação da participação e do controle social, propondo, assim, uma gestão que se fundamenta na interdependência das redes.

A partir do decreto 7.508 do MS (BRASIL, 2011), o CGR foi instituído como Comissão Intergestores Regional (CIR). Este decreto avançou na proposta de um planejamento ascendente e no fortalecimento das regiões de saúde, a partir do qual se realizou um novo desenho na regionalização do RS, constituindo 30 regiões de saúde, sendo que a 16ª CRS ficou constituída por 2 regiões. A regionalização é uma das diretrizes propostas pelo SUS para organizar as RAS, garantindo as referências e contrarreferências (BRASIL, 2011).

Mesmo com a descentralização e a proposta de que os municípios cada vez mais se tornem responsáveis pela gestão da saúde, a região, não diferentemente do restante do País, apresenta muita dificuldade em avançar na tomada de algumas decisões e nas responsabilidades demandadas (MEDEIROS *ET AL.*, 2010).

Na situação em que se encontra a implementação do SUS, são necessários estudos que avaliem a organização e funcionamento das RAS nos pequenos municípios e a capacidade destes em garantir a integralidade e a equidade em saúde para seus cidadãos, pois são estes municípios que apresentam a maior dependência externa. Nesse contexto, a governança do sistema apresenta uma tensão permanente entre os diversos atores envolvidos. Embora, na realidade brasileira, esta tensão esteja presente também em municípios de porte médio e grande, esta se amplia no caso dos pequenos, devido à grande dependência intermunicipal. A gestão dos fluxos na rede convive constantemente com

a dialética cooperação/competição entre os entes federados e entre estes e os prestadores de serviço. Conforme Hufty, Báscolo e Bazzani (2006), a governança pode ser definida como processos de ação coletiva que organizam as dinâmicas de atores e normas sociais com os quais uma sociedade determina sua conduta. Esta se refere à maneira de tomar e executar decisões que envolvem o conjunto social e os acordos dos atores entre si.

Essa problemática sugere

a necessidade de uma agenda de pesquisa que permita delimitar precisamente os problemas e os obstáculos a serem removidos para o desenvolvimento das esperadas condutas cooperativas e solidárias entre agentes governamentais. (MACHADO, 2009, P. 106).

Um dos grandes nós críticos do SUS são as questões relacionadas à referência e contrarreferência, incluídas na regionalização do sistema, no entanto, a maior parte das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da AB. É fundamental, porém, que haja transformações em outros níveis do sistema de saúde para que se possa cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade, que funcione como “malha de cuidado ininterrupto à saúde” e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos (BRASIL, 2005, P. 107).

O estudo apresentado neste artigo teve como objetivo avaliar a RAS às pessoas com Doenças Cardiovasculares (DCV) na região da 16ª CRS do estado do RS, considerando os elementos institucionais que configuram o padrão de interdependência e os atributos que indicam o nível de integração da rede de serviços de saúde em dois pequenos municípios da região.

## Metodologia

Desenvolveu-se um estudo de caso na região da 16ª CRS, a partir da seleção de dois

municípios de pequeno porte populacional, visando à avaliação da rede de atenção às pessoas com DCV. A abordagem da avaliação adotada no estudo considerou a inserção da RAS dos municípios em seu contexto regional, estadual e até mesmo nacional. Embora não haja sentido em imaginar que todos os serviços devam estar disponíveis em todas as localidades, é correto pensar que os cidadãos de todos os municípios devam ter acesso a todas as ações e serviços de saúde que necessitam. Esta questão traz a importância da integração entre as três esferas de governo – embora não importe tanto saber qual esfera é diretamente responsável pela oferta do serviço, mas sim se a integralidade da atenção e o acesso aos serviços estão garantidos (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

Uma dupla leitura sobre a natureza do objeto ‘rede’ é indispensável: da estrutura organizacional voltada para a produção de serviços e da dinâmica de atores em constante renegociação de seus papéis. A incerteza é permanente em relação à integração dos serviços de saúde em rede, pois os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos interesses, recursos ou competências para se envolverem com um projeto nessa mais exigente modalidade de cooperação. Dessa forma, os avaliadores devem levar em conta a percepção dos diversos atores implicados, além da documentação normativa e da revisão da literatura, indagando sobre a ‘real’ existência da implantação da rede em relação ao ‘modelo ideal’ (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Optou-se por utilizar as DCV como condição marcadora devido à relevância epidemiológica que estas patologias têm para a saúde no Brasil e na região; assim como por serem classificadas como condições crônicas, cuja atenção é de longo prazo e exige uma rede múltipla e articulada de serviços de saúde para garantir resolutividade.

Os municípios selecionados para o estudo eram similares em termos de porte populacional (cerca de 4 mil habitantes), estrutura de serviços de saúde e condições

socioeconômicas. Os dois possuíam 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pequeno hospital local. A escala de análise da RAS exigiu considerar os serviços existentes em outros territórios político-administrativos. Acredita-se que as características destes municípios são similares a grande parte dos municípios brasileiros, possibilitando inferir semelhanças nos resultados encontrados.

Foram coletadas e comparadas informações obtidas e sistematizadas por meio de várias fontes e métodos, incluindo grupos focais e entrevistas semiestruturadas, no período de março a agosto de 2012. Foram realizados dois grupos focais com equipes gestoras de cada município, no total de dez participantes, que foram pessoas identificadas pelo fato de exercerem atividades de gestão da rede nos municípios – uma médica, cinco enfermeiras, dois agentes administrativos e dois secretários de saúde. As discussões tiveram como tema gerador a organização e funcionamento da rede de atenção às pessoas com DCV.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com um informante-chave ligado à gestão regional e dois informantes do serviço de referência regional em cardiologia. Essas entrevistas tiveram por objetivo analisar o posicionamento e entendimento de atores externos ao município, mas fundamentais na composição da rede regional de atenção à saúde. Considerou-se como informante-chave da gestão regional o servidor que possuía experiência e inserção significativas na organização e funcionamento das redes regionais, bem como nas diversas instâncias regionais de pactuação.

Para a análise das entrevistas e grupos focais, utilizou-se uma proposta produzida pelo grupo de pesquisadores do Claves/Ensp/IFF/Fiocruz (GOMES ET AL., 2005) denominada interpretação de sentidos. Nessa proposta, a interpretação busca os sentidos das falas e das ações para compreender ou explicar além dos limites do que é descrito

e analisado, sendo considerada o ponto de partida (interpretações dos atores) e o ponto de chegada (interpretação das interpretações).

As seguintes dimensões e categorias de análise foram utilizadas como parâmetros para o processamento e interpretação das informações: Atributos de integração da RAS (OPAS, 2011) e Padrões de interdependência em rede (FLEURY; OUVERNEY, 2007). A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (OPAS, 2011) lista 14 atributos essenciais, organizados em quatro âmbitos de abordagem, para que as RAS funcionem adequadamente, afirmando que, devido à grande variedade de contextos externos e fatores internos, não é possível prescrever um único modelo organizacional.

Fleury e Ouverney (2007) publicaram ampla análise sobre gestão de redes, enfocando especialmente as redes em administração pública, propondo uma tipologia para identificação e análise da interdependência em rede, identificando qual o seu padrão de governança. Para analisar o potencial de mobilização do trabalho coletivo e da promoção do intercâmbio de recursos, os autores propõem uma tipologia que analisa e sintetiza os principais elementos de um padrão de interdependência em rede, classificando-os em baixa institucionalidade, interdependência ou elevada institucionalidade.

Na medida em que as características que compõem um padrão de interdependência em rede estão presentes, é possível desenvolver um potencial de organização do trabalho coletivo sem que isso comprometa a sustentabilidade política, uma vez que a governança, nestes espaços interorganizacionais, constrói-se com pactuação e ajustes de percepções e interesses, em que não há uma autoridade central. No entanto, quando a formação possui características que se aproximam de um dos outros dois tipos, seu potencial de promoção e sustentação de interdependência diminui (OUVERNEY, 2005). O *quadro 1*, a seguir, mostra as dimensões e categorias de análise citadas.

Quadro 1. Dimensões e categorias de análise

Elementos do padrão de interdependência em rede	Atributos de integração das RAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Foco gerencial</li> <li>-Atores envolvidos e amplitude de inserção</li> <li>-Nível de formalização</li> <li>-Recursos envolvidos</li> <li>-Foco de poder</li> <li>-Foco de controle</li> <li>-Objetivos enfatizados</li> <li>-Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional</li> <li>-Espaços internos de pactuação</li> <li>-Canais externos de articulação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo Assistencial</li> <li>-Governança e Estratégia</li> <li>-Organização e Gestão</li> <li>-Alocação de recursos financeiros e incentivos</li> </ul>

Fonte: Adaptado de OPAS (2011); Fleury e Ouverney (2007).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 21739. Os atributos de avaliação encontram-se destacados em itálico na análise a seguir, que sintetiza a interpretação dos grupos focais e entrevistas.

## Resultados e discussão

### Atributos de integração da Rede de Atenção à Saúde

Os relatos das equipes gestoras revelaram uma rede de atenção em construção. Esta rede parece estar em um processo incipiente de transição de modelo assistencial a partir de algumas tentativas de mudanças feitas pelas equipes da AB. O restante da rede permanece na lógica fragmentada de um modelo assistencial que atua por procedimentos, cuja finalidade é executá-los sem integração com a AB ou comprometimento com a resolutividade da atenção oferecida.

Conforme os atributos de análise de RAS propostos pela Opas (2011), encontrou-se, no âmbito de abordagem modelo assistencial, uma rede com população e territórios definidos (atributo 1), pois há adstrição da população aos serviços que compõem esta rede, tanto no âmbito municipal quanto no regional. No entanto, não se observou amplo conhecimento das necessidades dessa

população, muito menos a determinação de uma oferta de serviços que as atendam, conforme recomenda o referido atributo. O que se verificou é que a oferta é determinada principalmente pela análise de viabilidade econômica dos prestadores de serviço e, por vezes, pela pressão que a população exerce sobre a gestão municipal.

Há, na região, uma rede de estabelecimentos de saúde que seria suficiente para prestar um cuidado integral; verificou-se, porém, vários problemas que dificultam este cuidado. Alguns estão relacionados à deficiência da AB oferecida à população, ainda muito centrada no atendimento médico e pouco eficiente em ações de promoção à saúde e prevenção às doenças (atributo 2). Pouco se trabalha com classificação de risco e protocolos clínicos, muito menos com planejamento. Embora se tenha verificado a presença de 'equipes multidisciplinares', não se constatou o trabalho interdisciplinar. A AB nem sempre é a 'porta de entrada' para o sistema, não conseguindo exercer efetivamente o papel de coordenadora da atenção à saúde. Também não se observou nas equipes a consciência da responsabilidade por essa coordenação (atributo 3). Quando os usuários são encaminhados para serviços regionais, muitas vezes o vínculo com a AB é rompido ou se mantém apenas nas questões administrativas, como documentos e viabilização do transporte.

A prestação de serviços especializados, na maioria das vezes, é realizada em ambiente hospitalar ou em consultórios particulares. Este fato traz várias dificuldades para a atenção longitudinal ao usuário, assim como ao estabelecimento de vínculo entre este e as equipes de saúde da família, pois há pouca comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis da rede. A tentativa de coordenação assistencial é feita pelo setor de marcação de consultas da Secretaria Municipal de Saúde, que apenas exerce papel de agendamento e mantém poucos registros da trajetória dos usuários. Dessa forma, a coordenação assistencial praticamente inexistente, pois os profissionais que atendem o usuário não conseguem acompanhá-lo adequadamente a partir dos encaminhamentos (atributos 4 e 5).

Como os municípios analisados são muito pequenos, verificou-se a proximidade dos profissionais com as particularidades culturais da comunidade e a consideração em relação à diversidade da população, que são conhecidos pelas equipes, embora nem sempre resultem em atendimento diferenciado, conforme esta diversidade recomendaria. Por conhecer a condição socioeconômica da família em questão, porém, algumas vezes este reconhecimento está relacionado à decisão por garantir o atendimento pelo SUS ou recomendar que o serviço seja acessado por conta própria. O tipo de cuidado é muito mais direcionado ao indivíduo do que à família (atributo 6), pois os relatos revelaram que o contexto social e familiar ainda é pouco considerado na atenção aos usuários.

No âmbito de abordagem da governança e estratégia, observou-se a presença de um sistema de governança da rede ainda fragmentado, que tem a CIR por espaço de encontro e discussão. A participação, no entanto, é limitada: ora pela concentração de poder na Secretaria Estadual de Saúde (SES), ora pela falta de qualificação da gestão municipal, que não tem ferramentas para negociação com os prestadores

privados. A capacidade de negociação com os hospitais locais é pequena, por ser individualizada em cada município. Assim, este processo torna-se fragilizado, pois se ocorresse no âmbito da CIR poderia obter melhores resultados, considerando negociação conjunta entre vários municípios com o mesmo prestador de serviço (atributo 7). A governança também é limitada pela 'pouca participação social' nas decisões da rede. Verificou-se a desarticulação do controle social nos municípios estudados, que algumas vezes meramente ratificam decisões da gestão municipal, conforme relatos das equipes da AB. Estas também referiram dificuldade em compor um número mínimo de conselheiros para realizarem as reuniões dos conselhos municipais de saúde (atributo 8).

A ação intersetorial ainda é incipiente, com atividades isoladas para com a educação, assistência social e alguns órgãos governamentais e não governamentais (atributo 9), mas não como uma diretriz das ações na RAS.

Em relação ao âmbito de abordagem da organização e gestão, observou-se que há integração razoável nos sistemas administrativos e logísticos entre os serviços, apesar de ainda ocorrerem importante número de faltas aos agendamentos. O maior problema está na integração do sistema de apoio clínico. Verificou-se deficiência na comunicação entre os serviços pelo não preenchimento dos documentos de referência e contrarreferência, assim como pela ausência de comunicação entre os profissionais de saúde. Não se observou utilização de protocolos e fluxogramas clínicos em nenhum ponto da rede (atributo 10).

Entende-se que as questões acima possam estar ligadas ao perfil e formação dos profissionais que atuam na rede. Embora em algumas áreas haja deficiência quantitativa, o que mais se observou foi a inadequação do perfil dos profissionais para o trabalho em rede. Não se verificou visão sistêmica entre eles e nem o compromisso com o

acompanhamento do usuário no contínuo da rede, fatos demonstrados pela resistência em utilizar documentos de comunicação entre os serviços ou até mesmo em realizar contatos telefônicos na ocasião de transferência dos usuários (atributo 11).

Encontraram-se múltiplos sistemas de informação que não se comunicam entre si, e observou-se que as equipes pouco utilizam os dados para conhecer e melhorar a assistência (atributo 12). Outra grande deficiência verificada na rede foi a falta de monitoramento e avaliação, inviabilizando a gestão por resultados. Os municípios pouco utilizam os indicadores de saúde na sua prática, tomando decisões mais políticas do que técnicas. O hospital de referência utiliza vários indicadores internos de qualidade na sua gestão, mas estes não são integrados com a avaliação do restante da rede (atributo 13).

Não há definição de metas da rede para orientar a alocação de recursos financeiros e incentivos. Constatou-se que esta alocação segue critérios orientados pelo poder de negociação dos prestadores e interesses políticos. A região não está suficientemente articulada para a definição técnica de prioridades de investimento. Além disso, verificou-se que, devido ao financiamento insuficiente da MC, o foco das discussões na CIR concentra-se sempre nessa área, desviando o olhar da AB, que apresenta problemas de resolutividade – o que também consome recursos de forma inadequada, gerando aumento da demanda para a MC (atributo 14).

De acordo com a proposta da Opas (2008), que classifica a rede em três níveis (I – Sistema fragmentado; II – Sistema parcialmente integrado e III – Sistema integrado), verificou-se que esta rede se encontra no nível II; ou seja, é um sistema parcialmente integrado. Dos 14 atributos considerados, 13 encontram-se nesse nível. Considerou-se que apenas o atributo financiamento (14) esteja no nível I, por ter sido avaliado como insuficiente.

## Padrões de interdependência em rede

Complementando a análise, avaliou-se o potencial para a organização e o desenvolvimento de um trabalho coletivo que promova e sustente a interdependência em rede de acordo com as dimensões propostas por Fleury e Ouverney (2007).

O exercício da governança por meio de redes mostra a necessidade de construir relações de interdependência e intercâmbio de recursos com base numa visão de complementaridade de interesses e confiança. (FLEURY; OUVERNEY, 2007, P. 65).

Verificou-se que o foco gerencial na rede de cuidados às pessoas com DCV concentra-se em um conjunto de atividades complementares que precisam ser coordenadas pela rede: o estabelecimento e distribuição de cotas de consultas, exames e procedimentos entre os municípios; os processos de comunicação e agendamento entre os municípios e o serviço regional de referência; o transporte dos usuários para os serviços fora do município; preenchimento da documentação necessária para a referência e contrarreferência; a prestação de serviços pelo Hospital de referência; e o pagamento por serviços prestados por parte da SES e dos municípios.

Cada organização mantém o foco e autonomia sobre suas próprias atividades, mas incorpora seletivamente à rede as atividades consideradas essenciais à realização de metas coletivas. (OUVERNEY, 2005, P. 91).

Como as atividades propostas pela rede são duradouras e planejadas coletivamente, observou-se o envolvimento de atores de todos os níveis das organizações delas. Estão envolvidos os níveis de maior capacidade decisória, como os secretários municipais de saúde, coordenador regional de saúde, administrador e outros gestores hospitalares. Também há o envolvimento do nível tático, como os coordenadores de setores dos municípios, da



CRS e dos hospitais. Por fim, vários profissionais administrativos e técnicos da saúde que compõem o nível operacional estão envolvidos na rede, caracterizando ampla inserção de atores. No entanto, a participação dos profissionais médicos nas questões gerenciais é mínima, o que leva a problemas posteriores de integração clínica, conforme se verificou.

O nível de formalização da rede precisa manter um equilíbrio entre regras coletivamente construídas e a autonomia das partes, mantendo uma dinâmica flexível e resolutive (FLEURY; OUVENEY, 2007). Verificou-se que algumas regras gerais foram construídas coletivamente, mas muitas decisões foram tomadas pela SES sem a participação dos outros atores da rede, caracterizando alta formalidade. Observou-se, também, que algumas regras estabelecidas não são seguidas pelos componentes da rede, como o cumprimento dos contratos pelos hospitais locais e o processo de comunicação entre os serviços. Conforme Fleury e Ouverney (2007), a instituição de regras é uma condição essencial para a institucionalização da rede, possibilitando o seu desenvolvimento, capacidade de se autorregular e transformar rapidamente.

Segundo os autores, os recursos envolvidos e o foco de poder devem ser analisados de forma conjunta: a distribuição de recursos influencia o padrão de interdependência dos atores, e este orienta a distribuição de poder dentro da rede. Nesse sentido, observou-se o domínio elevado de recursos pela SES e pelo serviço de referência regional enquanto o município fica em uma relação de dependência destes recursos. Esse domínio proporciona a centralização de poder, como se viu nos depoimentos dos participantes do estudo. Essa situação leva a relações de subordinação, em que

[...] os atores com maior quantidade de recursos estabelecem as diretrizes em detrimento dos demais, o que é incompatível com a dinâmica de estruturação da rede. (OUVERNEY, 2005, P. 98).

Embora a SES tenha o papel de condução do processo de regionalização, os municípios

precisam participar ativamente das decisões da rede, pois constituem a instância mais próxima e, portanto, com maior conhecimento das necessidades da população.

Monitorar o trabalho coletivo é essencial para garantir o alcance dos resultados e a prestação de contas, embora o caráter autônomo dos componentes da rede se revele na dificuldade para estabelecer mecanismos de controle e legitimidade de quem possui esta função. Nas redes, o controle assume uma nova dimensão, ampliando a sua função de apoio às atividades desenvolvidas em detrimento de seu caráter fiscalizador (FLEURY; OUVENEY, 2007). O controle na rede em estudo é realizado pela comissão de acompanhamento de contrato e pela CIR – e de forma muito incipiente: município e prestadores discutem os padrões de relacionamento, intercâmbio de recursos e resolução de problemas. Portanto, observou-se um foco complementar de sistemas articulados e um caráter estratégico de suporte à dinâmica gerencial. No entanto, o processo de planejamento ao qual está ligada a função do controle ainda está muito centralizado no gestor estadual, que é quem define parâmetros, cotas e referências, caracterizando elevada institucionalidade.

Quando há percepção de que os objetivos compartilhados devem ser perseguidos com o engajamento integrado das organizações, é possível aprofundar a interdependência em rede (FLEURY; OUVENEY, 2007). Embora cada organização que compõe a rede em estudo tenha seu foco principal voltado para suas metas, observou-se a construção de um compromisso em torno de objetivos compartilhados. O estado e os municípios necessitam da prestação de serviços de saúde na região, e os prestadores têm interesse em oferecê-los. Embora haja alegações sobre a insuficiência do financiamento, os hospitais locais não sobreviveriam sem a filantropia e apoio monetário dos municípios; o hospital regional, por sua vez, também necessita do custeio para a AC e, para isso, é tensionado a ofertar serviços que não são considerados lucrativos por eles.

Conforme Fleury e Ouverney (2007), é necessária, para o desenvolvimento de uma estrutura de rede, a institucionalização das relações de interdependência. Deve haver bases organizacionais que deem suporte ao trabalho coletivo e a coalizões políticas internas e externas na construção da governança. A coesão precisa ocorrer no interior do conjunto de recursos para que haja condições de governança. O autor considera como bases institucionais as instâncias estratégicas nos espaços internos de pactuação e nos canais externos de articulação. Na rede em estudo, as instâncias estratégicas estão estruturadas dentro e fora do conjunto de recursos. Os parâmetros de atendimento são definidos pelo MS e distribuídos pela SES, assim como a decisão final sobre as referências oficiais de MC e AC. O principal espaço interno de pactuação na rede é a CIR, porém, viu-se pouca capacidade gerencial e de negociação por parte dos secretários municipais de saúde. A CRS também fica em um papel fraco de articulação, pois não possui poder decisório – concentrado na direção da SES, que muitas vezes negocia diretamente com os prestadores de serviço. No entanto, verificou-se um movimento interno na CIR: o espaço começa a ganhar legitimidade no compartilhamento do poder decisório e na construção de consensos. Notaram-se processos de aprendizagem que têm o potencial de levar ao planejamento regional da rede. Acredita-se que esse processo tende a avançar à medida que os municípios forem assumindo a regulação e a auditoria dos serviços do seu território.

A despeito das mudanças propostas pelo Pacto e mais recentemente pelo Decreto 7.508 (BRASIL, 2011), a esfera federal ainda interfere nos mecanismos da governança interna das regiões de saúde, pois detém importante parcela do financiamento que é condicionado aos parâmetros institucionais gerais do sistema estabelecidos pelo MS.

Não se verificou a participação social na governança da rede, conforme relatos das

equipes da AB, devido à desarticulação do controle social, que, na maioria das vezes, tem cumprido papel meramente burocrático na aprovação das decisões que já vêm tomadas pela gestão municipal.

## Considerações finais

A análise, baseada nos dois referenciais teóricos escolhidos, expôs uma RAS parcialmente integrada e relações de interdependência que, embora complementares, apresentam interesses divergentes e pouca confiança entre os atores – condição que dificulta o estabelecimento da governança em rede. Pode-se afirmar que existe uma estrutura de serviços de saúde, mas esta não está configurada como uma rede, conforme critérios de análise.

Verificaram-se vários pontos positivos na análise da RAS, mas todos apresentando alguma limitação: embora haja a definição do território e das referências regionais, os quantitativos de consultas, procedimentos e exames são insuficientes para a população; a CIR é um potente espaço de pactuação e controle, mas os gestores ainda não assumiram na plenitude seu papel; a principal porta de entrada para o atendimento é a AB, no entanto, esta não exerce a função de coordenação da rede.

Como dificuldades, salienta-se: a pouca integração clínica e dos sistemas de informação entre os serviços da rede; a centralidade do MS e da SES no estabelecimento de regras e domínio de recursos, gerando relações de subordinação e não de cooperação entre os entes federados; pouco planejamento, monitoramento e avaliação da rede; baixa capacidade gerencial nos municípios e parâmetros definidos pelo MS; a quase ausência da participação social na governança da rede; o modelo de atenção ainda pouco atuante nas ações de promoção à saúde, prevenção às doenças e intersetorialidade. Observa-se que o estado, ao mesmo tempo que detém o poder de estabelecer regras, mostra-se

ausente nas questões de regulação e pouco efetivo no apoio técnico aos municípios.

As limitações observadas remetem a outras questões que precisam ser aprofundadas, pois são importantes para entender a problemática dos pequenos municípios. Como compreender as tensões que permeiam o território e as relações de poder que se estabelecem entre gestores, profissionais e usuários na utilização dos serviços? Quais as limitações que impedem os gestores de assumirem seu papel no planejamento, controle e avaliação do sistema de saúde? Quais são os entraves para que a AB assuma seu papel na coordenação da rede? O que as experiências em outros locais e países na tentativa de coordenação da rede pela AB têm indicado?

Pode-se considerar que os mecanismos de cooperação identificados são motivados pela interdependência de recursos entre os atores e, como tais, são mantidos enquanto esta necessidade estiver presente. No entanto, os atores não aprofundam a cooperação para além da prestação pontual de serviços. Não se observa, em todos os níveis de densidade tecnológica, o acompanhamento do usuário ao longo da rede. Pouco se verificou a responsabilização integral pelo usuário, pois cada ponto da rede limita a atenção a sua parte da tarefa.

Este contexto de divergência com relação ao objetivo principal do trabalho em cada ponto da rede dificulta a possibilidade de compatibilizá-lo em busca da efetivação de uma RAS que proporcione um cuidado com integralidade e equidade. ■

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamentação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011, 16 p.

\_\_\_\_\_. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 9 out. 2015.

FLEURY, S. M.; OUVÉNEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.).

*Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 185-221.

HARTZ, Z. M. 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, v. 20, p. 5331-6, 2004.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 1, p. 35-45, 2006.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-19, 2009.

MEDEIROS, C. R. G. *Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios*. 2013. 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MEDEIROS, C. R. G. et al. *Plano Regional de Educação Permanente em Saúde*. Comissão de Integração Ensino-serviço do Vale do Taquari, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 113 p.

\_\_\_\_\_. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política e Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_opas\\_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_opas_espanhol.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2011.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. *Administração em Diálogo*, São Paulo, n. 7, p. 91-106, 2005.

PASCHE, D. F. *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, DC, v. 20 n. 6, p. 416-22, 2006.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em Saúde*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 65-91.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
Versão final em setembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul

*Pharmaceutical Services and litigation in small Brazilian municipalities: a study in Mato Grosso do Sul*

Cláudia Du Bocage Santos Pinto<sup>1</sup>, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro<sup>2</sup>

**RESUMO** O objetivo do estudo foi caracterizar a gestão da Assistência Farmacêutica, frente ao cenário da judicialização, em municípios de Mato Grosso do Sul. Foram visitadas as 27 comarcas de segunda entrância, e as informações referentes aos processos judiciais que demandavam medicamentos foram coletadas. Foram selecionados seis municípios para caracterizar a gestão da Assistência Farmacêutica através de entrevistas em profundidade com gestores. Foram identificadas deficiências graves nas atividades da Assistência Farmacêutica, possivelmente consolidando os problemas advindos dos pleitos judiciais, contrariando o que era esperado. Estima-se, assim, que a gestão incipiente da Assistência Farmacêutica nos municípios seria o principal determinante para o incremento das demandas.

**PALAVRAS-CHAVE** Assistência Farmacêutica; Direito à saúde; Preparações farmacêuticas; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to characterize management of Pharmaceutical Services in the scenario of judicial demands for medicines in municipalities of Mato Grosso do Sul. The twenty-seven second-grade judicial districts in the State were visited and data pertaining to lawsuits were collected. Six municipalities were selected for characterization of Pharmaceutical Services through in-depth interviews with municipal managers. Serious problems in Pharmaceutical Services were observed, possibly adding to difficulties linked to judicial demands. Contrary to what was expected, basic failure in Pharmaceutical Services is the possible main determinant for the increase in litigation in these municipalities.*

**KEYWORDS** *Pharmaceutical Services; Right to health; Pharmaceutical preparations; Unified Health System.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [clabocage@hotmail.com](mailto:clabocage@hotmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [claudia.osorio@ensp.fiocruz.br](mailto:claudia.osorio@ensp.fiocruz.br)

## Introdução

Os entes federativos possuem farto arcabouço regulador para a gestão da Assistência Farmacêutica (AF), e sua gestão descentralizada está amplamente normatizada na legislação. Ao longo dos últimos anos, as deficiências da gestão na provisão de serviços e insumos, que culminam com a não disponibilização de medicamentos necessários à população, vêm contribuindo para o agravamento das condições de saúde dos indivíduos. Além disso, dão espaço para demandas judiciais, que agravam os problemas da gestão financeira de municípios e estados, em um efeito cíclico (MACHADO ET AL., 2011; ROMERO, 2008).

Diversos estudos revisaram problemas e distorções da gestão relacionados às demandas judiciais por medicamentos. Entre eles, pode-se destacar: má gestão da AF (PEPE ET AL., 2010B; VIEIRA; ZUCCHI, 2007); acesso a medicamentos desprovidos de evidências de segurança, eficácia ou efetividade (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007; PEREIRA ET AL., 2010); utilização da via judicial como ferramenta de acesso não igualitário (MACHADO ET AL., 2011); pressão imposta pela indústria farmacêutica para demanda de novos medicamentos (CHIEFFI; BARATA, 2010); e problemas relacionados à prescrição médica e à necessidade de revisão das listas e protocolos clínicos (PEPE ET AL., 2010B; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Em que pese suas consequências, as demandas propiciaram que se tornasse mais evidente o panorama da provisão pública de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e da gestão da AF, inclusive aquela exercida pelos entes municipais.

O crescente número de ações contribuiu para uma maior desorganização dos serviços de saúde em estados e municípios, causando grande impacto sobre a gestão e sobre o orçamento dos entes públicos (ROMERO, 2008; DELVECHIO, 2010). Já existem relatos na literatura sobre altos gastos provocados pelas ações judiciais de medicamentos impetradas contra entes estaduais e municipais, que se

veem obrigados a remanejar o orçamento da AF para o atendimento às demandas (CASTRO, 2011). Em alguns estados e municípios foi necessário montar uma estrutura capaz de manejá-las tempestivamente (PEPE ET AL., 2010A).

O estado de Mato Grosso do Sul, situado na região Centro-Oeste do País, possui cerca de 2,5 milhões de habitantes, sendo  $\frac{3}{4}$  destes inteiramente dependentes do SUS, já que apenas  $\frac{1}{4}$  da população possui cobertura de plano de saúde privado (IBGE, 2009). De seus 78 municípios, a maioria é de pequeno porte – apenas 4 deles possuem mais de 100 mil habitantes. Entre os demais, 73 possuem menos de 50 mil habitantes (IBGE, 2009).

O presente estudo focou a situação dos municípios de Mato Grosso do Sul com o objetivo de caracterizar a situação da gestão da AF, frente às demandas judiciais de medicamentos.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de desenho transversal. Foi realizado em duas etapas, que, de modo a atender aos objetivos do estudo, investigou, na primeira, o panorama das demandas judiciais, e na segunda, a gestão da AF nos municípios.

Na primeira etapa, executada no ano de 2011, foram coletados dados sobre as demandas judiciais por medicamentos diretamente nos processos judiciais relativos aos anos de 2008 a 2011 depositados nas 27 comarcas de segunda entrância do estado de Mato Grosso do Sul. Estas foram eleitas por duas características: (i) por congregarem maior número de demandas judiciais do que as comarcas de primeira entrância, (ii) por incluírem municípios com estimada menor capacidade de gestão e recursos disponíveis, em relação aos municípios de comarca de entrância especial (maiores e mais populosos). Os dados foram coletados utilizando como referência o manual de indicadores para avaliação e monitoramento de demandas judiciais (PEPE, 2011).

A segunda etapa, ocorrida no ano de 2012, foi iniciada pela seleção dos municípios para investigação da gestão municipal de AF. Para tanto, foram analisados os dados dos municípios integrantes das comarcas de segunda entrância (43 municípios) no que diz respeito ao número de processos e de habitantes. As comarcas foram divididas em três grupos, de acordo com o contingente populacional: pequeno (faixa 1 – municípios com menos de 20 mil habitantes); médio (faixa 2 – municípios entre 20 mil e 50 mil habitantes); e grande (faixa 3 – municípios acima de 50 mil habitantes). Em seguida, analisou-se o número de processos depositados em cada comarca no período de 2008 a 2011 e calculou-se a média de processos por habitante (0,00075). As comarcas de contingente populacional ‘médio’ foram o maior grupo, representando cerca de 75% do total de comarcas de segunda entrância, razão pela qual foram priorizadas na seleção. Foram apontados os municípios-sede das comarcas e, dentre eles, seis foram selecionados. As identidades dos municípios foram preservadas, mediante substituição dos nomes por letras. Foram selecionados: (A), um município de faixa 1 e que possuía a maior relação demandas/habitante; (B), um município de faixa 3, com a menor relação demandas/habitante; quatro municípios de faixa 2, sendo (C) o de maior relação demandas/habitante e (D) o de menor relação demandas/habitante no estrato superior da faixa, e (E) o de maior relação demandas/habitante e (F) o de menor relação demandas/habitante no estrato inferior da faixa.

Nesta etapa foi realizada uma investigação mais aprofundada da gestão da AF. Foram feitas entrevistas com os gestores por meio de instrumento com questões semiabertas, baseado em 49 critérios objetivos enunciados como indicadores e organizados em dois componentes, referentes a: Gestão da AF (Recursos Humanos – 6 critérios; Instrumentos de Gestão – 6; Coordenação da

AF – 9; Atividades da AF – 22) e Demandas Judiciais (6 critérios).

Esses indicadores foram baseados no modelo lógico da AF, já consolidado pela literatura (OPAS, 2005). Este permite verificar o encadeamento das ações, que devem conduzir a resultados esperados, tais como o adequado manejo de medicamentos, a segurança dos pacientes, e uma gestão eficiente, que redunde também nos resultados esperados. Sua utilização permite verificar como se dá a gestão da AF e em que pontos ela é tensionada em função das demandas judiciais por medicamentos, que ocorrem nos municípios investigados.

Ao final, as respostas foram tabuladas de forma a responder objetivamente aos indicadores.

A seguir, foi feito um consenso de especialistas, realizado com base no método Delfos (Delphi) (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Foram convidados profissionais da gestão e da judicialização na área de saúde, totalizando três especialistas. Eles classificaram os resultados dos indicadores sobre AF de cada um dos seis municípios, com o auxílio de uma escala arbitrária de valor, de modo a definir um diagnóstico para cada município. Foram atribuídas três graduações a cada indicador: resposta apropriada no âmbito da gestão; parcialmente apropriada; ou inapropriada e com consequências potencialmente danosas à gestão da AF. O melhor desempenho correspondeu ao maior número de critérios apropriados.

Após essa classificação, os resultados foram analisados de duas formas: (i) adequação de todos os componentes, por município; e (ii) adequação de todos os municípios, por componente, e testados para significância estatística pelo  $\chi^2$  de Pearson (Abramson JH, *WinPepi* versão 11.44, 2015).

Os dados de execução financeira informados pelos gestores foram complementados por pesquisa em bases de dados secundárias da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul e do Ministério da Saúde.

A execução foi parcialmente subsidiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), através da Bolsa de Produtividade concedida a uma das autoras. Não houve qualquer conflito de interesses na execução do trabalho.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca sob o número de parecer 237/11 (CAAE: 0252.0031.00011). Todos os gestores aceitaram participar por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados

### Demandas judiciais

O levantamento de processos através das certidões solicitadas às comarcas indicou um total de 6.100 processos, nos quais os municípios constavam como réus das ações. A análise posterior de cada um dos processos, através do site do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul (TJMS), trouxe a informação de que, desse total, 1.825 (30%) eram processos relativos às demandas de saúde. Dentro desse segundo grupo, 771 (42%) eram processos de demandas por medicamentos. Observou-se um aumento de 47% no número total de processos entre 2008 e 2011.

A maioria das ações (62%) foi representada pela Defensoria Pública Estadual. A maioria dos pedidos de antecipação de tutela (82%) foi julgada como favorável ao demandante. Em poucas ações foi solicitada a manifestação dos réus antes do julgamento (18%). O estado figurou como réu solidário ao município na maioria das ações (58%).

No que diz respeito aos medicamentos pleiteados, foi observado grande percentual de pedidos de medicamentos para tratamento de condições que envolvem o sistema cardiovascular (25% do total de

pleitos) e o sistema gastrointestinal (11%). Para os municípios analisados nas questões referentes à gestão da AF, não houve nenhum pedido de medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). No entanto, foram observados pleitos por medicamentos com indicação de uso *off-label* no município A (17%), no município D (11%) e no município E (9%). Foi observado ainda que, com exceção do município D (com 49%), mais da metade dos medicamentos demandados via justiça não fazia parte de nenhum dos componentes de financiamento da AF. Nos municípios B e D, mais de 40% dos medicamentos demandados pertenciam ao componente da Atenção Básica (AB).

### Gestão da Assistência Farmacêutica

O *quadro 1* apresenta os principais resultados do estudo nos municípios, destacando as possíveis relações entre as demandas judiciais e a AF neles praticada.

Como resultados comuns, pode-se destacar ainda que em nenhum dos municípios houve demanda judicial por medicamentos do Componente Estratégico; todos os municípios, com exceção do município B, relataram que a logística desses medicamentos era gerida fora da AF.

As Informações da Vigilância Epidemiológica (VE) não eram utilizadas para embasar ações da AF em nenhum dos municípios. Os médicos municipais não possuíam capacitação para prescrição segundo Uso Racional de Medicamentos (URM).

Nenhum município possuía estrutura de transporte específica para medicamentos. Não havia uma rotina de verificação periódica de estruturas e das atividades, pela gestão da AF. Todos os municípios relataram que a programação se baseava exclusivamente no consumo histórico, e que as compras levavam em conta apenas o critério de preço, sem utilizar nenhuma ferramenta de gestão para auxílio da atividade.



Quadro 1. Resultados dos indicadores investigados sobre a gestão da Assistência Farmacêutica e sobre as demandas judiciais por medicamentos nos municípios. Mato Grosso do Sul, 2011

Município	Componentes	
	Demandas judiciais e gestão	Gestão da AF
A	<p>Medicamentos demandados presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename): 29%</p> <p>Medicamentos demandados para uso off-label: 17%</p> <p>Medicamentos demandados do componente da AB: 21%</p> <p>Medicamentos demandados do componente especializado: 25%</p> <p>Medicamentos demandados ausentes dos componentes de financiamento: 54%</p> <p>Demandas judiciais são resolvidas em âmbito administrativo. Os medicamentos demandados são manejados junto aos demais medicamentos comprados e fornecidos pelo município, geridos pelo mesmo farmacêutico e incluídos na programação e no processo licitatório.</p>	<p>Não há Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nem Relação Municipal de Medicamentos (Remume). Município adota os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).</p> <p>Há um único farmacêutico atuante na gestão e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).</p> <p>Não há farmacêuticos atuando na dispensação das unidades.</p> <p>Existe Plano Municipal de Saúde, mas não contempla a AF.</p> <p>A lista de medicamentos do município é baseada na lista pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Há uma lista de medicamentos não pactuados, composta por 97 itens. Dentre estes, muitos se encontram fora da Rename.</p> <p>O farmacêutico tem atuação limitada no processo de compras, que se dá por licitação, à exceção das emergenciais.</p> <p>Atividades logísticas e dispensação são deficientes e não seguem normas técnicas.</p>
B	<p>Medicamentos demandados presentes na Rename: 39%</p> <p>Medicamentos demandados para uso off-label: 0%</p> <p>Medicamentos demandados do componente da AB: 42%</p> <p>Medicamentos demandados do componente especializado: 6%</p> <p>Medicamentos demandados ausentes dos componentes de financiamento: 52%</p> <p>Não há procedimento específico instituído para o manejo das demandas judiciais. Estas são geridas totalmente em separado dos demais medicamentos fornecidos pelo município. Não há análise técnica dos pedidos. Os medicamentos não são incluídos na programação, nem são comprados por licitação. Ficam armazenados no setor jurídico e são entregues por um advogado.</p>	<p>Não há CFT nem Remume. Município não adota os PCDT.</p> <p>Há apenas um farmacêutico no nível central, sem capacitação específica para gestão.</p> <p>Não há farmacêuticos na CAF nem nas unidades de dispensação.</p> <p>Existe Plano Municipal de Saúde, mas não contempla a AF.</p> <p>Cerca de 90% dos medicamentos da lista do município dizem respeito aos pactuados na CIB. A lista é revista uma vez por ano e elaborada pelo farmacêutico.</p> <p>O farmacêutico não participa do processo de compras, que é feito por licitação.</p> <p>Atividades logísticas e dispensação são deficientes e não seguem normas técnicas.</p>
C	<p>Medicamentos demandados presentes na Rename: 13%</p> <p>Medicamentos demandados para uso off-label: 0%</p> <p>Medicamentos demandados do componente da AB: 6%</p> <p>Medicamentos demandados do componente especializado: 6%</p> <p>Medicamentos demandados ausentes dos componentes de financiamento: 88%</p> <p>Não há um procedimento formal instituído para o manejo dos medicamentos demandados, que são geridos à parte dos demais. Ficam sob a responsabilidade de um advogado, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Não ocorre análise técnica do pedido. Alguns são incluídos na programação, mas a compra é feita em farmácias privadas.</p>	<p>Não há CFT nem Remume. Município não adota os PCDT.</p> <p>Há um farmacêutico no nível central capacitado para gestão, que atua também na CAF.</p> <p>Não há farmacêutico em nenhuma das unidades de dispensação do município.</p> <p>Existe Plano Municipal de Saúde, mas não contempla a AF.</p> <p>Utiliza a lista pactuada pelo estado, mas inclui 83 itens além dos pactuados. Destes, 70 não pertencem a Rename, e são incluídos para evitar demandas judiciais, uma vez que são continuamente prescritos pelos médicos do município.</p> <p>O farmacêutico realiza sozinho a seleção de medicamentos, e participa do processo de licitação.</p> <p>Atividades logísticas e dispensação são deficientes e não seguem normas técnicas.</p>
D	<p>Medicamentos demandados presentes na Rename: 46%</p> <p>Medicamentos demandados para uso off-label: 11%</p> <p>Medicamentos demandados do componente da AB: 40%</p> <p>Medicamentos demandados do componente especializado: 11%</p> <p>Medicamentos demandados ausentes dos componentes de financiamento: 49%</p> <p>As demandas judiciais são responsabilidade do Departamento de Assistência Social. Para evitar novas demandas, o município instituiu uma 'via assistencial', por meio da qual são fornecidos todos os medicamentos procurados pelos pacientes.</p> <p>Os medicamentos demandados, de uso contínuo, são incluídos na programação e passam a ser comprados por meio de licitação. Nos demais casos, as compras são realizadas diretamente nas farmácias privadas do município, para onde os pacientes se dirigem diretamente, a fim de retirar o medicamento.</p>	<p>Não há CFT nem Remume. Município não adota os PCDT.</p> <p>Há um farmacêutico na coordenação da AF, mas sem capacitação específica para gestão, sendo o mesmo profissional responsável pela CAF.</p> <p>Das sete unidades de saúde do município, em apenas uma há farmacêutico.</p> <p>O Plano Municipal de Saúde contempla a AF e a coordenação de AF está inserida no organograma da SMS.</p> <p>A lista de medicamentos é elaborada pelo farmacêutico, baseando-se na lista pactuada, e acrescentando medicamentos, sendo que alguns não integram a Rename.</p> <p>O farmacêutico não participa do processo de compras.</p> <p>Atividades logísticas e dispensação são deficientes e não seguem normas técnicas.</p>

Quadro 1. (cont.)

E	<p>Medicamentos demandados presentes na Rename: 27%</p> <p>Medicamentos demandados para uso off-label: 9%</p> <p>Medicamentos demandados do componente da AB: 27%</p> <p>Medicamentos demandados do componente especializado: 13%</p> <p>Medicamentos demandados ausentes dos componentes de financiamento: 60%</p> <p>Medicamentos das demandas judiciais são geridos à parte. Não existem procedimentos específicos para seu manejo. O responsável pelas demandas é um economista, e não há envolvimento de profissionais de saúde no processo. A entrega é realizada por uma técnica de enfermagem.</p> <p>No município, os pacientes procuram diretamente a Defensoria Pública antes de procurar o medicamento na unidade de saúde. As compras de medicamentos de demandas judiciais são realizadas em farmácias privadas, que são escolhidas no início de cada ano, para o fornecimento de todos os medicamentos demandados.</p>	<p>Não há CFT nem Remume. Município não adota os PCDT.</p> <p>Não há farmacêutico atuando no nível central; há apenas um na CAF.</p> <p>Não há farmacêutico em nenhuma das unidades de dispensação. Não existe plano municipal de saúde, nem uma estrutura de coordenação da AF.</p> <p>A seleção de medicamentos é feita pelo farmacêutico da CAF, baseando-se na lista pactuada com o estado.</p> <p>O farmacêutico não participa do processo de compras. Estas são realizadas por licitação, com exceção das emergenciais e as de demandas judiciais.</p> <p>Atividades logísticas e dispensação são deficientes e não seguem normas técnicas.</p>
F	<p>Medicamentos demandados presentes na Rename: 38%</p> <p>Medicamentos demandados para uso off-label: 0%</p> <p>Medicamentos demandados do componente da AB: 38%</p> <p>Medicamentos demandados do componente especializado: 13%</p> <p>Medicamentos demandados ausentes dos componentes de financiamento: 50%</p> <p>Medicamentos das demandas judiciais são geridos à parte. Não há um profissional destacado para lidar com as demandas. As compras são feitas diretamente em farmácias privadas e os medicamentos são entregues aos pacientes por um funcionário administrativo da SMS. Atendem a todos os pedidos que chegam, para que não se tornem ações judiciais.</p>	<p>Não há CFT nem Remume. Município adota os PCDT.</p> <p>O mesmo farmacêutico que atua na gestão, atua também na CAF. Não há farmacêuticos nas unidades de dispensação.</p> <p>Existe Plano Municipal de Saúde, mas não contempla a AF. As estruturas de armazenamento, distribuição e dispensação são adequadas e seguem normas técnicas. Recebem verificação semanal.</p> <p>A lista de medicamentos adotada se baseia no elenco pactuado, mas possui 180 itens excedentes, com o objetivo de evitar demandas judiciais.</p> <p>O farmacêutico não participa do processo de compras.</p>

Fonte: Elaboração própria.

O consenso de especialistas observou os resultados dos indicadores sob o olhar da gestão – em última análise, o tipo de consequência provocada pela adequação, ou inadequação, em cada critério dos componentes da gestão da AF (1. Recursos Humanos; 2. Instrumentos de Gestão; 3. Coordenação da AF; 4. Atividades da AF) e das demandas judiciais (5. Demandas Judiciais), em cada município (A, B, C, D, E e F), como se vê na *tabela 1*.

Tabela 1. Contagem de critérios da gestão da Assistência Farmacêutica, de acordo com classificação dos especialistas, por município. Municípios selecionados, Mato Grosso do Sul, 2012

Municípios	Número de critérios		
	Adequados	Parcialmente adequados	Inadequados
A	16	11	22
B	15	11	23
C	9	12	28
D	10	10	29
E	9	8	32
F	12	13	24
TOTAL	71	65	158

Fonte: Elaboração própria.

Pôde ser observada a maior quantidade de resultados inadequados em todos os municípios estudados. O município E, em números absolutos, apresentou os piores resultados, com mais de 67% dos indicadores relacionados à gestão da AF classificados como

inadequados. No entanto, a análise estatística não determinou diferenças significativas entre os municípios, com relação a melhores ou a piores desempenhos.

A seguir, foi realizada a análise por critério, em todos os municípios (*tabela 2*).

Tabela 2. Contagem de critérios da gestão da Assistência Farmacêutica, de acordo com classificação dos especialistas, por componente. Municípios selecionados, Mato Grosso do Sul, 2012

Componentes	Número de critérios		
	Adequados	Parcialmente adequados	Inadequados
Assistência Farmacêutica			
Recursos Humanos	1	12	23
Instrumentos de Gestão	13	9	14
Coordenação da AF	27	7	20
Atividades da AF*	21	32	79
Demandas Judiciais	8	5	23
TOTAL	70	65	159

Fonte: Elaboração própria.

Nota: \*P=0,007.

De modo geral, nos critérios Recursos Humanos e Atividades da AF, houve muito mais indicadores julgados inadequados do que adequados. O critério que melhor se posicionou foi o relacionado à coordenação da AF. O critério com pior desempenho entre todos os municípios foi o 4, correspondente às Atividades da AF. Nele, houve diferença significativa em relação ao pior e ao melhor desempenho nos municípios.

A *tabela 3* é referente às informações financeiras obtidas nas entrevistas com os gestores municipais. Os municípios A e E não informaram as despesas relativas aos medicamentos do Componente Básico da AF. Apenas no município C não foi fornecida a informação a respeito das despesas com demandas judiciais de medicamentos. Nos municípios B e E não foram fornecidas informações sobre despesas com medicamentos não pactuados.

Tabela 3. Valores informados pelos municípios selecionados, referentes às despesas com medicamentos. Mato Grosso do Sul, 2011

Despesas municipais com medicamentos (em R\$)	Município					
	A	B	C	D	E	F
AF básica	Não informado	161.612,64	334.000,00	38.342,91	Não informado	199.211,97
Demandas judiciais	10.200,00	9.212,86	Não informado	8.277,00	363.030,48	70.412,36
Não pactuados	90.000,00	Não informado	60.612,00	63.017,84	Não informado	84.000,00
TOTAL	X	X	X	109.637,75	X	353.624,33

Fonte: Elaboração própria a partir de dados de entrevistas com gestores municipais.

Verificou-se que, em todos os municípios, além do valor aportado para o Componente Básico da AF, os entes municipais aportavam ainda montantes extras para medicamentos de demanda judicial e medicamentos não pactuados.

O município F aportou 56% do gasto total de medicamentos para a AF básica, 24% para medicamentos não pactuados e quase 20% para medicamentos de demandas judiciais. O município D aportou 35% do gasto total de medicamentos para a AF básica, 57% para medicamentos não

pactuados e 0,8% para medicamentos de demandas judiciais. Nos municípios A, B, C e E faltam uma ou mais variáveis que permitiriam uma análise relacional dos gastos.

A *tabela 4* faz uma comparação dos valores *per capita* gastos pelo município para cobertura dos medicamentos do Componente Básico da AF, das demandas judiciais e dos medicamentos não pactuados. A primeira coluna fornece a informação sobre o valor *per capita* mínimo, estipulado pela Portaria nº 4.217, de dezembro de 2010, vigente à época do estudo.

Tabela 4. Investimentos per capita para cobertura de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de demandas judiciais e não pactuados. Municípios selecionados, Mato Grosso do Sul, 2011

Municípios	Investimento per capita			
	Mínimo pactuado*	Aportado para Componente Básico da AF	Demandas judiciais	Medicamentos não pactuados
A	1,86	-	0,76	6,72
B	1,86	1,58	0,09	-
C	1,86	15,68	-	2,84
D	1,86	1,96	0,42	3,20
E	1,86	-	11,42	-
F	1,86	4,82	1,70	2,03

Fonte: Elaboração própria através de dados de entrevistas com gestores municipais.

Nota: \*De acordo com a Portaria nº 4.217, de dezembro de 2010.

Os aportes para o Componente Básico da AF variaram de R\$ 1,58 *per capita* em B até R\$ 15,68 *per capita* em C. No caso das demandas judiciais, a variação foi de R\$ 0,09 *per capita* em B, até R\$ 11,42 *per capita* em E. No caso de medicamentos não pactuados, A foi o município com maior valor *per capita* aportado, R\$ 6,72.

Entre aqueles que forneceram informações sobre o Componente Básico – responsabilidade municipal – três (C, D e F) gastavam mais *per capita* que o mínimo estipulado na legislação vigente.

## Discussão

O estudo mostrou que as demandas em 27 comarcas de segunda entrância no MS

criaram entre 2008 e 2011. O estudo nos municípios selecionados mostrou muitas dificuldades da AF, por falta de estrutura ou inconformidades, e também que não houve diferenças significativas da gestão da AF entre os municípios. Não foi surpreendente, assim, constatar que o componente de gestão, que mostrou pior desempenho em todos os municípios, foi aquele referente às atividades da AF.

O crescente número de demandas ao longo dos anos é coerente com o que vem ocorrendo nos demais estados do País, como demonstrado no estudo realizado em Santa Catarina, onde o número de processos saltou de 2, em 2000, para 444, em 2004 (PEREIRA ET AL., 2010). E é igual à tendência de deferimento dos pleitos, como demonstrado no estudo

realizado no Rio de Janeiro, em 2006, onde, dos 185 processos analisados apenas três tiveram os pedidos negados (PEPE ET AL., 2010B).

A investigação aprofundada em municípios selecionados, com diferentes relações entre número de processos e habitantes, possibilitou análise da gestão da AF em distintos cenários frente às demandas judiciais. O julgamento realizado pelos especialistas ajudou a apontar os logros e as deficiências das gestões municipais, sendo o componente de atividades da AF o percebido como mais problemático.

No município A, os medicamentos de demandas judiciais eram manejados junto aos demais medicamentos fornecidos pelo município. Observou-se alto percentual de medicamentos demandados não integrantes dos componentes de financiamento da AF; houve também medicamentos demandados prescritos para uso *off-label*. As estruturas e os recursos humanos eram deficientes, assim como as atividades da AF. A ausência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), assim como a falta de profissionais capacitados e atualizados com as normativas e protocolos pode ter influenciado este cenário. Em B havia diversas deficiências, que podem ter influenciado a ocorrência das demandas. No município houve um percentual considerável de demandas por medicamentos da AB (42%) e de medicamentos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (39%). A AF gerida de forma ineficiente pode ter levado à indisponibilidade de medicamentos, seja por seleção inadequada, programação insuficiente ou logística precária.

Em C, chamou a atenção o alto percentual (88%) de demandas por medicamentos não pertencentes aos componentes de financiamento da AF, apesar de a lista de medicamentos do município possuir 83 itens além dos pactuados, justamente incluídos com o intuito de evitar as demandas. A pressão das demandas distorceu o processo de inclusão na lista, a partir do momento em que

o município não realizou seleção. Situação semelhante, porém, mais aguda, ocorreu no município F, que adotou como estratégia a inclusão de 180 medicamentos além daqueles pactuados com o estado para evitar demandas. Problemas de base, principalmente de deficiência e capacitação de recursos humanos, impediram que o diferencial proporcionado pela estrutura e pelas atividades logísticas oferecessem ganho no enfrentamento da judicialização.

Em D prevaleceu o fornecimento de medicamentos por via assistencial, na qual os pacientes, apenas munidos da prescrição, obtinham os medicamentos de que necessitavam. Essa via surgiu, provavelmente, com o intuito de evitar a via judicial, mas expôs as falhas da AF municipal e a falta de normas municipais mínimas para o fornecimento de medicamentos.

O cenário mais crítico da gestão da AF frente às demandas foi encontrado no município E. A compra de medicamentos em farmácia privada, escolhida para fornecê-los para o município, sugere total falta de normas e procedimentos técnicos. Não é de se estranhar, portanto, que os pacientes, possivelmente habituados ao desabastecimento de medicamentos, sequer procurassem as unidades de saúde, dirigindo-se diretamente à Defensoria Pública.

A falta de estrutura encontrada em muitas secretarias estaduais e municipais de saúde já foi apontada por diversos estudos como um fator importante para o crescimento das demandas judiciais (ROMERO, 2008; PEREIRA, 2010). As baixas estruturas operacional, logística e de atendimento já se impõem como entraves à execução das atividades regulares da gestão e do ciclo da AF, quiçá para a assunção de novas responsabilidades impostas pelas demandas.

A questão dos recursos humanos foi crítica em todos os locais, e esse é um problema corrente, já demonstrado em muitos municípios (VIEIRA, 2008; DE BERNERDI, 2006). A falta de profissionais capacitados se mostra em desacordo com a Política Nacional de Medicamentos, implica na má aplicação dos

recursos públicos e no baixo retorno em efetividade na utilização dos medicamentos.

Atividades da AF sem embasamento em dados epidemiológicos podem implicar na ocorrência de demandas judiciais (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010). A inexistência de uma CFT ou da Relação Municipal de Medicamentos (Remume) deixa uma lacuna importante nas atividades da AF dos municípios (WHO, 2003), uma vez que a falta de critérios para a elaboração de uma lista municipal ou para a programação dos medicamentos repercute na forma de um elenco incompleto e/ou no desabastecimento. Em todos os municípios, algum tipo de seleção era realizado, já que havia uma lista de medicamentos não pactuados, e, portanto, não relacionados à Rename. Pela falta dos instrumentos comuns à seleção, há que se considerar que as escolhas podem não ter sido as melhores ou mais seguras para a população.

A não adoção de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) também é um fator diretamente relacionado à ocorrência das demandas. A falta de adesão aos protocolos propicia a prescrição de medicamentos inadequados à indicação ou fora do rol dos medicamentos previstos pelo SUS. A literatura mostra que, na maioria dos casos, a prescrição é prevalente sobre quaisquer outros argumentos da gestão (ROMERO, 2008; PEPE, 2010A).

A incorporação dos medicamentos de demandas judiciais na programação dos municípios é uma medida adotada com certa frequência em outros contextos (PEPE, 2010A). Com relação às compras, a situação se mostrou mais problemática, uma vez que todos os municípios relataram compras diretas em farmácias privadas, dando margem à falta de transparência e de economia para os cofres públicos (PEPE, 2010A). Apesar do relato da realização de compras regulares por meio de licitação, não houve adoção de ferramentas para auxílio nos processos, tais como catálogo de especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição, ou utilização do Banco de Preços em Saúde, retratando um processo de compras deficiente e com pouco ou nenhum respaldo técnico.

A falta de estrutura e de recursos humanos capacitados, além da ausência do farmacêutico no manejo das demandas pode ter impossibilitado a orientação aos pacientes nas unidades de dispensação. Assim como em outras realidades estudadas (ARAÚJO ET AL., 2008), percebe-se que a dispensação em unidades públicas do SUS fica limitada a funcionar como um simples local de entrega de medicamentos. A falta de informações sobre o desenvolvimento do tratamento pode colocar em risco a saúde do indivíduo (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010). A despeito disto, é incomum que pacientes que recebam medicamentos pela via judicial sejam acompanhados pela gestão da AF.

Em relação à execução financeira, observou-se que nem todos os gestores sabiam, ou quiseram informar, dados de despesas com medicamentos. Se fossem considerados apenas os municípios D e F, para os quais há informações completas de gastos, poder-se-ia admitir que a estratégia de aumento das despesas com medicamentos não pactuados, operada proporcionalmente, em maior grau, pelo município D, talvez resultasse em menores gastos com medicamentos de demandas judiciais.

Outros fatores, como aqueles relacionados à indicação e à prescrição, às características do uso *off-label*, às pressões de incorporação, cuja abordagem foge ao escopo deste trabalho, podem influenciar a ocorrência de demandas. O que se tem observado no País é o incremento do número de demandas e dos gastos dos entes federativos a elas relacionados, a despeito de quaisquer medidas de contenção (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

No entanto, não há como realizar uma análise integrada relacionando gastos da AF com demandas judiciais no conjunto de municípios, pois não há dados completos para todos. Não se sabe qual é o investimento *per capita* real dos municípios A, B, C e E. Observa-se que o gasto *per capita* em demandas judiciais do município E é alto em relação aos demais; sabe-se que, neste município, 60% das demandas são para medicamentos

ausentes dos componentes de financiamento da AF, o que poderia relacionar-se ao alto gasto com demandas. Por outro lado, o município C, que possui o maior gasto *per capita* com medicamentos da AB (R\$ 15,68), tem, conseqüentemente, apenas 6% das demandas relativas a este componente. Mas é também o que possui a maior proporção de demandas com medicamentos ausentes das listas de financiamento (88%).

No tocante aos municípios nos quais todos os dados estão relatados, as informações também não permitem identificar relações. Os municípios D e F apresentam proporções muito semelhantes em relação ao tipo de medicamento demandado e ao tipo de medicamento demandado por componente de financiamento. O primeiro gasta mais com medicamentos não pactuados do que o segundo, o que poderia explicar o também maior percentual de uso *off-label*. Por outro lado, o município F gasta mais com AF básica do que o D. Este gasto, no entanto, parece não influenciar os gastos *per capita* com demandas judiciais.

A média do gasto *per capita* com medicamentos, de municípios com menor número de habitantes, tende a ser maior do que a de municípios mais populosos, segundo Vieira (2011). Uma provável maior participação de planos de saúde em municípios mais populosos direcionaria parcela importante da população para a aquisição privada de medicamentos em farmácias comerciais. E o menor poder de escala e de negociação dos pequenos municípios levaria à obtenção de preços mais altos nas compras de medicamentos (VIEIRA, 2011).

O aporte adicional de recursos para compra de medicamentos foi medida adotada pelos gestores como tentativa de resolução de problemas, e não pareceu significar um entrave para a gestão, nos municípios estudados. Além disso, todos os municípios relataram receber os aportes da esfera federal e da esfera estadual, conforme o pactuado.

O Pacto pela Gestão do SUS passou a prever financiamento específico para a gestão do sistema, em que os recursos devem

ser voltados para apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão. A própria Portaria nº 4.217, de dezembro de 2010, deixava clara a possibilidade de utilização de 15% dos recursos provenientes de estados e municípios para adequação de espaço físico das farmácias municipais, aquisição de equipamentos e mobiliário, e para realização de atividades voltadas para educação continuada e qualificação dos recursos humanos da AF.

Na questão da gestão do trabalho, o Pacto tem ainda como uma de suas diretrizes a política de recursos humanos. É eixo fundamental para o funcionamento do SUS, sendo as secretarias municipais e estaduais de saúde responsáveis por empreender esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos em seus quadros. Entretanto, não foi observada a apropriação dessas possibilidades pelos municípios estudados. Muitos não possuíam plano municipal de saúde contemplando a AF, ou coordenação formal de AF. Tampouco utilizavam ferramentas para auxílio na gestão. A falta de investimentos em recursos humanos e estruturais redundava também na falta de capacidade para utilização de ferramentas e cumprimento de determinações do SUS.

Ainda que seja um considerável determinante sobre a situação da AF, a gestão da saúde, como um todo, nos municípios, não foi analisada. Algumas informações relatadas pelos gestores, mormente relacionadas à logística de medicamentos, não puderam sofrer comprovação integral; houve grande dificuldade, em alguns municípios, de acesso aos dados financeiros. As possíveis causas dessa situação seriam a falta de capacitação técnica dos recursos humanos municipais para a gestão ou a falta de transparência praticada pela gestão municipal. Mas, quaisquer que sejam os motivos, tais situações, por si só, podem também ser consideradas como resultados que depõem contra a gestão nesses municípios.

Por fim, o perfil diferenciado de alguns municípios que apresentaram grande número de demandas judiciais merece

análise mais aprofundada, para que possam ser compreendidas as causas específicas desta situação. Não foi possível, nos limites desta pesquisa, identificar tais razões.

O presente trabalho inova ao abordar a gestão da AF frente às demandas em pequenos municípios, uma vez que a maioria dos estudos realizados até hoje abordam estados ou grandes municípios (DE BERNERDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006; MACHADO, 2011; MARQUES, 2007; PEPE 2010B; PEREIRA, 2010). Destaca-se que, em relação a Mato Grosso do Sul, os municípios estudados não eram os menores do estado. Mas, se comparados à distribuição dos municípios no Brasil, seriam considerados pequenos, uma vez que o IBGE entende como de pequeno porte municípios com até 50 mil habitantes (IBGE, 2009). As questões estruturais e de recursos humanos encontradas assemelhavam-se àquelas presentes em outros pequenos municípios brasileiros (VIEIRA, 2008; DE BERNERDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006).

## Conclusão

O presente trabalho partiu do pressuposto, já demonstrado em outros estudos, de que as demandas judiciais têm impacto sobre a gestão da AF, provocando aumento de gastos e desestruturação dos serviços. Neste, observou-se que a judicialização, em maior ou menor grau, acabou por impor certas mudanças aos municípios, seja pela criação de setores, pela mobilização de pessoas para lidar com a questão, ou mesmo pelo maior aporte de recursos que demandou aos

cofres municipais. Mas observou-se que, na maioria dos casos, o manejo das demandas por medicamentos se dava de forma totalmente destacada da AF. Não havia análise técnica dos pedidos, e muitas compras ocorriam de forma irregular. Não eram adotadas boas práticas para as atividades logísticas e a entrega dos medicamentos era feita sem orientação. Ficou clara a falta de estrutura dos municípios para a gestão das demandas.

No entanto, o que se pôde perceber é que os problemas ligados à AF existiam *a priori* nesses municípios e foram, possivelmente, determinantes da ocorrência de demandas judiciais. Falhas comuns da gestão da AF, de base, mostraram que as dificuldades advindas das demandas incidiram sobre municípios já fragilizados. A existência de listas de medicamentos não pactuados, muitas vezes maiores do que a pactuada, provocou aumento direto nas despesas. Em todos os municípios analisados foram verificadas enormes deficiências nas atividades da AF regular, falta de recursos humanos e falta de estrutura física para uma adequada disponibilização de medicamentos à população. Observou-se, ainda, que não houve subfinanciamento da AF nos municípios, mas indícios de gestão financeira por vezes pouco eficiente.

Neste sentido, a judicialização se coloca como um complicador da situação da gestão da AF em municípios brasileiros. Não se pode concluir, entretanto, que este fenômeno seja a causa de problemas, mas sim, em alguns casos, uma consequência das deficiências da própria gestão. ■

---

## Referências

ARAÚJO, A. L. A. *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 611-617, 2008.

CASTRO, S. H. R. *Impacto desalocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais.* 2011. 50f.

Monografia (IV Prêmio Sof de Monografias). Belo Horizonte, 2011.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos *Rev. Saúde Públ.* São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, 2010.



- DE BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 15, p. 73-83, 2006.
- DELVECHIO, P. *O Orçamento Público e o Processo de judicialização da saúde*. 2010. 32f. Especialização (Orçamento Público) – Tribunal de Contas da União, Brasília, DF, 2010.
- FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2009*. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>>. Acesso em: 10 maio de 2011.
- MACHADO, M. A. A. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.
- MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-7, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010a.
- \_\_\_\_\_. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, 2010b.
- PEPE, V. L. E.; VENTURA, M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. (Org.). *Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011, 56 p.
- PEREIRA, J. R. *et al.* Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3551-60, 2010.
- ROMERO, L. C. *Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal*. Brasília, DF: Senado Federal, Consultoria Legislativa, 2008, 48 p.
- VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*. Washington, DC, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 214-22, 2007.
- \_\_\_\_\_. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 906-913, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Drug and therapeutics committees: a practical guide* Department of Essential Drugs and Medicines Policy. Geneva: WHO, 2003.
- WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.
- \_\_\_\_\_.  
Recebido para publicação em março de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial

*Facing medical doctors: a communicative management strategy to qualify ambulatory access regulation*

Flavius Augusto Olivetti Albieri<sup>1</sup>, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio<sup>2</sup>

**RESUMO** O presente artigo mostra como oficinas descentralizadas de regulação do acesso, uma estratégia de gestão de base comunicativa adotada no município de Diadema/SP de 2008 a 2011, resultaram em transformações nos processos de trabalho local, apesar de guardarem ritmos e iniciativas diferentes entre si. Após as oficinas, pode-se identificar a redução de 18% de encaminhamentos para consultas especializadas, e de 9% em exames de apoio diagnóstico. O estudo aponta alguns dos desafios postos para viabilizar um maior protagonismo da Atenção Básica nos processos regulatórios municipais, em particular nesse momento que a política de saúde a define como coordenadora do cuidado da rede de serviços.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Instituições de Assistência Ambulatorial; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Regulação e Fiscalização em Saúde.

**ABSTRACT** *The present article shows how the decentralized access regulation workshops, a communicative-based management strategy adopted in Diadema/SP from 2008 to 2011, resulted in changes in the local work processes, although keeping different rhythms and initiatives among them. After the proposed workshops, it could be identified a reduction of 18% of referrals to specialist consultations, and 9% in support diagnostic tests. The study highlights some of the challenges to enable a greater role of Primary Care in municipal regulatory processes, particularly when health policy defines it as the coordinator of care within the service network.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Health services accessibility; Ambulatory care facilities, Health policy, planning and management; Health care coordination and monitoring.*

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - São Paulo (SP), Brasil  
flavius.albieri@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil  
luizcecilio60@gmail.com

## Introdução

O conceito de regulação ainda é pouco estabelecido e sua definição varia conforme os autores e as diferentes áreas de uso. Até hoje, é muito difícil propor uma definição unificada dele. Apesar disso, é possível inferir que a ideia de regulação esteja alinhada às noções de sistema e de complexidade (PRÉVOST, 2000). O próprio termo sistema já indica que se fala sobre vários mecanismos em relação de dependência, a fim de se alcançar um efeito determinado (SCHNEEBERGER, 1994).

No direito, a regulação é a atividade que consiste em assegurar o equilíbrio entre direitos e deveres pretendido pela lei. Ao mesmo tempo, a regulação traz consigo a ideia de que o papel do Estado é comandar diretamente os atores sociais, estabelecer as ‘regras do jogo’ e garantir que sejam respeitadas (CHEVALLIER, 1995; GAZIER; CANNAC, 1984).

Já nas ciências sociais, a discussão da regulação está relacionada à existência de grupos sociais ou sociedades razoavelmente duráveis, apesar da grande variedade de interesses de seus membros (LAWE, 1977), representando, portanto, um modo de conciliação de conflitos na organização de processos decisórios (MIAILLE, 1995).

De acordo com Ferreira (2004), o conceito de regulação mais utilizado na literatura dedicada ao tema é o que define a regulação como ‘uma influência deliberada do Estado’, abarcando toda e qualquer ação concebida para influenciar, de algum modo, regularizar o comportamento da indústria ou da sociedade (o que inclui não apenas a regulamentação, mas os incentivos econômicos, a contratualização, divulgação de informação, entre outros aspectos). Nesse caso, a regulação tanto pode ser entendida como facilitadora e positivamente incentivadora de comportamentos como restritiva e preventiva em face de atividades ou ocorrências consideradas indesejadas pelo Estado.

O conceito de regulação tem sido empregado nos sistemas de saúde em dois

sentidos principais: no primeiro, relativo ao subsistema público, ela é entendida tanto como o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde como o ato de criar e implementar regras. No segundo, com respeito ao subsistema privado, a regulação é concebida como a correção de falhas nas relações do mercado da saúde.

A regulação está, portanto, vinculada a distintas e variadas ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. No entanto, observa-se a ênfase normativa e burocrática para essa forma de conceituar a regulação, expressa geralmente como o ato de cumprir regras.

Santos e Merhy (2006) afirmam que o ato de regular em saúde é um componente do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos atores que proveem ou contratam serviços de saúde. Os autores apontam ainda a existência de diferentes conceitos, práticas e finalidades da regulação em saúde, sendo ainda objeto de debate, com diferentes compreensões sobre o tema.

De acordo com o Informativo Anual de 2000 da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), a regulação é função de governança dos sistemas de saúde; ela está atrelada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde.

No Brasil, existe regulação em saúde desde a época dos extintos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estabelecendo regras para a utilização de serviços de saúde por seus beneficiários. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a expansão de ampla rede de prestadores privados por todo o País, via pagamento por procedimentos, intensificou-se a necessidade de um maior controle, por meio da regulação em vários aspectos: comercial, administrativo, financeiro e assistencial. Vale ressaltar que, nesse período, ainda se observava pequena influência das ações regulatórias no âmbito assistencial, ainda muito centradas nos gastos, na imposição de regras e fluxos normativos (SANTOS; MERHY, 2006).

O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde têm sido desenvolvidos progressivamente desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) foi editada com o objetivo de organizar a regionalização da assistência, visando promover maior equidade na destinação dos recursos às ações e serviços de saúde e garantir o acesso a todos os níveis de atenção, buscando enfrentar o que foi denominado de ‘atomização do SUS’ em sistemas municipais isolados, e remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal, por meio do Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2002). A regionalização, como estratégia de conformar uma rede intermunicipal hierarquizada de referência especializada, apontou a necessidade de organização de fluxos de referência e contrarreferência, assim como a implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de ‘regulação assistencial’ como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (BRASIL, 2002).

Essa norma propõe que a Programação Pactuada Integrada (PPI) seja um dos instrumentos de planejamento integrado, e a define como

o processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas critérios, métodos e instrumentos no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2002).

O conceito de regulação assistencial está atrelado a alguns pressupostos, como o processo de planejamento e programação, a definição da estratégia de regionalização, o médico regulador como autoridade sanitária instituída pelo gestor e a interface da regulação com os processos de planejamento, programação, controle e avaliação. Delimitando claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais, a Noas trouxe também a noção de complexos reguladores, definindo que a regulação

deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. (BRASIL, 2002).

A partir da publicação da Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008), o Ministério da Saúde busca um conceito mais ampliado de regulação, definindo-a segundo a sua atuação nos sistemas de saúde (regulação sobre sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (regulação da atenção) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (regulação do acesso). Esses conceitos associam e articulam as ações de regulação em saúde ao monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Este artigo tem como objetivo principal avaliar e analisar as possíveis contribuições de uma estratégia de gestão governamental de base comunicativa – os ciclos de oficina de regulação do acesso à saúde –, para o aprimoramento do consumo de serviços de saúde no sistema municipal de saúde da cidade de Diadema (SP). Para isso, foi imprescindível reconstituir como os ciclos de oficinas foram realizados e, a partir de grupos focais, caracterizar a percepção dos médicos, gerentes e reguladores (entendidos aqui como operadores da regulação governamental) em relação às possíveis contribuições que as oficinas trouxeram para seus processos de trabalho.

## O contexto do estudo: a regulação do acesso ambulatorial no município estudado

A Divisão de Regulação Ambulatorial, Auditoria, Avaliação e Controle (Draac), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Diadema, foi criada com o objetivo de aperfeiçoar a utilização dos recursos de saúde existentes no município, promovendo os princípios da equidade e da integralidade do cuidado, entendendo a regulação da atenção à saúde como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações utilizado para ordenar, orientar, definir e intermediar, avaliar e monitorar a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde (DIADEMA, 2010).

O Complexo Regulador do Acesso da SMS, é composto pela Central de Regulação do Acesso Ambulatorial (incluída na Draac), pela Central de Regulação do Acesso a Urgências do tipo pré-hospitalar móvel (ou ainda, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), pela Central de Regulação de Urgência Inter-hospitalar, por uma Central de Regulação do acesso aos leitos e pela Central de Transporte Sanitário Ambulatorial.

A Central de Regulação do Acesso Ambulatorial (consultas médicas especializadas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) – foco deste estudo – busca, de maneira articulada, adequar a oferta de serviços de saúde à demanda gerada pela Atenção Básica (AB) à saúde e outros serviços da rede municipal, além de produzir a integração de todos os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde, por meio de fluxos capazes de garantir o acesso em tempo oportuno e seguro às tecnologias necessárias à sua assistência.

No período de 2008 a 2011, 100% do fluxo de solicitações de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico foi realizado por intermédio da Central de Regulação Ambulatorial. Todas as guias de solicitação de procedimentos de média e alta complexidade

provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ambulatórios de Especialidades municipais eram recebidas pela Central, avaliadas por equipe técnica composta por médicos e enfermeiros reguladores, que verificava e ponderava as necessidades baseadas nas justificativas apresentadas e autorizava (ou não) os procedimentos, priorizando os casos de acordo com os critérios estabelecidos nos Protocolos de Regulação do Acesso Baseados em Evidência vigentes até então. Os casos que demandavam complementação das informações cadastrais ou clínicas eram devolvidos para as unidades solicitantes para adequação das guias. Os casos classificados pós-avaliação dessa equipe técnica prosseguem para a equipe de agendamento, que utilizava a oferta disponibilizada pelos serviços de saúde de média e alta complexidade municipais e estaduais. Depois de agendadas, as guias retornavam às unidades solicitantes contendo as informações de agendamento e orientações para serem informadas aos pacientes. Esse processo logístico de entrada e saída de guias encontrava-se digitalizado por meio de um *software* criado na própria Central, o Reguladía.

## Uma estratégia governamental de base comunicativa: os ciclos de oficinas

Apesar da notável ampliação da oferta de serviços básicos em todo o País possibilitada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda se questiona a capacidade da AB à saúde de atuar como “centro de comunicação” (CECÍLIO, 2012, p. 2900) e “coordenação do cuidado” (MAGALHAES JUNIOR; PINTO, 2014, p. 16). Muitas e conhecidas razões poderiam ser apontadas para isso, entre elas, a incorporação de novas tecnologias ao setor da saúde como indutora de uma crescente demanda por serviços e tratamentos cada vez mais complexos

(STARFIELD, 2002). Somada a isso, a formação dos profissionais de saúde, totalmente desarticulada com a realidade da rede no SUS, dificulta ainda mais o processo de mudança do modelo assistencial (FORREST, 2002). Assim, pode-se contar com um cenário de possível baixa resolutividade na AB à saúde, que promove encaminhamentos em quantidades excessivas e de forma desqualificada aos serviços especializados, ocasionando filas de espera e insatisfação dos usuários.

No município de Diadema, a premissa básica do Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2009/2012 (DIADEMA, 2009) foi a reestruturação do modelo de atenção à saúde, com foco no fortalecimento da AB à saúde. Sabendo que a regulação do acesso à rede de atenção à saúde inicia-se nesse nível do sistema, foram realizados Ciclos de Oficinas de Regulação do Acesso Ambulatorial (DIADEMA, 2011), como uma estratégia governamental de base comunicativa (rodas de conversa), com o objetivo de estreitar os laços entre a gestão (regulação) e os profissionais de saúde da AB à saúde, na perspectiva de ampliar a participação e responsabilização das equipes de AB no processo regulatório.

O 1º Ciclo de Oficinas ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2008 e foi realizado em cada uma das 19 UBS da SMS de Diadema, tendo como público-alvo os médicos e gerentes das UBS. O enfoque dos encontros foi a problematização das ações regulatórias da SMS de Diadema, tendo como partida a apresentação da estrutura regulatória formal do município, seus fluxos e protocolos para encaminhamentos.

No 2º Ciclo de Oficinas, ocorrido entre março e maio de 2009, foram realizadas 21 oficinas em 19 UBS, totalizando 52 horas de encontros presenciais em pouco mais de um mês de atividades. O processo envolveu um total de 197 profissionais entre gerentes, médicos, enfermeiros e outros. Houve a participação de 65% dos médicos da AB no correr das duas oficinas. Na avaliação realizada após a oficina, a partir de

um questionário estruturado, e com 98% de adesão dos participantes, a nota média geral foi de 8,6. Mais de 95% dos profissionais consideraram pertinente a realização de novas oficinas, sendo que 61% julgaram a periodicidade ideal de três a seis meses.

Já no 3º Ciclo, realizado entre março e abril de 2010, foram realizadas 31 oficinas em 26 equipamentos de saúde municipais ambulatoriais (aumento de 27% com a inclusão dos Centros de Apoio Psicossocial e Centros Especializados), resultando em um total de 77,5 horas de ação *in loco* (aumento de 35% com relação ao segundo ciclo). Participaram 268 profissionais entre gerentes, médicos, enfermeiros e outros (aumento de 36% em relação ao segundo ciclo de oficinas). A nota média geral da avaliação foi de 8,8.

Em relação à dinâmica das oficinas, que pretendiam ser uma estratégia comunicativa da gestão visando melhorar a comunicação entre gestores e equipes locais, em particular com os médicos, o que pode ser dito é que os reguladores envolvidos na condução direta dos encontros nos ciclos de oficina atuaram, nas primeiras rodadas, como meros ‘apresentadores’ das propostas da gestão, reproduzindo o modo mais tradicional de fazer a gestão, segundo o qual espera-se uma postura de aceitação e passividade de suas propostas, pelo menos nos espaços públicos do que é posto pela gestão. Nos ciclos seguintes, a condução dos encontros se deu cada vez mais em rodas de conversa, e os mesmos apresentadores/‘condutores’ dos primeiros encontros (representantes da gestão) acabaram assumindo, pelos questionamentos, críticas e queixas dos médicos, uma nova postura, atuando mais como moderadores das discussões, abrindo-se, desse modo, para uma melhor escuta do que vinha das unidades básicas. As queixas dos médicos, muitas vezes duras, e motivo de discussões acaloradas, referiam-se tanto às condições de trabalho consideradas inadequadas como às difíceis relações com os especialistas, que não reconhecem o trabalho médico na AB.

Por isso é possível afirmar que as oficinas conseguiram um caráter progressivamente comunicativo à medida que os ciclos iam sendo realizados.

Analisar os principais desdobramentos dos ciclos de oficinas é o interesse maior do presente artigo.

## Metodologia

Tratou-se de pesquisa de caráter quantitativo, que tinha como objetivo principal analisar as possíveis contribuições de uma estratégia de gestão governamental de base comunicativa (oficinas técnicas sobre regulação do acesso), na tentativa de obter maior envolvimento e responsabilização da AB nos processos (micro) regulatórios para o acesso aos serviços de saúde ambulatoriais especializados do município de Diadema.

O estudo contemplou duas etapas. Na primeira, de caráter quantitativo, foram feitos levantamento e análise de relatórios gerenciais sobre regulação do acesso que possibilitassem caracterizar se os ciclos de oficinas técnicas sobre regulação do acesso, realizadas entre os anos de 2008 a 2011, impactaram no número de solicitações de procedimentos especializados oriundos da rede de AB. Na segunda etapa, procurou-se fazer uma análise mais qualitativa dos ciclos de oficina, em particular dos seus prováveis impactos nos processos de trabalho das unidades. Para tanto, foram realizados três grupos focais (um com médicos, um com gerentes de UBS e um com profissionais reguladores).

Como técnica de pesquisa qualitativa, o grupo focal coleta dados de modo a promover a interação entre os participantes e o pesquisador, a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos. Pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). O grupo focal é geralmente composto de seis a dez participantes que não sejam da mesma

família, mas que são selecionados por apresentarem certas características em comum associadas ao tópico que está sendo pesquisado. Barbour e Kitzinger (1999) recomendam que os participantes sejam indivíduos que convivam com o tema discutido e que tenham profundo conhecimento dos fatores que afetam os dados mais pertinentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob CAAE nº 00873812.6.0000.5505. Os participantes dos ciclos de oficina assinavam termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados do estudo foram utilizados para elaboração de dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da mesma Universidade.

## Resultados e discussão

Ao analisar as participações dos vários atores dos três grupos focais, pretendeu-se produzir uma ‘triangulação’ que possibilitasse responder às seguintes questões em relação ao ciclo de oficinas: Proporcionaram uma melhor compreensão a respeito do papel/limites/possibilidades por parte dos atores envolvidos no processo regulatório? Promoveram mudanças nas relações entre os atores da equipe de regulação com os médicos da AB à saúde? Aprimoraram as relações de confiança dos médicos com os gestores do SUS local, aumentando sua responsabilidade e protagonismo no processo regulatório?

Nos grupos focais, as perguntas disparadoras foram: ‘É possível identificar mudanças na regulação do acesso aos serviços após os ciclos de oficina realizados entre 2008 e 2011? Quais? Houve mudanças na comunicação entre os vários atores?’. No grupo focal com os médicos, também se perguntou: ‘você identifica mudanças nos seus processos de trabalho após o ciclo de oficinas de 2008 a 2011? O que mudou? Quais aspectos

da regulação poderiam ou deveriam ser alterados para facilitar o seu trabalho e o cuidado com seus pacientes?'.  
 Os três grupos focais foram registrados em meio magnético, transcritos e depois todo o conteúdo foi submetido à leitura em profundidade e organizado inicialmente nas seguintes categorias empíricas: 1. O médico como regulador e suas relações com os especialistas: a regulação profissional; 2. As mudanças nos processos de trabalho após as oficinas: a heterogeneidade das experiências locais; 3. As relações dos médicos com a gestão: entre a desconfiança e a cooperação; 4. O uso da informação para a regulação na atenção primária: muito aquém do necessário; 5. Muita coisa conspira contra a centralidade esperada para a rede básica no sistema de saúde.

No presente artigo, por exiguidade de espaço, as 'categorias empíricas' foram sintetizadas na forma de uma narrativa corrida dos pesquisadores, destacando-se os elementos mais importantes apreendidos quando da realização dos grupos focais.

A primeira etapa do estudo, de caráter quantitativo, buscou caracterizar o quanto os ciclos de oficinas resultaram, ou não, em menor número de encaminhamentos para procedimentos e serviços médicos especializados, considerando a hipótese de que os encaminhamentos realizados pelos médicos da rede de AB à saúde para procedimentos especializados seriam excessivos e desqualificados.

Observou-se que, após os três ciclos de oficinas de regulação do acesso, houve a redução de 18% de encaminhamentos da rede para consultas especializadas com relação ao total existente no ano anterior, e de 9% em relação aos exames de apoio diagnóstico do ano anterior, como pode ser visto na *tabela 1*.

Observou-se que, após os três ciclos de oficinas de regulação do acesso, houve a redução de 18% de encaminhamentos da rede para consultas especializadas com relação ao total existente no ano anterior, e de 9% em relação aos exames de apoio diagnóstico do ano anterior, como pode ser visto na *tabela 1*.

Tabela 1. Comparativo entre os totais de solicitações para procedimentos especializados realizadas pela rede de serviços de saúde municipal (períodos de 01 ano) e taxa de agendamento pré e pós ciclos de oficinas de regulação do acesso, 2008 a 2010, Diadema

Consultas médicas especializadas	Quantidade solicitada	Média mensal	Demanda reprimida	Taxa de agendamento na Draac
Período 29/09/2008 a 29/08/2009 (pré oficinas)	57.088	4.757	12.446	78%
Período 20/09/2009 a 20/08/2010 (pós oficinas)	46.591	3.883	8.808	81%
Variação entre os períodos	-10.497	-874	-3.638	4%
	-18%		-29%	
Exames de apoio diagnóstico	Quantidade solicitada	Média mensal	Demanda reprimida	Taxa de agendamento na Draac
Período 29/09/2008 a 29/08/2009 (pré oficinas)	76.894	6.408	25.225	67%
Período 20/09/2009 a 20/08/2010 (pós oficinas)	69.704	5.808	19.550	72%
Variação entre os períodos	- 7.190	-599	-5.675	7%
	-9%		-22%	

Fonte: DIADEMA, 2010.

Para Sobolev (2004), o acompanhamento do número de encaminhamentos constitui uma importante ferramenta para a gestão dos sistemas de saúde, uma vez que fornece informações para o planejamento e avaliação dos serviços.

Alguns fatores, como a formação do profissional da AB à saúde, a organização da estrutura dos serviços, as diferenças de morbidade da população, as características específicas de cada paciente e as diferentes práticas profissionais, influem na variação



das taxas de referência para atendimento especializado (FORREST ET AL., 2000).

Pode-se inferir que os ciclos de oficinas proporcionaram uma reflexão a respeito da utilização dos recursos especializados, na medida em que apresentaram aos profissionais o cenário de encaminhamentos, em grande parte excessivos e desqualificados, além de deixar mais claro o embasamento técnico e científico dos protocolos vigentes, o que pode ter sido um dos fatores que promoveram a redução do número de encaminhamentos a serviços especializados.

Além da caracterização quantitativa das possíveis contribuições do ciclo de oficina, era necessária uma abordagem mais qualitativa que proporcionasse uma melhor caracterização do quanto elas haviam produzido (ou não) transformações nos processos de trabalho das UBS no que se refere aos processos regulatórios. A realização de grupos focais com três grupos diferentes de atores (gerentes locais, reguladores e médicos) teve a intenção de caracterizar possíveis transformações a partir de três ‘olhares’ ou três ‘lugares de observação’ distintos, explorando-se a sua possível complementaridade. Como se verá na sequência, a ênfase na análise foi posta nas transformações percebidas pelos médicos, mas complementada com as observações de outros atores que participaram do estudo, membros da equipe da regulação municipal e os gerentes das unidades.

O encontro com os médicos propiciado pelo grupo focal permitiu que se caracterizasse um pouco melhor como este profissional, que ainda exerce papel central na construção do sistema de saúde, vive seu cotidiano nas equipes de saúde da família, produzindo sentidos para seu trabalho, situando-o dentro de uma rede mais ampla de relações, fundamental para o exercício de sua prática profissional, mas que muitas vezes lhe parece incompreensível e ‘irracional’.

O grupo focal mostrou que os médicos se veem como ‘reguladores’ na sua relação

com os usuários e com os médicos de outros pontos do sistema de saúde – por exemplo, quando os pacientes retornam do atendimento de urgência e emergência com pedidos de exames para serem ‘trocados’ na UBS, e cabe a eles a decisão sobre a necessidade e/ou adequação do pedido de encaminhamento. Ou seja, é elemento importante dos processos de microrregulação realizados pela AB à saúde, a ‘regulação’ do acesso para média e alta complexidade realizado pelo médico. A prática médica pode ainda ser vista como altamente autorregulada, isto é, realizada ainda com alto grau de autonomia, comandada por seu raciocínio clínico, pela formulação de hipóteses, avaliação de gravidade ou riscos inerentes à situação, com as consequentes condutas que o médico ainda adota de forma bastante independente e autônoma em relação às regras institucionais. É o exercício do ‘poder da caneta’ do prescritor. Nessa medida, a autorregulação própria do trabalho médico é componente importante a ser considerado nos processos microrregulatórios locais, e ela foi um foco importante de discussão, questionamento e reflexão nos ciclos de oficinas. Os médicos da AB à saúde percebem a Central de Regulação Ambulatorial Municipal como importante observatório da rede de atenção à saúde, na medida em que ela é capaz de produzir informações para subsidiar a tomada de decisão na gestão, como a necessidade de novas contratações, os processos educacionais em saúde necessários para a capacitação/atualização da rede assistencial, as necessidades e agravos da saúde da população para análises epidemiológicas, ou ainda, como fonte de *feedback* para a avaliação do trabalho do próprio profissional e da UBS. Portanto, foi possível perceber como os médicos reconhecem a Central de Regulação como um ‘lugar’ da gestão que exerce, ou pode exercer, influência importante no seu trabalho.

Alguns médicos da AB à saúde possuem bastante clareza da sua responsabilidade, mesmo que não exercida plenamente, na

coordenação do cuidado, que deve ser desempenhada na UBS, apesar das limitações que encontram no dia a dia do trabalho. As contribuições promovidas pelos ciclos de oficinas de regulação do acesso podem ser abordadas em vários sentidos: o primeiro é que, sem dúvida, propiciou aos profissionais das UBS maior aproximação com o tema regulação e os atores envolvidos neste processo (reguladores, gerentes), abrindo um canal sistemático de comunicação e provocando uma série de novas ideias, críticas e reflexões a respeito do assunto; o segundo, o fato de conhecer os profissionais reguladores, a logística do trabalho na regulação e as filas de espera, permitiu, às UBS, avaliar as potencialidades e limitações de uma Central de Regulação Ambulatorial Municipal e desmistificar a questão da regulação como um processo meramente burocrático, que se detém em pequenos detalhes e falhas nos encaminhamentos dos profissionais para dificultar o acesso dos usuários. As diretrizes para implementação de uma nova atribuição para as UBS, em particular a realização da gestão da fila ‘na própria UBS’, a partir da regulação das vagas, incluindo o agendamento de consultas sob critérios de prioridade adotados pelas equipes, reforçaram importante grau de autonomia local. Como consequência, este processo ‘mais solto’, que estimulou a autonomia dos arranjos locais, resultou em grande heterogeneidade nos modos de operação das várias unidades básicas, como pode ser claramente caracterizado nos grupos focais.

As mudanças percebidas pelos médicos, provocadas pelas oficinas, mas claramente potencializadas pelas descentralizações de agendamentos, foram muito diferentes a depender da unidade, variando desde ‘nenhuma mudança’ percebida nos processos microrregulatórios, até a instituição de processos de microrregulação bastante qualificados na UBS, envolvendo a equipe para a priorização dos casos e uma melhor coordenação do cuidado na rede de atenção (gestão de caso). Tudo isso mostrando o quanto uma

determinada política municipal acaba sendo retraduzida ou apropriada de modos bastante diferentes entre as várias equipes, evidenciando a dificuldade de obter uma efetiva capilarização das diretrizes planejadas em nível central para os profissionais da rede assistencial.

Teriam todos os médicos participado de todos os ciclos de oficinas? Seria mesmo necessária a participação plena dessa categoria para que ocorresse a implantação do novo modelo de trabalho? Qual o papel do gerente dessa UBS? E se novos profissionais – incluindo novos médicos – tivessem entrado na rede entre um ciclo e outro? Seriam necessárias mais oficinas com os reguladores de maneira mais rotineira para suprir a dinâmica das diretrizes da regulação do acesso do município? Apesar da crescente expansão das diferentes tecnologias de comunicação disponíveis, observa-se que os problemas de comunicação são uma constante nas instituições, sendo ainda mais evidentes na área da saúde, que depende muito da forte autonomia de seus profissionais para a implementação das diretrizes políticas. Como foi apontado anteriormente, os ciclos de oficinas cumpriram seu papel enquanto disparadores da reorganização dos processos de regulação na UBS, mas isso não ocorreu de maneira homogênea na rede.

Apesar de tudo, há que se apontar a falta de responsabilização de muitos profissionais da AB à saúde, como problematizado no grupo focal dos reguladores, em particular quando se observa o aumento e a desqualificação dos encaminhamentos, ocasionados pela facilidade de se obter as vagas para procedimentos especializados, tal como pretendido na descentralização da gestão das agendas. Tal fato observado em algumas unidades poderia ser explicado em razão de alguns médicos delegarem atribuições que lhes são próprias para profissionais sem a competência técnica exigida para avaliar e definir o risco dos pacientes encaminhados, no caso, os ‘administrativos’.

## Conclusões

Com relação ao agendamento realizado na UBS, havia uma expectativa da gestão de permitir que o paciente realizasse o agendamento do procedimento solicitado em tempo real (ou seja, após a consulta na unidade básica), podendo opinar sobre os melhores dias e horários para o agendamento, o que diminuiria os índices de absenteísmo e perda primária em consultas e exames especializados. Tal expectativa parece não ter se realizado plenamente. Entre as justificativas dadas para tais dificuldades, estão o número insuficiente de pessoal administrativo, a falta de equipamentos/instrumentais de trabalho, a falta de vagas em consultas médicas especializadas ou exames devido à 'nova fila' criada na UBS após a descentralização. Tudo isso levando-se a questionar se a oportunidade de agendamento mais facilitado na 'ponta' (a descentralização) pode ter produzido o efeito de mais prescrição sem tantos critérios pelo médico (e sem regulação centralizada ou mesmo local), o que acabou gerando uma nova demanda reprimida também nas unidades. Seria este um momento de transição que as unidades estariam vivenciando em busca do amadurecimento do processo da microrregulação? Até quando perduraria esta etapa para atingir o seu ponto de equilíbrio? Existe um cenário ideal?

A falta de oferta para consultas, exames e procedimentos especializados em tempo oportuno foi apontada pelos médicos, como não poderia deixar de ser, como um grande empecilho para o desenvolvimento de um cuidado integral e efetivo no SUS. Do mesmo modo, uma central de regulação só pode exercer efetivamente o seu papel, pautado pela equidade, se houver oferta disponível para atender a todas as solicitações em tempos clinicamente sustentáveis, mas tudo fica mais difícil quando é necessário lidar

com longas esperas ao acesso no SUS, e se perpetua um modelo de 'peneiramento' pelo caso mais grave e complexo, em prejuízo daqueles classificados como 'rotina' ou 'programado'. A baixa qualidade dos encaminhamentos e/ou solicitações, reconhecida pelos participantes do grupo focal dos médicos, foi um momento 'comunicativo' interessante ao permitir que os médicos da rede que participavam das oficinas conseguissem compreender um pouco melhor os constrangimentos e limites de atuação da equipe central de regulação. Outro ponto muito presente no grupo focal dos médicos foi o quanto eles se percebem como um profissional desvalorizado, sendo que a sua pouca valorização e a baixa autonomia de decisão clínica para os 'médicos do postinho' seriam fatores limitantes para sua plena atuação enquanto gestores plenos do cuidado das pessoas sob seus cuidados.

Diante do exposto, a avaliação final das contribuições dos ciclos de oficinas de regulação na rede pode ser considerada positiva, potencializada, e muito, pela descentralização dos agendamentos para as UBS, o dispositivo mais inovador adotado pela gestão municipal, mas ele próprio disparador de novos resultados, tanto positivos (maior autonomia e agilidade para as equipes locais) como negativos (excesso de encaminhamentos sem critérios ou 'abuso' no uso das vagas disponibilizadas). Tudo isso reafirmando como as diretrizes políticas de saúde emanadas pelo gestor sempre serão 'retraduzidas', desapropriadas pelas equipes locais.

Se, nos próximos anos, este estudo vier a ser replicado em formato semelhante, mantidas as diretrizes de uma política pública da regulação do acesso descentralizado, deparar-se-ia com avanços e outros novos desafios antes não pensados? A partir dos achados desta pesquisa, a resposta pode ser sim. ■

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1 ago. 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 1 dez. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 373 de 27 fev. 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em: 10 dez. 2015.
- CECILIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.
- CHEVALLIER, J. De quelque usage du concept de régulation. In: MIAILLE, M. *La régulation et le pouvoir politique*. Paris: L'Harmattan, 1995, p. 71-93.
- DIADEMA. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Plano Municipal de Saúde 2009-2012*. Diadema, 2009. Disponível em: <<http://observasaude.sp.fundap.sp.gov.br/Mcdiadema/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Forms/Ano%20do%20Documento.aspx?RootFolder=%2fMcdiadema%2fDocumentos%20de%20Gesto%20Municipal%2fPlano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%202009-2012&FolderCTID=0x0120006074279CCE319F4C8B48CE781C640664>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Relatório Anual de Gestão de 2009*. Diadema, 2009. Disponível em: <<http://observasaude.sp.fundap.sp.gov.br/Mcdiadema/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%20Diadema%202009.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Relatório Anual de Gestão de 2010*. Diadema, 2010. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Mcdiadema/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%20Diadema%202010.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Relatório Anual de Gestão de 2011*. Diadema, 2011. Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/RelatorioAnualdeGestao2011SMSDiadema.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- FERREIRA, A. Regulação em saúde e regulação das utilities: que diferenças? *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Lisboa, v. 3, n. 1 p. 42-52, 2004.
- FORREST, C. B. *et al.* Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Chicago, v. 5, n. 154, p. 499-506, 2000.
- FORREST, C. B. *et al.* Los medicos de familia británicos derivan a los especialistas la mitad de pacientes que los norteamericanos. *Gestión Clínica y Sanitaria de Barcelona*, Barcelona, v. 4, n. 4, 2002, p. 114.
- GAZIER, F.; CANNAC, Y. *Etude sur les autorités administratives indépendantes: études et documents*. Paris: Consul d'Etat, 1984. (Etudes et Documents du Conseil d'Etat, 35).
- IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.
- KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. Introduction: the challenges and promise of focus groups. In: BARBOUR R. S.; KITZINGER, J. (Ed.). *Developing Focus Group Research*. London: Sage. 1999, p. 1-20.

LAUWE, P. H. C. Régulation et transformation sociale. In: GADOFFRE, G.; LICHNEROWICZ, A.; PERROUX, F. (Org.). *L'idée de régulation dans les sciences*, Paris, Maloine-Doin, 1977, p. 49-58.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, 2014.

MIAILLE, M. Rapport de synthèse. In: \_\_\_\_\_. *La régulation entre droit et politique*. Paris: L'Harmattan, 1995, p. 263-272.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2000: Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde*. Genebra: OMS, 2000.

PRÉVOST, P. La régulation biologique: un concept intégrateur de la connaissance agronomique. *Le Courrier de l'environnement de l'INRA*, Paris, n. 39, p. 27-38, 2000.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SCHNEEBERGER, P. La place des modèles dans l'enseignement du concept de régulation. In: RUMELHARD, G. *La régulation en biologie: approche didactique: representation, conceptualization, modélisation*. Paris: INRP, 1994, p. 131-164.

SOBOLEV, B. G. *et al.* Priority waiting lists: is there a clinically ordered queue? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Oxford, v. 11, n. 4, p. 408-410, 2005.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: \_\_\_\_\_. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002, p. 207-245.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil

*Secondary dental care implementation in two municipalities in the state of Bahia/Brazil*

Thaís Regis Aranha Rossi<sup>1</sup>, Sônia Cristina Lima Chaves<sup>2</sup>

---

**RESUMO** O objetivo do estudo foi analisar a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em dois municípios com 100% de cobertura da Atenção Básica na Bahia. Desenvolveu-se análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. Os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo temática, tendo sido pautada teoricamente pelo postulado de coerência e triângulo de governo matusiano. A presente investigação apontou o protagonismo do governo local para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal. O propósito/projeto de governo e a capacidade de governo parecem ter sido as categorias mais relevantes.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação de serviços de saúde; Política de saúde; Serviços de saúde bucal; Planejamento em saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze the secondary dental care implementation in two municipalities in the state of Bahia State. It involved two case studies in municipalities, which had 100% primary care coverage. Data collection methods involved semi-structured interviews with informants, document analysis, and participant observation. Data were examined using thematic content analysis and was theoretically guided by coherence postulate and Carlos Matus' government triangle concept. The present study confirms the local government has an important role in a successful policy implementation with federal level formulation and induction. The government purpose/project and its ability seem to be the most relevant categories.*

**KEYWORDS** *Health services evaluation; Health policy; Dental Health services; Health planning.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.  
thais.aranha@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.  
schaves@ufba.br

## Introdução

A entrada da Saúde Bucal (SB) na agenda de prioridades do governo federal no Brasil ocorreu quase duas décadas após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (ambos de 1986), quando já se denunciava a precária situação de SB da população e os limites da atenção pública nessa área (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Em 2004, a publicação do documento 'Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal' aponta certa importância concedida ao tema no governo Lula, tendo sido considerada enquanto prioridade (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011; PAIM ET AL., 2011). Segundo seus formuladores, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) baseia-se em uma concepção ampliada de saúde e objetiva reorganizar os serviços odontológicos assegurando a integralidade das ações (PUCCA JR ET AL., 2009; PUCCA JÚNIOR, 2006).

Essa Política preconiza a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) como estratégia principal na oferta de Atenção Especializada (AE) no serviço público. Autores que analisaram como vem ocorrendo esse processo de implementação sugerem a ampliação do acesso e da oferta de ações e serviços especializados (ARAÚJO; MENEZES; SOUZA, 2012; FIGUEIREDO; GOES, 2009; PUCCA JÚNIOR, 2006). Algumas investigações apontaram que características, como a existência de serviços especializados anteriores à PNSB com funcionamento superior a um ano, porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal, estão relacionadas a um melhor desempenho dos CEOs no nível local (CHAVES ET AL., 2010; FIGUEIREDO; GOES, 2009), além de maior cobertura da Atenção Básica (AB) (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Nesses estudos, os municípios investigados não tinham 100% de cobertura populacional estimada da Estratégia Saúde da Família (ESF), e as possíveis lacunas encontradas muitas vezes estariam relacionadas a diversas barreiras na AB. Por outro lado, essas investigações têm feito suas análises sem aproximação com referenciais da ciência

política e sociologia. Estes referenciais permitem investigar aspectos importantes, como as características do governo local, para melhor compreender o processo de implementação de políticas de saúde (SOARES; PAIM, 2011). Ressalta-se a ausência de estudos que analisem a implementação dos CEOs sob esta perspectiva, seja em âmbito nacional ou local.

Nesse sentido, esta investigação justifica-se pela importância e originalidade de estudos que analisem as características de governo local e os resultados dos investimentos realizados na implementação dos CEOs no nível municipal.

Devido ao exposto, o presente estudo visou analisar a implementação da AE em SB, no contexto local, em dois municípios no estado da Bahia, Brasil.

## Metodologia

### Desenho de estudo

Foram conduzidos dois estudos de caso na Bahia no período entre 2010 e 2011. Inicialmente, foi feito o levantamento dos municípios da Bahia, nos quais existiam CEO e 100% de cobertura populacional estimada da ESF. Além disso, a Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde (Sesab) indicou os municípios considerados exemplares quanto ao desempenho do serviço especializado em SB. Os critérios de avaliação utilizados foram decorrentes das visitas técnicas realizadas pela referida Área Técnica da Sesab e da avaliação anual realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal/Ministério da Saúde (MS). Assim, foram definidos intencionalmente dois municípios, casos exemplares de porte populacional semelhante, ambos de médio porte. Os procedimentos para a produção de dados foram: a análise documental, a realização de entrevistas semiestruturadas e a observação participante descritiva (MINAYO, 2010). A observação participante descritiva foi realizada em todas as visitas. A pesquisadora fazia os registros em seu diário de campo.

Constituíram-se fontes de análise documental: o documento das diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, que norteia a organização das ações e dos serviços no âmbito estadual e municipal, e outras publicações do Ministério da Saúde que versaram sobre o tema; Plano Plurianual (PPA); Planos Municipais de Saúde (PMS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG); protocolos assistenciais municipais e conteúdo das atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) sobre o tema em questão.

Foram entrevistados 24 informantes-chave de ambos os municípios, definidos a partir do seu papel na gestão local ou atuação na assistência, a saber: 1 prefeito (a), 2 secretários de saúde, 2 coordenadores de SB e/ou do CEO, 8 cirurgiões-dentistas especialistas nos CEOs e 1 generalista da AB, 8 auxiliares de SB e 3 funcionários dos serviços. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2002).

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, nº 045/2010, e obteve fomento do edital DCIT/MS/Fapesb - PPSUS nº 6127/2010.

## Elementos teóricos

Este estudo baseou-se na articulação entre conceitos oriundos de distintas teorias no campo da política, planejamento e gestão em saúde.

A análise das características de gestão dos CEOs, em sua etapa de implementação do ciclo da política pública (PINTO, 2008), foi pautada teoricamente no ‘triângulo de governo’ matusiano e ‘postulado de coerência’ (MATUS, 1996; TESTA, 1992), utilizando-se contribuição de Vilasboas e Paim (2008).

O conceito de ‘triângulo de governo’ refere-se a três variáveis que conformam os vértices de um triângulo: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade (MATUS, 1996). Matus (1996) aborda que o projeto de governo seria um sistema propositivo ou conjunto de propostas de ações realizadas pela equipe dirigente no intuito de alcançar sua meta.

Testa (1992) afirma que os propósitos de um governo podem ser definidos enquanto legitimação, crescimento ou transformação. Articulando as duas teorias, entende-se o projeto de governo enquanto expressão do propósito de governo (MATUS, 1996; TESTA, 1992). Todavia, não são apenas as circunstâncias e interesse do ator que determinam o conteúdo propositivo de suas ações, mas também sua capacidade de governo. Esta refere-se à capacidade de condução, gerência ou administração e refere-se a técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social quanto aos seus propósitos.

O terceiro vértice do triângulo de governo se refere à governabilidade de um sistema na qual se expressa o poder que determinado ator tem para realizar seu projeto. É uma categoria relativa a um determinado ator, às demandas e exigências que o projeto de governo impõe a ele e à sua capacidade de governo (MATUS, 1996).

Os métodos de governo representam a formalização de uma boa prática, baseada implícita ou explicitamente em uma teoria eficaz. No que tange à organização, quanto à relação de coerência, esta será determinada pelo propósito de governo e pelo método. Para Testa (1992), a organização constitui-se ‘uma cristalização da história’. A análise de organização em um dado momento retrata indiretamente outras determinações advindas do passado, juntamente com as atuais.

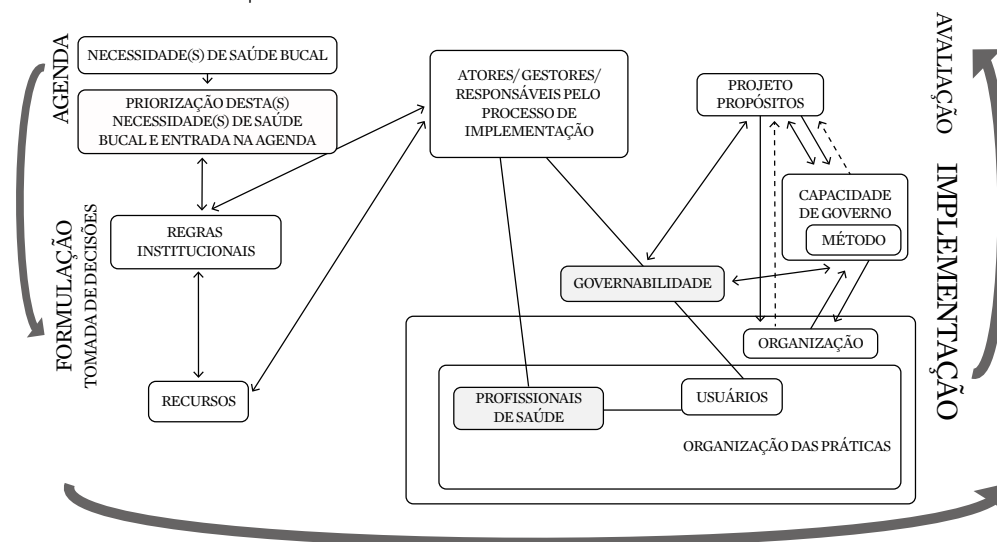
Esse conjunto de referenciais teóricos para análise da implementação da PNSB no nível local está representado no *quadro 1* e na *figura 1*. A figura expressa especialmente a etapa de implementação do ciclo da política de SB, bem como quando uma necessidade de SB foi reconhecida e entrou na agenda no nível local. Após entrar na agenda, a política foi formulada segundo regras institucionais. Nessa etapa do ciclo, a análise dos recursos é fundamental para uma implementação adequada. Na terceira etapa, os atores locais exercem papel central, sendo o governo municipal protagonista da implementação (CECILIO ET AL., 2007).



Quadro 1. Matriz de análise das características de gestão dos CEOs em dois municípios das Bahia, 2011

Categorias de análise	Principais questões norteadoras	Fontes de verificação
Projeto de Governo e Propósitos	Quais os antecedentes no município até a formulação do projeto para a implementação do CEO? Havia recursos necessários para implementação satisfatória? Os objetivos e diretrizes propostos são coerentes com a proposta de governo municipal e com as diretrizes nacionais? A formulação do projeto para implementação no município apresenta objetivos, metas e direção claros? Os objetivos explicitados em planos, documentos ou discurso da equipe dirigente expressam suficiência e coerência com intenções de manutenção, crescimento ou mudança da situação de SB?	Análise documental de planos, programas, projetos, relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
Capacidade de Governo e Método	Qual a descrição do perfil profissional, tempo de serviço dos membros entrevistados? Qual a visão da equipe sobre imagem-objetivo do CEO? Como se deu o processo de implementação? Como a equipe de SB organiza suas atividades individual e coletivamente? Quais as práticas de gestão utilizadas pela equipe dirigente de SB? Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação? Como as decisões sobre a implementação dos CEOs foram tomadas? Quem decide? Com qual informação?	Entrevista com prefeito, secretário de saúde, coordenador de SB/CEO e profissionais da assistência (Cirurgiões Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal e funcionários).
Governabilidade	Qual a autonomia da equipe de gestão da SB no município? Qual a relação dessa equipe de gestão de SB dentro da SMS?	
Organização	Quantidade de profissionais, ações desenvolvidas, oferta/utilização e estrutura física do serviço. Quais mudanças organizacionais foram exigidas pela implementação do serviço de Atenção Especializada em SB?	

Figura 1. Marco teórico referencial do ciclo da política de saúde bucal no contexto local.



Fonte: Adaptado de Vilasboas & Paim.

Notas: Referenciais teóricos: Ciclo da política pública; Triângulo de governo matusiano e Postulado de Coerência.

## Resultados

### Município A: seta na direção do alvo

Nesse município, a equipe gestora da SB – secretário de saúde e coordenador da SB/

CEO – era composta por sanitaristas com experiência prévia na gestão pública da saúde. A prefeita era pedagoga, com mestrado em educação. O projeto do CEO entrou na agenda do governo municipal após conferência municipal de saúde e análise dos resultados do

inquérito epidemiológico em SB realizado pelo próprio município em escolares no ano 2000. O projeto foi formulado pela coordenadora de SB, apresentado ao secretário e ao gestor municipal antes de ser encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Esse projeto passou por discussões e aprovação no CMS, assim como com profissionais da SB do município. Houve cálculo técnico-político para construção de viabilidade de implementação do projeto tendo em vista que, na tomada de decisão para implementação do serviço, aliou-se estratégia de formalização em relatório pelos profissionais da enorme demanda de usuários encaminhada a outros municípios devido à ausência de oferta procedimentos especializados. Essas informações eram apresentadas periodicamente ao

secretário de saúde, que, por sua vez, levou o projeto à prefeitura.

Os gestores da SB afirmaram ter sido realizada uma análise dos recursos necessários à implementação do CEO, além de ter contado com o recurso disponibilizado pelo Ministério da Saúde. O CEO foi implementado no ano de 2006.

Na análise do Propósito e Projeto de Governo, os documentos oficiais mostraram coerência entre propostas e ações, ainda que com alguma divergência entre o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 e RAG 2010 (*quadro 2*). Nesse PMS, não se constataram metas para o CEO especificamente, apesar dos relatórios de gestão 2009 e 2010 apontarem perspectivas de ampliação do serviço para CEO tipo II (*quadro 2*). Essa ampliação também esteve presente na narrativa dos entrevistados.

Quadro 2. Propostas e ações constatadas na análise documental, município A, PPA e PMS, período 2006 a 2013, e RAG 2007 a 2010

Propostas/Estratégias pelos PMS e PPA	Descrição/Ações realizadas pelos RAG
	<p>O CEO está descrito no capítulo da AB.</p> <p>Aplicação do recurso de R\$112.200,00 no CEO.</p> <p>2007 Incremento de 54,47% nas ações especializadas em odontologia. Após da implantação do CEO, foi promovido pela Coordenação de Saúde Bucal um curso sobre diagnóstico de lesões bucais destinado aos profissionais das equipes de SB e do CEO.</p>
2006-2009 PMS	<p>Estratégia de ação para o problema de alta prevalência de cárie dental e outras patologias orais na população: Implementação da cobertura de assistência odontológica básica e especializada.</p> <p>Estratégia de ação para o problema: dificuldade de acesso ao atendimento odontológico nas unidades de saúde do município.</p> <p>Implantar o Centro de Especialidades Odontológicas.</p> <p>2008 CEO descrito em um capítulo específico de SB. A implantação do CEO foi apontada com principal realização do período de 2005 a 2008. Durante o ano de 2008, foram realizados 20.392 procedimentos no CEO, e 5.421 pacientes foram atendidos nas especialidades endodontia, cirurgia oral menor, periodontia e pacientes especiais. Aplicação do recurso de R\$60.000 no CEO, com exceção dos gastos com pessoal.</p>
	<p>2009 CEO descrito em capítulo específico de SB. CEO implantado com aplicação de R\$85.800, fora gastos com pessoal. Em uma parceria com a Área Técnica de Saúde Bucal da Sesab, foi realizada uma especialização em Periodontia Básica e Especializada, em que o município serviu de piloto neste tipo de curso. Reforma na estrutura física do CEO. Durante o ano de 2009, foram atendidos 4.310 pacientes. Enquanto perspectiva para o futuro, foi apontado credenciamento de CEO tipo II, com a inclusão de mais um consultório odontológico.</p>
2010-2013 PMS	<p>Doenças bucais não foram apontadas como problema do estado de saúde da população. Não houve menção às ações especializadas especificamente em SB.</p> <p>2010 Durante o ano de 2010, foram atendidos 3.491 até o mês de setembro de 2010. Realização de Seminário do Curso de Periodontia. Perspectiva de credenciamento de CEO tipo II e implementação de laboratório de prótese dentária descrita no RAG; Aplicação do recurso de R\$66.000,00 no CEO, com exceção dos gastos com pessoal.</p>
2010-2013 PPA	<p>Programa de manutenção do CEO com ações para aumentar a oferta de atendimento odontológico especializado e garantir o acesso à SB dos pacientes com necessidades especiais.</p>

A prefeita relatou que a manutenção e ampliação do CEO fizeram parte do seu projeto de governo na campanha para sua reeleição exitosa e estavam contidos nas diretrizes do governo atual. Quanto aos propósitos de governo, os atores destacaram em seus discursos o propósito de crescimento para a atenção à SB.

*Nossa ideia é que possamos ampliar para o CEO II, ampliar a possibilidade de serviços, prótese também, ampliando isso para que possamos oportunizar a população esse acesso gratuito a um serviço que até então é um serviço caro, e [...] acaba cumprindo o papel do serviço público que é atender a população mais carente. (Prefeita).*

Destaca-se, assim, a ausência do propósito de transformação tendo em vista que a principal gestora compreende o serviço público, como o Sistema Único de Saúde (SUS), para pobres (PAIM, 2009). Ainda assim, o investimento no CEO tornou-se fonte de legitimação política da administração municipal, o que tem garantido um propósito de crescimento. A formação sanitarista da coordenadora de SB, enquanto componente da capacidade de governo, foi um aspecto importante no êxito da organização do serviço. No estudo da sua capacidade de governo e método, observou-se insatisfação pela sobrecarga de trabalho. Isso se traduz na fala do ator pela autodenominação de 'EUquipe de Saúde Bucal'. Verificou-se precarização do vínculo de trabalho não só da coordenadora como também dos profissionais da SB.

*'Euquipe'. É assim, nós 'euquipe' de Saúde Bucal [...] Eu resolvo as coisas aqui levo para secretário e para coordenadora de AB. [...] eu não tenho nenhuma pessoa, tudo sou eu: do material de limpeza, ao material odontológico, do CEO e da SB, tudo é comigo. (Coordenadora SB/CEO).*

Essa coordenação era responsável pela manutenção e funcionamentos dos consultórios

e equipamentos odontológicos, acompanhamento da licitação, supervisão do trabalho da equipe assistencial, liderança no planejamento das ações, monitoramento da oferta/utilização do serviço e avaliação.

Identificou-se distintas práticas de planejamento com base nas narrativas dos entrevistados, como o cálculo técnico político para construção de viabilidade (VILASBOAS; PAIM, 2008) do projeto de implementação do CEO, planejamento para ações de AB e especializada e elaboração do plano municipal de saúde. A gestora da SB possuía alta capacidade de governo não apenas pela sua capacidade de condução do projeto da SB, mas também pela sua experiência na gestão, pela utilização de protocolos assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas habilidades no controle do processo de trabalho, constatadas na observação participante, na análise dos documentos e pelas entrevistas com gestores e profissionais. Os profissionais de SB da assistência referiram participar da tomada de decisão quanto ao seu trabalho.

O apoio político do governo municipal ao projeto do CEO foi fundamental para a implementação exitosa do serviço. Entretanto, observou-se baixa governabilidade da gestão dos recursos humanos tendo em vista que a contratação de pessoal era fruto de indicações políticas. A estrutura predial era própria, tendo sido adquirida pela prefeitura para implementação do serviço.

### **Município B: o serviço refém da crise de gestão**

No município B, o coordenador SB/CEO tinha dupla inserção, um consultório particular na cidade e exercia o cargo de gestor de SB há mais de dez anos. O secretário era administrador e, devido ao bom desempenho como secretário na pasta de Planejamento e Fazenda, foi direcionado para a SMS. A prefeita era pedagoga. O projeto do CEO entrou na agenda do governo municipal por uma indicação da então secretária de saúde, após

ter participado de uma palestra do MS sobre o CEO. Após o descrito, essa gestora solicitou a formulação do projeto ao coordenador de SB e o levou à aprovação da prefeita, antes de encaminhá-lo à CIB. O projeto para o CEO nesse município não foi fruto de uma construção coletiva de um grupo de atores, tendo contado com recurso para implementação disponibilizado pelo nível federal e implementado no ano de 2006.

No município B, não houve análise prévia de recursos nem planejamento sistemático para implementação do serviço (MATUS, 1996). O requisito de sistematicidade no planejamento refere-se àquele que segue corpos ideológicos, teóricos e metodológicos que apóiam o “cálculo que precede e preside a ação” (MATUS, 1996, p. 17.). Apesar de o gestor ter afirmado que não houve estratégia de implementação, ao se presumir a inevitabilidade do planejamento e por compreender estratégia enquanto maneira de se colocar em situação para se aproximar e alcançar a meta, pode-se afirmar que esse ator é um improvisador errático (MATUS, 1996), pois “atua conforme as circunstâncias e segundo um cálculo imediatista que estabelece coerência entre ideologia, teoria e métodos que apóiam seu cálculo” (MATUS, 1996, p. 55-56).

A análise dos documentos cedidos, das entrevistas e dos dados oriundos da observação participante mostra disparidade entre propostas e ações executadas no município estudado na variável Propósito e Projeto de Governo. Não havia propostas para AE no município B nos PMS, todavia no PPA 2010-2013 constava como ação o funcionamento do CEO (*quadro 3*). Os RAG analisados e as entrevistas revelam a implementação do serviço com posterior ‘ascensão’. Essa ‘ascensão’ foi caracterizada pelo aumento da produção, ajuste da carga horária de profissionais com vistas ao cumprimento de portaria ministerial, contratação de especialistas, ajustes da infraestrutura, contratação de gerente para o CEO, atividades de educação em SB, aquisição de equipamentos e instrumentais (*quadro 3*). Posteriormente a essa etapa de ascensão, foi relatado um declínio, levando o serviço do status de ‘referência na região’ para ‘não exitoso’. As narrativas dos entrevistados apontaram que o anúncio de cortes de gastos na saúde deveu-se à derrota em “*disputa territorial envolvendo petróleo*” com município vizinho. Todavia, muitos afirmaram que o CEO foi o alvo dos cortes mais severos de recursos financeiros, com diversas ameaças de fechar o serviço.

Quadro 3. Propostas e ações constatadas na análise documental, município B, PPA e PMS, período 2006 a 2013, e RAG 2007 a 2010

Propostas/Estratégias nos PMS e PPA	Descrição/Ações realizadas nos RAG
2006-2009 PMS	2007 Descrição das atividades do Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e serviço de radiologia no capítulo de média complexidade. Apresentação do número de procedimentos realizados de janeiro a dezembro de 2007
	2008 Descrição das atividades do CEO, LRPD e serviço de radiologia no capítulo de média complexidade. Ressaltou-se a importância das reabilitações protéticas no CEO. Citaram-se necessidades de melhorias na infraestrutura; aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos; contratação de 7 dentistas para cumprimento da Portaria GM 51/2004; contratação de Auxiliares em Saúde Bucal e Técnicos em Prótese Dentária. O CEO serviu de campo de estágio para um curso de Técnicos em Saúde Bucal. Profissionais do CEO participaram do curso de controle de infecções. Apontaram-se entraves na manutenção dos equipos odontológicos. Descrição de procedimentos realizados no ano de 2008, em comparação com aqueles realizados no ano de 2007. Citam-se aumentos que variam de 3% a 235%, nas diversas especialidades, a exemplo de radiologia e periodontia respectivamente.
	2009 No segundo semestre, ocorreu suspensão dos procedimentos de prótese; demissão e diminuição da carga horária de profissionais. Citou-se que esses fatores acarretaram a diminuição da produtividade, contudo ainda assim se considerou o número de procedimentos realizados satisfatório.
2010-2013 PMS	2010 A implementação do CEO, desde 2006, representou a consolidação das ações de odontologia, o que proporcionaria continuidade da assistência e resolutividade à maioria dos problemas de SB da comunidade, culminando, também, na melhoria da autoestima e qualidade de vida das pessoas. Produtividade alcançada em 2009 considerada satisfatória com relação ao ano anterior. Doenças bucais não foram apontadas como problema do estado de saúde da população. Compromisso da gestão municipal em reorganizar a rede assistencial de SB voltada para AB. Não constam metas para Atenção Especializada. AE descrita juntamente com Atenção Básica no capítulo da AB. Oferta reduzida de profissionais no CEO, ausência do profissional periodontista. Queda no perfil da produtividade e distanciamento das metas propostas por portaria do MS.
2010-2013 PPA	2010 Foi apontado que para cumprimento das metas seriam necessários: aquisição regular de materiais de consumo, manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos odontológicos, aquisição de equipamentos, instrumentais e materiais para atividades educativas, contratação do periodontista e aumento da carga horária dos outros profissionais, programação de levantamento epidemiológico de SB no município. Consta na diretriz estratégica de 'fortalecimento da prestação de serviços públicos de saúde através de uma gestão democrática e participativa' a ação de funcionamento do CEO com a finalidade de promover tratamentos odontológicos de média e alta complexidade.

Ademais, percebeu-se uma visão do serviço público de saúde enquanto 'SUS para pobres' (PAIM, 2009). No discurso do secretário de saúde do município B, é citado um cidadão que vai à procura do serviço público por não

lhe restar outra opção e um Estado que 'unilateralmente' oferece condições mínimas para prestação do serviço e ameniza os problemas de saúde para manter a reprodução social. Permeou a fala dos odontólogos

e Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs) uma grande desmotivação pelo ‘descaso’ da administração com o serviço. Muitos afirmaram que o serviço mantinha-se funcionando pelo apoio e esforço mútuo dos profissionais, que, a exemplo do endodontista, quando não existia lençol de borracha para efetuar os tratamentos endodônticos, utilizava uma luva de procedimentos como seu substituto. Os profissionais referiram não participar das decisões relativas ao seu trabalho.

*Às vezes dizem assim: ‘Não é Dr. X o coordenador, a coordenadora é você, porque você resolve tudo! Você faz tudo’. Agora uma questão que incomoda é a seguinte: ‘Você faz tudo, seu trabalho é ótimo’, e não recebe salário suficiente por isso” (Auxiliar de SB). “O problema maior é a falta de condição de trabalho, porque estamos sem nenhuma proteção, tomando a radiação toda. O coordenador nunca nos procurou e nós não procuramos o coordenador. É um cargo de fachada. (CD Endodontista).*

Apesar de todos os governos buscarem legitimação como propósito de permanência no poder, a SB não se constituiu fonte de legitimação para a política local nesse município, pois se constatou secundarização desse segmento da saúde nos PMS e RAG, nas entrevistas e na observação participante. Quanto à capacidade de governo e método, nenhum dos gestores da SB possuía formação sanitária nesse município. O coordenador tinha um cargo de confiança comissionado na gestão da saúde, e os profissionais de SB eram concursados.

As atividades do coordenador situavam-se principalmente no âmbito de resolução de problemas técnicos e funcionamento dos equipamentos odontológicos. O coordenador SB/CEO interagia com mais frequência com o secretário de saúde e com a ASB/recepcionista, que exercia efetivamente a gerência do CEO, mas declarava não ser remunerada pelas funções que exercia. Esse gestor mostrou baixa capacidade de governo.

No município B, inicialmente, a área de SB detinha boa governabilidade que não foi acumulada nos anos seguintes com a crise ‘financeira’ da gestão. A mesma gestão municipal responsável pela implementação do CEO foi reeleita e permanecia na administração municipal até o período do estudo.

Observou-se baixa governabilidade da coordenação SB/CEO quanto à administração dos recursos financeiros, contratação de pessoal e compra de material. As evidências ratificam que a governabilidade de um sistema é menor se o ator tem baixa capacidade de governo, sendo também muito influenciada pela fragilidade no projeto. O espaço apresentava sinais de deterioração, sem perspectivas de reforma.

## Discussão

O presente estudo revelou que, em ambos os municípios, o governo local desempenhou papel fundamental na implementação de uma política de saúde; achado semelhante ao de um estudo sobre a implementação da PNSB em Salvador (BA) e estudos sobre a gestão descentralizada no Brasil (SOARES; PAIM, 2011; COELHO; PAIM, 2005).

As primeiras etapas do ciclo da política pública, ou seja, o processo de entrada na agenda e formulação (PINTO, 2008), mostraram relevância para o êxito ou não da implementação. Assim, quando a entrada na agenda e formulação foi produto da ação política de um grupo de atores, houve maior possibilidade de êxito na implementação.

Estudo aponta que a indução de políticas e recursos federais, como a PNSB, é fator fundamental para que os governos locais assumam o papel de provedores de serviços sociais universais no Brasil (SOUZA, 2004). No entanto, a autora questiona sua sustentabilidade e trajetória futura devido à capacidade de governo desigual dos diferentes municípios brasileiros.

A capacidade de governo e método utilizados pelo ator influenciaram a implementação exitosa do CEO no município A. Constatou-se centralização de funções e sobrecarga de trabalho do coordenador de SB/CEO, cargo exercido por apenas um odontólogo em ambos os municípios. Estudo que analisou a capacidade de governo em uma Secretaria Estadual de Saúde também abordou a sobrecarga da equipe e centralização de funções como entraves à capacidade de governo (SAMPAIO ET AL., 2011). Testa (1992) aborda a necessidade de autocritica do método e que este deve seguir a teoria do problema a ser resolvido. Nos municípios estudados, a coordenadora do município A utilizava instrumentos de gestão preconizados pelo MS, bem como existiam protocolos assistenciais que norteavam as práticas dos Cirurgiões Dentistas (CDs). No município B, o discurso contemplava, enquanto teoria, as diretrizes preconizadas pelo MS, entretanto não se constatou a utilização de instrumentos de operacionalização.

Esses achados corroboram um estudo que analisou as características do gestor municipal na implantação do SUS (CECILIO ET AL., 2007). O trabalho evidenciou uma baixa capacidade para formular, implementar e avaliar políticas municipais de saúde. A grande rotatividade de gestores municipais, composição limitada da equipe de governo, sobrecarga de atividades e contexto político local com baixa governabilidade foram aspectos críticos para a implementação de uma política de saúde (CECILIO ET AL., 2007).

A construção do processo decisório, como ocorrido no município A, esteve relacionada ao êxito na implementação do serviço. No município B, as decisões tomavam o caminho clássico, no qual a hierarquia maior decidia e a hierarquia menor executava ou mandava executar (COELHO; PAIM, 2005). Outros autores corroboram as evidências do presente estudo ao apontarem que a existência de um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade de governo e governabilidade

para sua implementação constituíram-se aspectos favoráveis que podem ter influenciado no melhor desempenho de ações específicas de SB (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

A debilidade da organização no município B, a precariedade do método e um propósito de governo de conservação, aliados às ausências de articulação das variáveis que compõem o triângulo de governo, parecem ter influenciado o insucesso na implementação. O método mantinha coerência com o propósito de conservação, e a organização dos serviços de saúde mostrou-se um reflexo da estrutura organizacional maior.

A governabilidade do sistema não é indiferente à capacidade de governo nem às profundidades das mudanças pretendidas pelo projeto de governo (MATUS, 1996). Nesse estudo, os dois atores apresentaram governabilidade restrita mesmo com desfechos distintos quanto à implementação do CEO. Pode-se afirmar que a governabilidade foi ainda menor quando o ator possuía baixa capacidade de governo, sofrendo influências pela fragilidade no projeto de governo que expressava 'conservação' ou legitimação (TESTA, 1992). Em uma outra perspectiva, em situações nas quais o propósito de governo visou crescimento, exigiu-se do ator maior capacidade de governo onde a governabilidade esteve reduzida, como no município A.

O propósito/projeto de governo e a capacidade de governo parecem ter sido as categorias mais relevantes que explicaram as principais diferenças no momento da implementação da política nacional no nível local.

Por fim, a presente investigação ratifica o protagonismo do governo local para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal, como a PNSB. Aponta-se que, para o êxito das políticas públicas de saúde e o bom desempenho dos serviços de saúde, a gestão exerce um papel central. Nesse sentido, corrobora-se Paim *et al.* (2011) quando afirmam que o maior desafio para o Sistema Único de Saúde é político. ■

---

## Referências

- ARAUJO, D. B.; MENEZES, L. M. B., SOUZA, D. L. Secondary dental care and implementation of specialized dental clinics in a state in Northeast Brazil. *RGO*, Porto Alegre, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.
- CECILIO, L. C. O. *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *RECIIS*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, 2007.
- CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Oral health care and health decentralization in Brazil: two case studies in Bahia State. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, 2007.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.
- COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, 2005.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-67, 2009.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 2. ed. Brasília DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1996.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, may 2011.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo da política. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 12, p. 27-36, 2008.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Oral Health Policies in Brazil. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 23, p. 9-16, 2009.
- SAMPAIO, J. *et al.* Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011.
- SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.
- SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.
- TESTA, M. *Pensamento Estratégico e lógica de programação: o caso da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, 2008.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
 Versão final em setembro de 2015  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve



# A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil

*Contracting as a management tool of Primary Health Care in the perception of professionals of the Municipal Health Department of Curitiba, Brazil*

Rafael Gomes Ditterich<sup>1</sup>, Thabata Cristy Zermiani<sup>2</sup>, Simone Tetu Moysés<sup>3</sup>, Samuel Jorge Moysés<sup>4</sup>

**RESUMO** Objetivou-se analisar o uso da contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde no município de Curitiba. A metodologia consistiu na análise dos dados secundários, produzidos pelo Banco Mundial em pesquisa realizada em 2005, referentes à gestão dos cuidados primários à saúde. A contratualização foi considerada importante na organização do processo de trabalho, sendo útil para a identificação e solução de problemas, para o estabelecimento de prioridades e de compromissos mútuos entre os profissionais, os gestores e a população. No entanto, há ainda lacunas na efetivação da gestão pactuada e no processo de negociação das metas.

**PALAVRAS-CHAVE** Contratos; Atenção Primária à Saúde; Gestão em saúde; Negociação.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze the use of contracting as a tool for the management of Primary Health Care in the county of Curitiba. The method used was the analysis of secondary data, produced by the World Bank on research conducted in 2005, regarding the management of primary health care. The contracting was considered important in the organization of the work process, being useful for identifying and solving problems, to establishing priorities, and mutual commitments between professionals, managers and the public. However, there are still gaps in the fulfillment of the agreed management and in the process of negotiation of goals.*

**KEYWORDS** *Contracts; Primary Health Care; Health management; Negotiation.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.  
prof.rafaelgd@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.  
thabata.cristy@hotmail.com

<sup>3</sup>Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba (PR), Brasil.  
simone.moyses@pucpr.br

<sup>4</sup>Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba (PR), Brasil.  
s.moyses@pucpr.br

## Introdução

A contratualização em saúde é um tema importante nas agendas de discussão em âmbito nacional e internacional (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Vários países, tanto de orientação bismarckiana como Beveridgiana adotaram diferentes processos de contratualização a fim de propiciar maior efetividade dos cuidados à saúde e maior eficiência no uso dos recursos. Como exemplos, podem ser citados a Austrália, o Canadá, a Espanha, o Reino Unido, a Holanda, a Alemanha e a França (ESCOVAL; RIBEIRO; MATOS, 2010). Portugal já propunha mudanças em seu processo organizacional e a negociação de metas desde 1996. No entanto, foi a partir de 2005, com o projeto de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiares em Portugal que os mecanismos de contratualização foram de fato instituídos (NEY; PIERANTONI; LAPÃO, 2015).

No Brasil, sobretudo após o ano de 1990, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) impôs a busca por novas formas de gestão em saúde. As instâncias deliberativas/executivas passaram por um processo de descentralização e as decisões foram deslocadas para os níveis locais. Integrando o repertório dos mecanismos de gestão em saúde, algumas cidades e estados no Brasil implantaram o processo de contratualização, o qual tem sido empregado tanto no setor hospitalar como na atenção primária. Também tem sido uma ferramenta bastante utilizada nas parcerias com o terceiro setor, como verificado entre as Organizações Sociais (OS) e o governo na gestão de diversos hospitais, sendo que, atualmente, passaram também a ser celebrados com a administração direta, nas pactuações internas em secretarias e órgãos dos governos municipais e estaduais (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Nesse sentido, ressalta-se o entendimento explicitado na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), segundo o

qual é necessária a criação de mecanismos formais de contratualização que abranjam todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde a fim de que se tenha uma gestão eficaz, eficiente e qualificada.

Em estudos de Costa e Silva (2014) são apresentados quatro dispositivos de contratualização no Brasil: o contrato interno estabelecido entre uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), unidades de saúde e equipes pertencentes à administração direta, com destaque ao município de Curitiba (PR), que o instituiu de forma inovadora em 2002, e Belo Horizonte, em 2011; o contrato de gestão entre a Fundação Estatal de Saúde da Família (Fesf-SUS) na Bahia, vinculado à administração indireta e os municípios deste estado a ela associados; o contrato de gestão estabelecido entre Secretarias de Saúde e Organizações Sociais, como aqueles implantados no estado de São Paulo e do Rio de Janeiro; e o contrato interno entre municípios e governo federal na esfera do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído em 2011.

Em todas as situações discriminadas, o processo de contratualização tem por objetivo propiciar melhorias na saúde da população, atendendo de forma efetiva as suas necessidades; obter um controle sobre as despesas de origem pública com a saúde, alcançando maior eficiência na gestão dos recursos; coordenar as ações das partes envolvidas, assegurando que os compromissos sejam cumpridos; além de disponibilizar informação aos cidadãos (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, pode ser definida como um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, fundamentado em uma filosofia contratual, em que há uma clara ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados. Esse processo se fundamenta na autonomia e responsabilidade das partes e na existência de um sistema de informação que possibilite o planejamento e a avaliação de forma

eficaz, sendo objetos de contrato as metas de produção, acessibilidade, qualidade e eficiência (FREITAS, 2002 APUD ESCOVAL, 2003). Araújo (2010) ressalta que, para a efetivação desse processo, devem ser estabelecidas metas, que orientem a ação da gestão; meios, que criem condições para o alcance das metas; controle, permitindo o acompanhamento do processo e da alocação de recursos e a avaliação da implantação das ações; e os incentivos, que mobilizam o comportamento humano em direção aos objetivos propostos.

O documento assinado pelas partes que viabiliza essa forma de atuação estatal pode receber várias denominações, como contratos de gestão ou termos de compromissos. Ressalta-se, ainda, que eles podem ser classificados como contratos endógenos ou exógenos. Os primeiros são aqueles em que o 'contratante' e o 'contratado' são instituições/entidades estatais, como os contratos que secretarias municipais de saúde estabelecem com suas unidades de prestação de serviços ou com unidades administrativas desconcentradas (COSTA E SILVA, 2004). Por outro lado, os contratos exógenos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como instituições públicas não estatais, instituições privadas filantrópicas ou lucrativas (MENDES, 2002).

Escoval, Ribeiro e Matos (2010), ao analisar o processo de contratualização na Atenção Primária à Saúde (APS) em diversos países, constataram que se trata de um instrumento necessário para o alcance de maior eficiência, acesso mais amplo aos serviços de saúde, prestação de cuidados com maior qualidade, com enfoque na prevenção e na promoção da saúde. Entretanto, ainda há algumas falhas, entre elas, a falta de orientações claras e adequadas por parte do governo, a dificuldade em conciliar metas predefinidas ao orçamento da saúde, a desarticulação entre orçamento e execução financeira, a falta de um programa de reestruturação organizacional

e a capacitação insuficiente dos profissionais envolvidos (ESCOVAL, 2010).

Freitas e Escoval (2010) apontam a necessidade de blindar o sistema à volatilidade do sistema político, uma vez que o ciclo de vida político é efêmero para a produção de efeitos das reformas estruturais. Nesse sentido, esses contratos devem instituir mecanismos de participação social, propiciando a transparência do processo e seu monitoramento contínuo, desde o planejamento fundamentado nas necessidades dos cidadãos até o financiamento justo da atividade em questão. Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014) afirmam ser necessária uma pactuação bilateral, permitindo que os grupos anteriormente considerados como objetos da ação gerencial atuem como sujeitos de formulação de diretrizes.

Em Curitiba, no estado do Paraná, a partir do seu processo de municipalização, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS Curitiba) optou por redesenhar sua política de saúde, bem como a gestão desta política, passando do controle vertical centralizado em instâncias superiores, para a gestão, monitoramento e avaliação de resultados, com base em negociações políticas. A primeira e principal tarefa realizada foi o planejamento e a programação das ações de saúde, em relações horizontalizadas entre população e equipe de saúde, em nível local, em um processo ascendente para o nível distrital e nível central. Nesse processo de discussão, a SMS criou o cargo de Autoridade Sanitária Local (ASL), como forma de melhor gerir a atenção primária, sendo a ASL responsável pela coordenação e chefia da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da saúde da população na sua área de abrangência (DUCCI, 2007).

Em 2002, construiu-se a proposta de desenvolvimento da contratualização na atenção primária, tendo por objetivo o aumento da participação, negociação e responsabilidade mútua entre os gestores, as equipes de saúde e a comunidade. Posteriormente, em 2003, essa proposta

foi implantada em todas as UBS e Distritos Sanitários. No período compreendido entre 2002 e 2007, o aprimoramento deste instrumento de gestão, o qual foi denominado Termo de Compromissos (Tercom), aliado ao sistema de remuneração variada e ferramentas de planejamento, possibilitou a consolidação do sistema de avaliação participativa, voltado para resultados (AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013).

O Tercom, além do aspecto administrativo, também traz um componente ético e moral, uma vez que não dispõe de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos (MENDES, 2002). Esses Termos de Compromissos, em âmbito municipal, são firmados anualmente entre a equipe de saúde, o gestor da unidade de saúde e o gestor distrital, culminando com o gestor municipal, que deve responder à população em última instância. Neste momento, verifica-se também a participação de representantes dos usuários, membros dos Conselhos Locais de Saúde. Têm como elementos constitutivos básicos os objetivos e metas fixados nos instrumentos básicos de planejamento, como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Pacto pela Saúde, o Planejamento Local, entre outros, visando coordenar e garantir que estes compromissos sejam cumpridos (AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013).

Ao assinar o Tercom, as unidades de saúde e os Distritos Sanitários formalizam a organização do processo de trabalho, buscando identificar e resolver problemas, estabelecendo prioridades e incentivando relações intersetoriais com outras áreas da administração municipal (DUCCI, 2007). Um dos componentes do Tercom é o Plano Operativo Anual (POA), o qual consiste em uma planilha, composta por indicadores, metas pactuadas para cada nível institucional, bem como fontes para monitoramento (AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013). O POA possui 74 indicadores, que são monitorados trimestralmente, possibilitando que as equipes acompanhem

e observem os seus resultados (AZEVEDO, 2009). Existem metas pactuadas para o nível local (unidades de Atenção Básica) e outras específicas para os Distritos Sanitários.

A contratualização, além da assinatura do Tercom, contempla mecanismos de monitoramento e avaliação e um sistema de incentivos, chamado Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), propondo o pagamento de incentivos financeiros mensais, por meio de gratificações sobre o salário-base, aos funcionários que apresentarem bons resultados em seu desempenho (DUCCI, 2007). Esse programa encontra-se vinculado à busca de resultados por meio do desempenho do indivíduo e da equipe, e sua aplicação sustenta-se em um sistema de avaliação articulado com os indicadores de resultados contratados na SMS por meio dos contratos de gestão. O IDQ é avaliado trimestralmente por uma equipe de gestão de recursos humanos da SMS Curitiba por meio de quatro planilhas: avaliação individual do profissional da saúde (realizada pela chefia), autoavaliação, avaliação da unidade de saúde e avaliação da comunidade (AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013).

A análise do processo de contratualização em nível local é de grande valia na medida em que é neste nível que ocorre a prestação de serviços, bem como a pactuação e negociação das metas. A escolha do município de Curitiba para realização desta análise se justifica pelo fato de ser uma das experiências pioneiras no âmbito da administração pública e da APS no Brasil, desenvolvida desde 2003, o que revela a maturidade desta política. A importância deste tema é evidenciada pela expansão dessa ferramenta de gestão, em suas diferentes modalidades, em vários municípios e estados nas diferentes modalidades de gestão.

Baseando-se nos argumentos apresentados, o presente artigo tem como objetivo analisar o uso do Tercom como ferramenta da gestão na APS no município de Curitiba, Brasil.

## Métodos

Este estudo fundamentou-se na análise dos dados secundários produzidos em 2005 pelo Banco Mundial, o qual pesquisou inovações em gestão no Brasil, incluindo a gestão hospitalar em São Paulo e a gestão dos cuidados primários à saúde no município de Curitiba. No ano de 2006, o Banco Mundial publicou o relatório técnico *'Brazil enhancing performance in Brazil's Health Sector: lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba'*, no qual apresentou os dados e informações de forma geral e objetiva. No entanto, a sua base de dados somente se tornou pública após o período de cinco anos.

A pesquisa do Banco Mundial realizou um levantamento da percepção dos servidores que atuavam em suas unidades de saúde sobre o uso e aplicabilidade do contrato interno de gestão (Tercom). Ela foi enviada, por meio do sistema de correio interno da SMS, para 372 funcionários elegíveis (nível superior) em uma amostra representativa de unidades de saúde do município. O total de participantes que responderam ao questionário foi de 254 servidores (a taxa de resposta foi de 68%). As 31 unidades participantes da amostra foram escolhidas para fornecer uma representação adequada de todos os Distritos de Saúde, bem como a distribuição por tipo de cargos e carreiras superiores constituintes da equipe mínima da atenção primária no município (ASL, médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), e da distribuição entre unidades básicas com Equipes de Saúde da Família e unidades básicas sem Equipes de Saúde da Família (WORLD BANK, 2006). As questões do instrumento de coleta de dados de pesquisa foram propostas, após discussão com a direção da SMS, tendo em vista que o principal objetivo das entrevistas de campo seria compreender se o sistema de gestão por resultados, com a pactuação de metas, teria potencial para influenciar o desempenho institucional global. O questionário foi composto de 29 questões de múltipla escolha referentes ao Tercom, ao

Conselho Local de Saúde, à influência política e ao IDQ. A pesquisa do Banco Mundial restringiu-se à avaliação das frequências das respostas sobre o ponto de vista do total de participantes, realizando somente a análise descritiva dos dados, sem considerar a análise mais detalhada dos diferentes atores envolvidos no processo.

Este artigo faz parte de uma pesquisa maior intitulada 'A contratualização como ferramenta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde: avanços, dificuldades e desafios', desenvolvida em 2011, a qual objetivou analisar a percepção dos trabalhadores da saúde no município de Curitiba, acerca do Tercom e do IDQ como ferramentas da gestão e organização na APS no município. Para sua realização, foi obtido termo de consentimento da SMS para a cessão e uso da base de dados secundários gerados com a pesquisa do Banco Mundial, citada anteriormente. O protocolo de pesquisa apresentado como pré-requisito à execução deste trabalho foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, tendo sido devidamente aprovado sob nº 5667 e parecer nº 004066/10, em 30 de junho de 2010.

Esta pesquisa utilizou a base de dados secundária produzida pelo Banco Mundial, realizando um trabalho prévio de filtragem e consistência dos dados, excluindo-se da análise as ASL e os profissionais que apresentavam menos de um ano atuando nas unidades de saúde, ao tempo em que as entrevistas foram realizadas. Considerou-se o critério de que para responder aos itens pesquisados os participantes deveriam já ter se apropriado do sistema de avaliação do desempenho, com um mínimo de tempo de serviço. Dessa forma, entre os 254 servidores que responderam ao questionário do Banco Mundial, foram utilizadas nesta pesquisa as respostas de 196 deles, entre os quais se tornaram elegíveis aos critérios de inclusão: 25 ASL, 71 médicos, 30 enfermeiros e 70 cirurgiões-dentistas. Houve

pequena variação do número de participantes (perdas amostrais) dependendo da pergunta em análise, pois elas eram variáveis independentes, existindo a possibilidade de se abster de responder ao item. Das 29 questões aplicadas pelo Banco Mundial, na presente análise foram selecionadas 3 para este artigo referentes ao uso do Tercom para a organização do processo de trabalho, para a identificação e solução de problemas, para estabelecimento de prioridades e para a avaliação da negociação sobre metas pactuadas.

Outro importante ponto de diferenciação entre os resultados apresentados no relatório do Banco Mundial e a presente pesquisa foi a preocupação desta em avaliar a percepção das diferentes categorias profissionais sobre o Tercom. O recorte metodológico proposto buscou identificar a existência de diferenças na percepção de cada categoria profissional (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) ante a percepção da ASL, sobre a utilização das metas e indicadores pactuados na organização da APS em Curitiba. A análise dos dados foi realizada pelo *software SPSS® for Windows v. 13.0*. O teste de *U Mann-Whitney*, com nível de significância de 5%, foi aplicado para verificar a diferença entre as opiniões das ASL comparado com os outros cargos profissionais participantes sobre os contratos internos de gestão.

## Resultados

Ao analisar as respostas obtidas nos questionários, observou-se na base dados secundários que em algumas perguntas houve abstenções de poucos profissionais referentes ao item avaliado, o que foi permitido na pesquisa do Banco Mundial. Isso justifica a diferença de respondentes nas distintas categorias avaliadas em cada uma das tabelas do trabalho (*tabela 1 a 5*), o que não compromete a análise, já que para cada pergunta foi realizada uma análise estatística. As perguntas, apesar de avaliarem o Tercom, não eram variáveis dependentes.

A avaliação do Tercom enquanto ferramenta na organização do processo de trabalho nas unidades de saúde no município revelou que este se constitui em um instrumento substancialmente ou totalmente importante para a maioria dos profissionais, atingindo um percentual próximo a 80% em cada categoria profissional (*tabela 1*). Contudo, ao comparar as opiniões das ASL com a dos profissionais da equipe básica de saúde, constataram-se divergências na distribuição de respostas, já que os médicos (17,6%) e cirurgiões-dentistas (23,2%) apontam pouco ou parcial efeito sobre a organização do processo de trabalho, ao passo que este percentual foi de apenas 10% para os enfermeiros e de 0% para as ASL.

Tabela 1. Avaliação do Tercom como ferramenta na organização do processo de trabalho pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba (PR), 2005

Cargo	O Tercom é útil para a organização do processo de trabalho				Total	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	0	8 (32,0%)	17 (68,0%)	25 (100%)	0,006*
Médico	2 (2,9%)	10 (14,7%)	29 (42,7%)	27 (39,7%)	68 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	0	8 (32,0%)	17 (68,0%)	25 (100%)	0,281
Enfermeiro	0	3 (10,0%)	10 (33,3%)	17 (56,7%)	30 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	0	8 (32,0%)	17 (68,0%)	25 (100%)	0,024*
Cirurgião-dentista	2 (2,9%)	14 (20,3%)	20 (29,0%)	33 (47,8%)	69 (100%)	

Fonte: Dados do World Bank (2006).

Nota: \* Estatisticamente significante ( $p \leq 0,05$ ).

Ao analisar a utilidade do Tercom na identificação e solução dos problemas nas unidades de saúde (tabela 2), os servidores participantes sinalizaram que ele é uma ferramenta substancialmente ou totalmente útil para este aspecto, com um percentual que variou de 65% a 91% para as diferentes categorias profissionais. Percebeu-se que a maioria dos entrevistados

escolheu a opção totalmente útil para ambos os aspectos, excetuando a categoria profissional dos médicos, cuja percepção quanto à utilidade para a solução de problemas foi majoritariamente substancial. Também se constatou que as ASL apresentam percepção mais positiva nesses itens do que os profissionais que atuam na atenção à saúde.

Tabela 2. Avaliação do Tercom como ferramenta para a identificação e solução de problemas pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba (PR), 2005

Cargo	O Tercom é útil para a identificação de problemas				Total	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	2 (8,3%)	7 (29,2%)	15 (62,5%)	24 (100%)	0,208
Médico	0	12 (17,9%)	22 (32,8%)	33 (49,3%)	67 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	2 (8,3%)	7 (29,2%)	15 (62,5%)	24 (100%)	0,668
Enfermeiro	0	3 (10,0%)	10 (33,3%)	17 (56,7%)	30 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	2 (8,3%)	7 (29,2%)	15 (62,5%)	24 (100%)	0,116
Cirurgião-dentista	4 (5,8%)	10 (14,5%)	23 (33,3%)	32 (46,4%)	69 (100%)	
Cargo	O Tercom é útil para a solução de problemas				Total	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	4 (16,7%)	8 (33,3%)	12 (50%)	24 (100%)	0,056
Médico	4 (6%)	13 (19,4%)	32 (47,8%)	18 (26,9%)	67 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	4 (16,7%)	8 (33,3%)	12 (50,0%)	24 (100%)	0,939
Enfermeiro	0	4 (13,3%)	12 (40,0%)	14 (46,7%)	30 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	4 (16,7%)	8 (33,3%)	12 (50,0%)	24 (100%)	0,151
Cirurgião-dentista	6 (8,6%)	18 (25,7%)	18 (25,7%)	28 (40,0%)	70 (100%)	

Fonte: Dados do World Bank (2006).

A tabela 3 revela que a maioria dos profissionais identificou ser o Tercom um instrumento bastante importante para o estabelecimento de prioridades, com percentuais superiores a 80% para todas as categorias, ao considerar as classificações substancialmente e totalmente. Todavia, ao analisar a percepção discriminada entre os diferentes profissionais avaliados, os enfermeiros avaliaram

mais positivamente esta questão do que as ASL, ao considerar a ferramenta com 100% substancialmente ou totalmente importante; sendo que, ao considerar apenas a classificação totalmente, nota-se que as ASL obtiveram um maior percentual (79,1%). Já os médicos e cirurgiões-dentistas avaliaram mais negativamente esse item, sendo esta diferença de posições estatisticamente significativa.

Tabela 3. Avaliação do Tercom como ferramenta para o estabelecimento de prioridades pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba (PR), 2005

Cargo	O Tercom é útil para o estabelecimento de prioridades				Total	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	1 (4,2%)	4 (16,7%)	19 (79,1%)	24 (100%)	0,030*
Médico	2 (3,0%)	8 (12,1%)	20 (30,3%)	36 (54,6%)	66 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	1 (4,2%)	4 (16,7%)	19 (79,1%)	24 (100%)	0,175
Enfermeiro	0	0	12 (40,0%)	18 (60,0%)	30 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	1 (4,2%)	4 (16,7%)	19 (79,1%)	24 (100%)	0,016*
Cirurgião-dentista	0	11 (15,7%)	23 (32,9%)	36 (51,4%)	70 (100%)	

Fonte: Dados do World Bank (2006).

Nota: \* Estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ).

Relativamente ao processo de pactuação das metas do Tercom (*tabela 4*), mais de 50% dos respondentes de cada classe profissional consideraram haver uma negociação parcial das metas, já que o gestor do Distrito Sanitário impõe algumas metas e renegocia outras. Entretanto, ao analisar o percentual de profissionais que relatou a imposição de metas, pode-se perceber uma variação, sendo que 15,5% dos médicos,

13,8% dos enfermeiros e 11,6% dos cirurgiões-dentistas destacam a imposição de metas pela gestão municipal, sendo este percentual de somente 4,2% entre as ASL. Outro ponto a ser identificado, apesar do número reduzido de servidores respondentes a esta questão, é que somente as ASL e os médicos apontaram que a gestão municipal sugere algumas metas ao invés de impô-las.

Tabela 4. Avaliação do processo de negociação de metas no Tercom pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba (PR), 2005

Cargo	Sobre o processo de pactuação do Tercom com o Distrito Sanitário				Total	Teste U Mann-Whitney (p)
	Impõe metas	Impõe metas e negocia outras	Negocia metas	Sugere metas		
Autoridade Sanitária	1 (4,2%)	13 (54,1%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	24 (100%)	0,069
Médico	11 (15,5%)	42 (59,2%)	16 (22,5%)	2 (2,8%)	71 (100%)	
Autoridade Sanitária	1 (4,2%)	13 (54,1%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	24 (100%)	0,234
Enfermeiro	4 (13,8%)	16 (55,2%)	9 (31,0%)	0	29 (100%)	
Autoridade Sanitária	1 (4,2%)	13 (54,1%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	24 (100%)	0,089
Cirurgião-dentista	8 (11,6%)	43 (62,3%)	18 (26,1%)	0	69 (100%)	

Fonte: Dados do World Bank (2006).



Na eventualidade de ocorrer a situação da equipe não cumprir as metas pactuadas (tabela 5), percebeu-se que a maioria dos profissionais concorda plenamente ou parcialmente com a existência de abertura do Distrito Sanitário à renegociação, atingindo um percentual variável entre 75% e 100% entre as categorias profissionais. Observou-se que as ASL obtiveram o maior percentual de plena concordância (72%), já os demais profissionais afirmaram que nem sempre o Distrito Sanitário

está aberto à renegociação; somente em algumas situações permite-se justificar (e mudar) as metas pactuadas no Tercom. Esta diferença entre a opinião das ASL e a dos outros profissionais é estatisticamente significativa, já que a distribuição das respostas é bem divergente, pois enquanto as ASL apontam somente os itens 'concordo parcialmente' e 'concordo plenamente', os outros servidores apresentam distribuição nos itens 'discordo totalmente', 'discordo parcialmente' e 'indiferente'.

Tabela 5. Avaliação no caso de não cumprimento das metas pactuadas pelos diferentes profissionais participantes do município de Curitiba (PR), 2005

Cargo	No caso do não cumprimento das metas pactuadas, o Distrito Sanitário é aberto a negociações					Total	Teste U Mann-Whitney (p)
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo plenamente		
Autoridade Sanitária	0	0	0	7 (28,0%)	18 (72,0%)	25 (100%)	0,002*
Médico	4 (5,8%)	1 (1,5%)	8 (11,6%)	29 (42,0%)	27 (39,1%)	69 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	0	0	7 (28,0%)	18 (72,0%)	25 (100%)	0,008*
Enfermeiro	0	4 (13,8%)	3 (10,3%)	10 (34,5%)	12 (41,4%)	29 (100%)	
Autoridade Sanitária	0	0	0	7 (28,0%)	18 (72,0%)	25 (100%)	0,032*
Cirurgião-dentista	3 (4,5%)	2 (3,0%)	4 (6,1%)	24 (36,4%)	33 (50,0%)	66 (100%)	

Fonte: Dados do World Bank (2006).

Nota: \* Estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ).

## Discussão

O contrato de gestão é um instrumento gerencial proposto, idealmente, para reduzir a distância entre a gestão estratégica e o centro operacional, isto é, entre o planejamento e a implementação das ações, conjugando, em um ambiente institucional 'pacificado' a negociação e a adoção de compromissos pactuados. Assim, a contratação pode compensar a diferenciação entre o técnico e o administrativo e a diferenciação entre categorias profissionais, reduzindo tensionamentos gerados por subjetividades, expectativas ambíguas e conflitos de autoridade – por exemplo, entre

a autoridade do especialista (conhecimento) e a autoridade administrativa (hierarquia). Visa, discursivamente, o desenvolvimento de fóruns de discussão ampliada, com ênfase no trabalho em equipe (COSTA E SILVA, 2004).

No entanto, para que isso ocorra, Fortuna *et al.* (2002) apontam que é necessário romper com a dicotomia na organização do processo de trabalho instituída em grande parte dos municípios, em que o gestor ou uma equipe técnica é responsável pelo planejamento e avaliação das ações e programas de saúde e que os trabalhadores, na linha de frente nas UBS, são apenas responsabilizados pela execução, em uma delegação de tarefas muitas

vezes alienante. Os resultados deste estudo evidenciaram que ainda há imposição de algumas metas no município de Curitiba. Ressalta-se, assim, a necessidade de haver corresponsabilidade e compromisso entre os trabalhadores e o nível diretivo, para que sejam atingidas as finalidades da gestão por resultados. As metas devem, portanto, ser pactuadas entre todos os atores envolvidos e avaliadas periodicamente (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Sobre o sistema gerencial de saúde em Curitiba, Mendes (2007) argumenta que este possui pontos fortes, pois é sustentado por um planejamento estratégico; desenvolve-se por meio de um plano tático que deriva de uma planilha de programação contida em cada protocolo clínico; a partir destas planilhas fazem-se as programações anuais em cada unidade de saúde; estas programações geram um contrato de gestão entre a Secretaria e os profissionais; e estes contratos podem gerar um sistema de incentivos para as equipes que cumprem as metas programadas.

Uma avaliação preliminar com os servidores da saúde sobre o instrumento contratual na gestão da APS em Curitiba concluiu que o Tercom é útil para organizar os processos de trabalho, identificar e resolver problemas, esclarecer objetivos e estabelecer prioridades, entre outros benefícios (WORLD BANK, 2006; MENDES, 2007). Em consonância com tal avaliação, no presente estudo, embora tenha se observado uma variação nas respostas entre as diferentes categorias profissionais, a maioria dos respondentes também considerou este instrumento útil para a organização do processo de trabalho, para a identificação e solução de problemas e para o estabelecimento de prioridades,

A SMS de Curitiba, em documento publicado pelo Ministério da Saúde, relatou que, com a implantação dessa ferramenta, foram observadas mudanças nos processos de trabalho, gerência, planejamento e acompanhamento de indicadores. Aprendeu-se manejo

clínico, estratificação de risco, protocolos, perfil epidemiológico e gestão por resultados. Verificou-se melhoria dos indicadores locais, maior compromisso das equipes, melhor distribuição das atribuições, melhor convivência, reforço das atitudes positivas, reconhecimento de objetivos comuns e o incremento da ação multiprofissional (BRASIL, 2006). Azevedo, Faoro e Xavier (2013) constataram mudanças de postura entre os profissionais, que passaram a ser ativos e orientados para a busca de resultados. Além disso, observou-se melhora no desempenho dos serviços e dos indicadores locais de saúde.

No entanto, apesar de os dados combinados para todas as categorias profissionais pesquisadas, mais as ASL, serem sugestivos de avanços em algumas dimensões do processo de trabalho com repercussões sobre a gestão/avaliação, a presente pesquisa identificou que algumas condições avaliadas sobre o Tercom não foram unanimemente percebidas e respondidas. Tal fato pode ser verificado ao analisar, por exemplo, a resposta às questões sobre a utilidade do Tercom na organização do processo de trabalho e no estabelecimento de prioridades, uma vez que a percepção dos médicos e cirurgiões-dentistas divergiu da percepção das ASL e dos enfermeiros.

Azevedo (2009), reaplicando as mesmas questões avaliadas pelo Banco Mundial, mas incluindo as categorias profissionais de nível médio, também identificou diferenças entre as respostas das ASL e as dos profissionais de saúde de nível superior e de nível médio. A autora também constatou que as melhores percepções sempre foram identificadas pelas ASL, seguidas pelos profissionais de nível superior e os de nível médio, respectivamente.

Esses dados permitem algumas outras interrogações e o diálogo com a literatura, pois, segundo Alves, Penna e Brito (2004), o enfermeiro é o profissional de saúde que historicamente tem ocupado a grande maioria dos cargos de chefia/coordenação de unidades de saúde, uma vez que o

curso de graduação em enfermagem é um dos poucos da área da saúde que possuem conteúdos/disciplinas curricularmente voltados para a formação em administração. Ainda assim, não consegue formar um gerente com as capacidades exigidas na contemporaneidade para enfrentar as novas demandas impostas pela administração pública. Os autores consideram que, entre os servidores da saúde, o enfermeiro, por ter essa formação diferenciada, acaba se destacando em seu posicionamento no cumprimento de normas e no repasse de ideologias institucionais. Certamente, esses argumentos não são consensuais e inquestionáveis, mas há de se considerar a hipótese de que os enfermeiros estão mais habituados a processos administrativos em unidades de saúde, a rotinas e processos de normatização e regras na organização do processo de trabalho, além de apresentarem maior familiaridade na utilização de informações e indicadores de saúde no planejamento local em saúde.

Assim, é possível que enfermeiros e ASL consigam perceber mais nitidamente uma das principais finalidades do Tercom, que, segundo Azevedo (2009), visa ao aprimoramento do planejamento e avaliação local, na medida em que o monitoramento das ações é permanente, melhorando a viabilidade técnica, política e financeira das ações prestadas pela SMS à população de Curitiba. Isso pode ser percebido nas questões que analisaram se o Tercom é útil à identificação e solução de problemas, pois os profissionais afirmam que ele tem grande poder de identificação e substancial potencial para a solução dos problemas.

Observou-se uma visão mais positiva dos gestores, principalmente em relação à pactuação de metas, quando comparados aos servidores que atuam na linha de frente do cuidado. Talvez em virtude de os profissionais serem a 'face' visível no cotidiano das relações institucionais com a população, experimentado as contradições e desafios

da atenção à saúde, e tendo que cumprir metas, processos e rotinas. Para Fortuna *et al.* (2002), na grande maioria dos municípios brasileiros, os administradores das unidades de saúde são indicados politicamente pelos gestores municipais, sem permitir aos trabalhadores da saúde a discussão e participação no processo decisório da escolha da melhor pessoa para assumir o cargo. Nota-se, assim, a necessidade de tornar mais claro o processo de definição dos gestores, analisando as competências de cada um, para que essa escolha seja definida através do mérito.

Um aspecto importante observado em algumas respostas neste estudo está relacionado à imposição de metas e à falta de negociação por parte da gestão municipal. Ayala e Oliveira (2007), ao avaliarem as tensões entre os profissionais de saúde e gestores no município de Joinville (SC), argumentam que, entre os vários problemas que conspiram contra a pactuação, destaca-se o fato do gestor operar, muitas vezes, com base em mecanismos impositivos para o alcance de metas, em detrimento das condições dos trabalhadores, frequentemente operando acima dos seus limites, comprometendo a qualidade dos serviços ofertados e sendo pouco resolutivos quanto às necessidades dos usuários.

Nesse sentido, Araújo (2010) destaca a importância da avaliação *ex-post*, que consiste na comparação entre as metas estabelecidas e as metas realizadas, para verificar os acertos e erros da tomada de decisão em um determinado momento, permitindo que se planeje o futuro; e que o profissional de saúde se aproprie das metas e indicadores pactuados pela gestão, participando das decisões e se sentindo corresponsável pela execução das ações.

A fim de ampliar a responsabilização sobre os resultados desejados, faz-se necessário aprimorar os mecanismos de controle e monitoramento, definir precisamente os indicadores e seus padrões no campo da assistência e da gestão e capacitar os envolvidos

na elaboração do plano (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Ney, Pierantoni e Lapão (2015) ressaltam alguns fatores que podem constituir pontos de fragilidade, como o processo de seleção dos indicadores de monitoramento, os quais podem não privilegiar as necessidades locais de saúde da população, podendo não representar melhoria de qualidade.

Para Ditterich, Moysés e Moysés (2012), é necessária a análise do processo de trabalho sob o ponto de vista coletivo, e não apenas na singularidade da produção individual. Talvez baseada nesses preceitos, a SMS demonstrou preocupação com essa questão, pois as metas são consideradas coletivamente, por unidade de saúde, o que demonstra um ganho em relação ao trabalho em equipe, pois é estimulado um dispositivo tal qual um “efeito sentinela”, desencadeando uma preocupação em rede na busca da produção do cuidado em saúde que foi pactuado (DUCCI, 2007, P. 52).

Em relação a algumas contradições percebidas nos resultados, será importante que a gestão municipal reveja o eventual caráter impositivo de algumas metas e a forma de renegociá-las, pois os trabalhadores da saúde acabam não compreendendo o porquê de algumas metas não serem passíveis de renegociação. Para isso, faz-se necessário por parte da SMS desvelar que muitos desses indicadores e metas são pactuados primeiramente em nível federal e estadual, antes mesmo de serem discutidos e acordados em nível local. Quando os servidores da saúde souberem o que a gestão espera deles e conhecerem realmente os critérios que estão sendo pactuados, a SMS de Curitiba terá um sistema de gestão por resultados ainda mais eficaz e que tenha como objetivo principal a qualidade de seus serviços de saúde.

## Conclusão

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, ao implantar mecanismos gerenciais, como

o Tercom, institucionalizou a ideia de que resultados prioritários devem ser pactuados e alcançados na gestão da atenção primária. Por meio de metas e objetivos preestabelecidos no contrato interno de gestão, os quais são avaliados objetivamente e de forma contínua, o município desenvolveu mecanismos e ferramentas que ressaltam a importância da corresponsabilidade e da instituição de compromissos mútuos entre os trabalhadores da saúde em nível local, a gestão municipal e a população. Iniciativas como essa reforçam a importância da presença dos servidores da saúde no processo de definição de metas e objetivos institucionais, demonstrando ser uma maneira criativa e inovadora para enfrentar e repensar os problemas na gestão em saúde pública.

Restam os desafios de se repensar a gestão por resultados de uma forma em que o processo de trabalho seja analisado sob o ponto de vista coletivo, e não somente na singularidade da produção individual. Com base nos resultados apresentados, há ainda lacunas importantes separando a enunciação discursiva da efetivação concreta da gestão pactuada, sendo necessário que os profissionais de saúde se apropriem de todas as etapas de planejamento, elaboração, execução e avaliação das ações e programas pactuados no Tercom. Também é importante que a pactuação de resultados seja um investimento humano permanente, não somente respeitando parâmetros quantitativos e de produtividade, mas também observando centralmente que a produção do cuidado em saúde exige a humanização do trabalho, a satisfação dos usuários e a geração de impacto socioepidemiológico.

Estudos como este são relevantes na medida em que propiciam o reconhecimento dos aspectos positivos e negativos desse instrumento por aqueles que estão diretamente envolvidos com a atenção à saúde. A partir desse reconhecimento, é possível adequá-lo, corrigindo os seus aspectos falhos e ampliando sua efetividade. Além disso, os resultados

obtidos são úteis visto que permitem a tomada de consciência de tais aspectos também por

outros municípios que estão adotando os contratos de gestão de forma mais recente. ■

## Referências

- ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 441-446, 2004.
- ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010.
- AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. A divisão do trabalho no setor da saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 217-241, 2007.
- AZEVEDO, J. C. R. *Contrato interno de gestão e plano operacional anual da secretaria municipal da saúde de Curitiba, Paraná: a percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde*. 2007. 80 f. Dissertação (Mestrado Profissional de Gestão de tecnologia em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- AZEVEDO, J. C. R.; FAORO, N. T.; XAVIER, E. A. Avaliação de desempenho: um instrumento de gestão e democratização nas relações de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na saúde (Org.). *Prêmio InovaSUS: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. p. 29-35.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Contrato interno de gestão*: Secretaria Municipal de Saúde Curitiba/PR. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1, p. 88, 2010.
- COSTA E SILVA, V. *O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória-ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde*. 2004. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família*. 2014. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
- COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, 2014.
- DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.
- DUCCI, L. Curitiba firma contrato de gestão com metas para a saúde. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 8, n. 14, p. 48-57, 2007.
- ESCOVAL, A. *Evolução da administração pública da saúde: O papel da contratualização – fatores críticos do contexto português*. 2003. 314 f. Tese (Doutorado em Gestão) – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2003.
- \_\_\_\_\_. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, n. 9, p. 7-24, 2010.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, n. 9, p. 41-57, 2010.

FORTUNA, C. M. *et al.* Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 26, n. 62, p. 272-281, 2002.

FREITAS, P.; ESCOVAL, A. A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n. 9, p. 129-139, 2010.

MENDES, E. V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: ESP-CE. 2002.

———. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

NEY, M. S.; PIERANTONI, C. R.; LAPÃO, L. V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 43-55, 2015.

WORLD BANK. *Brazil Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba*. Washington, DC: The World Bank, 2006.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde

*Family Health Support Nucleus: potentials as change device in Primary Health Care*

Paula Roberta Rozada Volponi<sup>1</sup>, Mara Lúcia Garanhani<sup>2</sup>, Brigida Gimenez Carvalho<sup>3</sup>

**RESUMO** O artigo analisa a potencialidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para constituir-se em dispositivo de mudança nas práticas de cuidado e nos modos de atuação de uma equipe gestora da Atenção Básica. Estudo de abordagem qualitativa, de caráter compreensivo, realizado junto aos gestores da Diretoria de Atenção Primária à Saúde de município de grande porte do Paraná, no período de setembro/2012 a abril/2013, por meio de observação e entrevistas. Os resultados revelaram predominância do objetivo estratégico do Nasf enquanto dispositivo, que a gestão colegiada se mostrou um arranjo potente para a gestão e, por fim, que a implantação do Nasf pode ser compreendida como uma ação que potencializa a produção de mudanças na Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da família.

**ABSTRACT** *The article analyzes the potentiality of the Family Health Support Nucleus to establish itself as changing device in primary care practices and in the performance ways of a primary care management team. It's a qualitative approach study, of sympathetic character, performed with the Primary Health Care Board managers of a large size municipality of the Paraná State, from September/2012 to April/2013. The results revealed predominance of the Family Health Support Nucleus's strategic objective while a device, that the collegiate management showed as a powerful arrangement for the management and, finally, that the Family Health Support Nucleus implementation can be understood as an action that enhances the production of changes in Primary Care.*

**KEYWORDS** *Health management; Primary Health Care; Family health.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.  
prvolponi@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.  
maragara@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.  
brigidagimenez@gmail.com

## Introdução

No contexto atual da produção do cuidado no Brasil, permanece a necessidade de busca por mudanças substantivas na dinâmica das organizações de saúde, em especial, nos modos de produção do cuidado.

Contudo, não estamos nos referindo a qualquer mudança, e sim à construção de um processo de fortalecimento da dimensão pública e social das organizações de saúde, que expressa a defesa da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Essas mudanças possibilitariam novas formas de organização dos serviços e renovação dos processos de gestão, proporcionando a democratização das instituições, com maior participação dos agentes e melhoria em seus resultados (AZEVEDO, 2010).

Para alcançar os objetivos desta mudança, permitindo a construção e a disponibilização de uma caixa de ferramentas para os gestores, é necessário viabilizar, propiciar e experimentar determinados arranjos institucionais que sejam facilitadores de novos processos de comunicação e coordenação no âmbito das instituições (CECÍLIO; MERHY, 2003). Tais arranjos devem permitir, ao mesmo tempo, a incorporação da inteligência já produzida e a de novos saberes, possibilitando uma atuação competente em relação aos processos de produção, que sempre emergem em fluxos de grande incerteza.

Tais mudanças exigidas e impressas nos processos de trabalho também geram novas exigências para os trabalhadores, uma vez que abalam as formas tradicionais do exercício de funções, papéis, responsabilidades e desempenhos, assim como as formas de interação. Tais mudanças acarretam a necessidade de adequações nos processos, nas condições de trabalho e, sobretudo, na busca por novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe (SANTOS-FILHO; BARROS, 2009).

Para se consolidar as mudanças pretendidas, devem-se buscar dispositivos

de mudanças capazes de mobilizar e impactar as práticas hegemônicas em saúde, imersas em um cenário de desvalorização dos serviços públicos e de precarização das condições de trabalho, mergulhado em sentimentos de impotência, de descrença, de impossibilidade de mudança, de apatia e conformismo (AZEVEDO, 2010).

Para Onocko Campos (2003), tais dispositivos buscam subverter as linhas de poder instituídas. Como exemplo de dispositivos, podem ser citadas oficinas de planejamento, cursos/treinamentos/formação, análise/supervisão institucional, assembleias etc. Estes dispositivos devem estabelecer um padrão de relacionamento que propicie outras formas de experimentação da grupalidade, que não seja a de relação do outro como ameaça, como depositário de tudo que é ruim.

Além dos dispositivos, Onoko Campos (2003) distingue os arranjos como forma de instalar espaços na organização. Estes têm certa estruturação e permanência. Assim, podem ser institucionalizados, para que possam operar com potencialidade, em fluxos contínuos contrários à produção baseada no controle. Apresenta como arranjos: o colegiado de gestão, que impõe uma mudança estrutural nas linhas de mando, eliminando gerências, coordenações ou direções especializadas, como um espaço de deliberação e discussão clínica; o apoio matricial, como um suporte especializado, desvinculado da linha de mando; e a Equipe de Saúde da Família (EqSF), equipe de referência que se corresponsabiliza pelo usuário, criando vínculo, com a prerrogativa de coordenar o cuidado.

Inseridas nesta discussão, há reflexões que apontam que o caminho para a mudança está pautado em uma tarefa do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde (MERHY, 2013), e em novos modos de gestão em saúde (ARAÚJO; PONTES, 2012). Tais mudanças devem ter capacidade de construir novos pactos de



convivência e novas práticas, aproximando os serviços dos conceitos de atenção integral, humanizada, de qualidade, e equânime, e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema de saúde brasileiro (CECCIM, 2005).

Nessa perspectiva, o governo brasileiro, desde a década de 1990, vem tomando iniciativas para reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da Atenção Básica (AB), com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia deve estar inserida em um contexto de gestão democrática e participativa, pautado no trabalho em equipe, direcionado às populações de territórios definidos, utilizando tecnologias de cuidado complexas, a fim de manejar as demandas e necessidades de saúde de forma eficiente (BRASIL, 2012).

Dentro deste contexto, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram instituídos pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASIL, 2008), com a intencionalidade de se alcançar a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade das ações em saúde, de maneira a apoiar e complementar o trabalho da ESF.

É neste sentido que o Nasf, inspirado no apoio Paidéia – metodologia que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, voltada à formação de pessoas com capacidades ampliadas para analisar e intervir sobre as relações sociais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEREDO, 2013), constituiu-se em proposta estratégica para auxiliar na mudança das práticas. Tem a perspectiva de atuação em gestão colegiada e criação de vínculos para que, de maneira prática, seja possível combinar autonomia e responsabilidade.

O Nasf é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Tem atuação pautada no trabalho em equipe, com a função principal de apoiar a EqSF, aumentando sua resolubilidade (CUNHA; CAMPOS, 2011). Enquanto apoiador matricial das equipes de referência, também é visto com potencialidade para se tornar um dispositivo da gestão, para fomentar a rede de serviços em saúde (SAMPAIO ET AL., 2012).

Desta forma, com base na ideia de que alguns dispositivos potencialmente

concretos para uma mudança nos modos de produção do cuidado e na gestão em saúde devem ser gerados, emerge a indagação: O Nasf tem potencialidade para se constituir enquanto dispositivo de mudança nas práticas de cuidado e de gestão?

Diante do exposto, o presente trabalho busca analisar essa possibilidade, a partir das ações desenvolvidas por uma equipe gestora da AB, de um município de grande porte.

## Método

Tratou-se de um estudo com uma abordagem qualitativa, de caráter compreensivo e interpretativo. É um recorte da dissertação de mestrado intitulada ‘Implantação dos Núcleos de apoio à saúde da família: atuação da equipe gestora da atenção’, realizado em um município de grande porte do sul do Brasil.

Foram incluídos no estudo, profissionais integrantes da equipe gestora municipal, que, na época da coleta de dados, exerciam cargos oficiais na Diretoria de Atenção Primária à Saúde (Daps), e profissionais do Nasf. Esta equipe é formada pela diretoria de AB, assessorias técnicas, gerências regionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS), gerências de programas especiais, coordenadorias dos ciclos de vida e coordenadores de UBS.

O período de coleta de dados compreendeu os meses de setembro a dezembro de 2012, final da gestão municipal 2009-2012, e os meses de fevereiro a abril de 2013, início da gestão 2013-2016.

Os instrumentos metodológicos escolhidos foram: observação participante e entrevista semiestruturada. Entre entrevistados e participantes, nos momentos observados, a pesquisa contou com o envolvimento de 58 pessoas. Entre elas, 48 exerciam cargos de gestores formais (15 eram da diretoria da AB e 31, coordenadores de UBS) e 12 eram profissionais do Nasf (membros do colegiado gestor e participantes de reuniões presenciadas).

A observação, registrada em diário de campo, foi realizada no ambiente de trabalho dos diferentes atores da pesquisa, de modo a permitir maior interação entre pesquisador e participantes. Foram 98 horas de observação de reuniões e atividades do cotidiano, distribuídas nos 5 meses de coleta de dados. Em relação aos encontros, observaram-se, principalmente, as reuniões semanais dos gestores da Daps (40h), os grupos de trabalho e preparação de oficinas (8h), as reuniões mensais da equipe da Daps com as coordenadoras de UBS (8h), reunião de gestores com os Nasf (4h), reuniões do colegiado gestor (8h) e as reuniões das gerentes regionais com as coordenadoras de UBS e com o Nasf (20h).

As entrevistas individuais, entre o pesquisador (entrevistador) e os gestores (entrevistados), foram realizadas entre os meses de fevereiro e abril de 2013; gravadas e, posteriormente, transcritas, com a autorização dos participantes. Nessa fase, também foram registradas informações em diário de campo, relacionadas a expressões e atitudes dos entrevistados ou a outros aspectos considerados relevantes. A entrevista foi guiada por um roteiro que abordou a caracterização dos entrevistados e as ações desenvolvidas no processo de implantação do Nasf. Tomou-se o cuidado de utilizar um ambiente confortável e silencioso, com menores possibilidades de interferências e interrupções externas. Buscou-se a criação de um clima favorável, que deixasse o entrevistado à vontade para responder aos questionamentos.

Foram entrevistados 15 gestores. Entre os entrevistados, 11 estavam ligados ao nível central da Daps: a diretoria (1), todas as gerências regionais (6), as assessorias técnicas (2), a gerência de programas especiais (1) e a coordenação do ciclo de saúde da criança e aleitamento materno (1). Foram entrevistadas também quatro coordenadoras de UBS da região da qual a equipe gestora apontou o Nasf que desenvolvia, com maior eficiência, o trabalho relacionado ao apoio matricial. Não se entrevistou o coordenador

da ESF e Nasf, pois o cargo estava vago no momento da pesquisa.

As entrevistas estão identificadas pela letra G, acompanhadas de um símbolo numérico, de 1 a 15, e escolhidas aleatoriamente.

Na primeira fase da análise, foram realizados procedimentos de leitura flutuante, com exploração do material transcrito, a fim de conhecer o texto e se deixar invadir por impressões e orientações. A fase de exploração do material consistiu na administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior, na qual realizamos leitura aprofundada de cada entrevista, seguida da produção de análise individual das mesmas, e de uma síntese. Após a conclusão das 15 sínteses, os resultados foram agrupados em dois espaços de gestão: os gestores formais alocados na Daps (diretores, assessores e gerentes) e os alocados nas UBS (coordenadores). Na última fase, com os resultados significativos, foram propostas inferências e realizaram-se interpretações com base nos objetivos traçados. O diário de campo foi utilizado como suporte para a construção da análise e interpretação das entrevistas. Ao longo do trabalho, os trechos oriundos dessa fonte de pesquisa estão identificados com as letras DC, seguidas das datas do registro.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que estão inseridos os pesquisadores, cadastrada com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06127012.7.0000.5231, aprovada sob Parecer nº 93.228. Também foi autorizado pela Secretaria de Saúde do município pesquisado.

## Resultados e discussão

Os 15 profissionais entrevistados eram todos enfermeiros e contratados sob o regime estatutário. Houve predominância do sexo feminino (14); tempo de atuação superior a 2 anos, com variação até superior a 15 anos. Apresentavam, em sua maioria, experiência

em cargos de coordenação de UBS (13), gerências regionais (8) e assessoria técnica de enfermagem (5). Todos tinham formação complementar: em saúde da família (8), saúde coletiva (6) e educação profissional (7).

Os resultados estão apresentados em duas categorias: (1) Nasf: dispositivo de mudança e (2) Colegiado gestor: um arranjo com potencialidades para a mudança.

## Nasf: dispositivo de mudança

A investigação possibilitou apreender que o Nasf foi assumido como uma estratégia inovadora (G1, G3, G7, G9), com potencialidades criadoras de novas práticas no cotidiano dos serviços (G1, G2). Tais práticas foram apontadas como possíveis contribuições para a efetivação das desejadas mudanças no trabalho em saúde e na produção do cuidado.

O processo de trabalho do Nasf foi orientado pelas diretrizes do Ministério da Saúde (G1, G2, G5, G9), com adaptações às necessidades do município (G2, G4, G8). Assim, o trabalho foi organizado com base no compartilhamento e no apoio às práticas em saúde, em especial, no reforço às seguintes diretrizes: a ação interdisciplinar e intersetorial; a educação permanente em saúde; a educação popular; o território; a integralidade; o controle social; a promoção da saúde; e a humanização. As equipes têm orientação para priorizar nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente e do jovem; saúde da mulher; e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010).

O trabalho desenvolvido pelos profissionais do Nasf possibilitou o repensar dos gestores sobre a produção de trabalhadores sujeitos, autônomos e protagonistas, além do fortalecimento de vínculos e a coparticipação e corresponsabilização na gestão

democrática e participativa, o que gerou diferentes posicionamentos a esse respeito.

Esses resultados estão em consonância com o conceito de Nasf apresentado por alguns autores: como um dispositivo inovador, capaz de potencializar as ações das equipes da ESF e de confrontar desafios a serem enfrentados na AB (SILVA ET AL., 2012). Assim, se constitui em dispositivo fundamental para assegurar integralidade ao cuidado e resolutividade à AB, especialmente, por intervir na cultura dos encaminhamentos. Possibilita, concomitantemente, promover uma discussão sobre a formação dos profissionais em saúde.

Os gestores visualizaram avanços com a chegada do Nasf. Houve referência de que muitos dos programas que não existiam no município, agora existem por mérito do Nasf (G2). Para eles, houve uma ampliação do olhar para a produção do cuidado (G2, G3) e um aumento no cardápio de ações oferecidas pela UBS (G5, G13) aos seus usuários, relacionadas à atenção aos ciclos de vida anteriormente pouco assistidos; aos novos grupos terapêuticos; ao desenvolvimento do apoio matricial; e à ampliação de ações de prevenção e promoção. Houve também relatos sobre o impacto nas doenças crônicas (G2, G14) e na melhoria da qualidade de vida da população assistida (G1, G12), com destaque para a atuação de dois profissionais, o nutricionista e o profissional de educação física. Entre as novas atividades realizadas, citou-se o trabalho com a obesidade infantil, a depressão, grupos de coluna, caminhadas e atividades com idosos (G2).

*[...] já vi avanços nesse último ano, porque nós trabalhamos a questão do matriciamento [...] Nós observamos também o grande trabalho do Nasf junto à população com ações de prevenção e promoção à saúde, com impacto nas doenças crônicas e melhora na qualidade de vida da população. Especificamente, observo o nutricionista fazendo isso muito claramente, o educador físico com essa possibilidade de promover saúde a*

*grupo de idosos, de gestantes, crianças com obesidade [...] (G1).*

Desta forma, as ações praticadas citadas se relacionam com os principais desafios do Nasf, no que se refere a melhorar a qualidade do serviço ofertado e não apenas suprir a demanda assistencial (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Em relação aos avanços no processo de construção para a integralidade do cuidado, foi citado um caso que envolveu uma situação de luto, em que a atuação dos profissionais do Nasf junto à equipe desencadeou uma reflexão sobre o processo de trabalho. Essa reflexão contribuiu para que fossem vislumbradas novas possibilidades de atuação dos profissionais, com vistas à integralidade do cuidado.

*Uma coisa que para mim marcou, foi a questão do luto. É muito comum, na unidade de saúde, se chegar alguém passando mal, alguém já vai pedindo para ver a pressão e sai falando: morreu marido da fulana e ela está passando mal. E aí, vem uma psicóloga e diz para mim: 'É normal, ela está nervosa, ela tem que chorar, faz parte do luto' [...] Para nós, não. Já dá o remédio, já vê pressão, já vê consulta com cardiologista [...] e não entende a questão toda que permeia aquela hipertensão. (G2).*

Foi referido que a construção do processo de trabalho do Nasf acontece no cotidiano do serviço, por erros e acertos, apoiada em avaliações realizadas, coletivamente, por representantes da gestão da Daps, da gestão local e dos profissionais do Nasf.

*É com a experiência mesmo do dia a dia. A gente vai fazendo, vê o que dá certo, o que não dá, faz avaliações. Então, normalmente, a gente faz avaliações regionais [...] com o Nasf para avaliar como estão as atividades, como estão se desenvolvendo, o que pode mudar, o que pode melhorar, o que tem que acrescentar. (G15).*

A partir dos resultados, inferimos que o Nasf se caracterizou como um dispositivo de mudança, uma vez que, para a concretização

de seus objetivos, ou seja, para a integralidade da produção do cuidado e a interdisciplinaridade, foram criados novos padrões de relacionamento, que propiciaram outras formas de experimentação de grupalidade. Eles provocaram certos incômodos no modo de se operar no interior dos serviços, produziram reflexões das práticas, estabeleceram novas parcerias.

Deve-se entender que um dispositivo de mudança tem dois momentos essenciais: o da predominância de um objetivo estratégico; e o da produção de efeitos positivos, negativos ou indesejados, por meio de uma relação de ressonância e de contradição, que exige rearticulações e reajustes de elementos que surgem, de forma dispersa, em um processo contínuo de preenchimento estratégico (FOUCAULT, 2006).

Enquanto dispositivo de mudança, apresentou maiores avanços em um dos dois momentos essenciais a essa condição, o momento da predominância do objetivo estratégico. Isso se deu principalmente na institucionalização de alguns espaços, como as reuniões de matriciamento, nos momentos de reuniões com a EqSF e nos encontros formais com os gestores. Podem se relacionar a esse momento algumas contribuições: a deflagração do uso do apoio matricial; a instituição de arranjos para a reorganização das relações de poder e para a configuração de espaços mais democráticos e participativos (com análise, negociação e intervenção); e avaliações das práticas cotidianas.

Em relação ao segundo momento de um dispositivo – o da produção de efeitos positivos, negativos e indesejados –, percebeu-se que algumas ações e concepções relacionadas ao trabalho do Nasf encontraram ressonância entre os gestores e foram capazes de produzir efeitos positivos. Como exemplo disso, podemos citar: a ampliação do olhar para a produção do cuidado; o aumento no cardápio de ações oferecidas pela UBS aos seus usuários; a construção para a integralidade do cuidado; e a ampliação de ações para a promoção da saúde e para a diminuição do

impacto de doenças crônicas, como estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Quando não houve ressonância, foram produzidos efeitos indesejados e, até mesmo, negativos, como a demonstração de indiferença por parte de alguns gestores quanto à relevância do trabalho do Nasf.

Desse modo, o Nasf foi se transformando em uma produção viva em ato, permeado por disputas de poder, desejos e necessidades.

## **Colegiado gestor: um arranjo com potencialidades para a mudança**

Observamos que a formação do colegiado gestor do Nasf foi impulsionada pela dificuldade no processo de gestão do trabalho do próprio Nasf. O espaço falho no organograma da diretoria – expresso pela falta do coordenador do Nasf – somado à postura passiva de alguns coordenadores de UBS em relação à definição de direcionamentos para as ações e atividades a serem desempenhadas pelo Nasf e a resistência destes coordenadores em assumir a gestão, resultou nesse arranjo. “[...] A gente tem, no organograma aqui da prefeitura, um coordenador de saúde da família e do Nasf. Só que, até hoje, não conseguiu alocar ninguém. Por questões inúmeras” (G2).

O colegiado se formou pela indicação de um componente de cada categoria profissional do Nasf, todos embasados em critérios e características individuais de pró-atividade e habilidades para discutir e direcionar o trabalho. Os participantes se reúnem em fóruns de discussão, que, inicialmente, proporcionam o debate de políticas públicas, em especial, das relacionadas ao Nasf. Esse modo de operar contribui para as discussões das funções a serem desempenhadas pelos profissionais e favorece a formulação de protocolos de assistência, direcionados a cada categoria

profissional, embasados em uma visão de apoio e retaguarda assistencial especializada.

*[...] Cada categoria sempre tem alguém que se destaca, tem mais iniciativa, é pró-ativo. Então, a gente chamou esses que se destacavam de cada categoria: farmacêutico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. Fizemos uma reunião e montamos o colegiado, e demos carta branca. ‘Vocês vão ajudar a gente a direcionar o trabalho do Nasf’. Criaram-se fóruns de discussões. Eles começaram a produzir o protocolo. Criaram-se fóruns locais e reuniões mensais de Nasf, com, pelo menos, uma enfermeira da unidade. E tem os fóruns regionais. (G2).*

Os gestores apontaram o colegiado como algo inovador (G1, G5), uma alternativa ao modo de gerir o trabalho do Nasf e, também, como uma forma de disseminar as decisões tomadas no coletivo e aproximar-se da gestão central (G4). Aos olhos do gestor, sua atuação na gestão se aproxima à dos gerentes regionais no que se refere à deliberação, ao poder de decidir.

*A gente criou um grupo gestor, acredito ser algo inovador. Não sei se, no Brasil, tem ou não tem [...] Cada categoria tem um representante [...] para discutir um pouco mais aprofundado as políticas de saúde, [...] as políticas específicas do Nasf, para a gente disseminar melhor pelos grupos. Porque são 50 profissionais [...] O grupo gestor, ele já faz um trabalho como gerente, como um coordenador regional. Essa era uma ideia nossa, a princípio [...]. (G1).*

O colegiado do Nasf foi visto por alguns gestores como um arranjo com potencialidade para buscar alternativas frente à permanência de práticas hegemônicas pelos novos profissionais, e para revelar interesses em disputas nas UBS, como, por exemplo, o desejo de que o Nasf realizasse o apoio e o trabalho compartilhado em equipe com a ESF (G7, G9); ou o desejo do atendimento clínico especializado à demanda (G12, G13).

No entanto, observamos que o colegiado também vem se constituindo em espaço que propicia: o controle das atividades

desenvolvidas nas UBS; a disseminação, entre equipes e categorias profissionais, de informações sobre as decisões dos gestores; e a elaboração de ‘receitas’ sobre como construir o trabalho do Nasf, em um movimento de criação de linhas de conduta e estruturação do trabalho. Desta forma, o espaço do colegiado possibilita, ao representante do nível central da gestão, imprimir um forte direcionamento às atividades a serem desenvolvidas pelo Nasf. O trecho do diário de campo ilustra esta ponderação.

*O encontro se inicia com o questionamento sobre os avanços nas sistematizações dos grupos, em um tom de controle/cobrança do cumprimento de tarefa anteriormente solicitada. A maioria das falas é voltada ao coordenador do grupo. (DC 13/03/2013).*

A este respeito, Cecílio (2010) nos afirma que há dificuldades quanto às concepções, às formas de organização e ao funcionamento de colegiados gestores como instrumentos para a inovação da gestão. Neste estudo, visualizamos que os profissionais não conseguiram concretizar o colegiado como espaço efetivo de participação, de negociação, decisão e pactuação.

Também observamos que alguns dos profissionais membros do colegiado se apresentam com ‘olhares analisadores ruidosos’ sobre o modo como vêm se constituindo as práticas em saúde pelos profissionais do Nasf, sobre suas tecnologias e direcionalidades, e sobre o modo de fazer gestão presente no cotidiano do serviço. Entretanto, esses ruídos parecem, algumas vezes, ignorados e sobrepostos, no momento do encontro, pelo ‘tarefismo’, resultante da estrutura funcionalista da organização. Observa-se uma disputa de poderes, que respeita a hierarquia e abafa os ruídos, ao invés de deixá-los aflorar. Esta prática deixa passar a oportunidade de publicizar e problematizar as situações cotidianas, nem sempre possibilitando a discussão coletiva e a busca de novos caminhos.

*Profissionais ‘A’ e ‘B’ demonstram preocupação sobre o possível engessamento das estratégias*

*a serem utilizadas nos grupos, com a padronização, e lhes é explicado que o objetivo é criar linha-guia, conduzir o caminho e direcionar os novos profissionais, evitando prolongar a discussão. (DC 13/03/2013).*

Constatamos, também, que o colegiado foi criado para auxiliar os gestores da Daps de forma mais consultiva, possibilitando a expressão das opiniões dos profissionais que auxiliassem na tomada de decisão de tais gestores, o que corrobora as ideias de Cecílio (2010).

Notamos que, para alguns profissionais do Nasf, o colegiado foi visto apenas como um espaço para transmissão de diretrizes do nível central, a serem cumpridas localmente, reforçando uma conotação autoritária para o colegiado. Além disso, por vezes se configurou como espaço para que o corporativismo se manifestasse, pois o representante no colegiado se revestia de porta-voz de sua categoria profissional, nem sempre atingindo a adequada articulação entre os representantes e seus representados.

Para analisar os modos de gestão, tomamos emprestados os conceitos de gerir e de gerar apresentados por Onocko Campos (2003, p. 124). O gerir se relaciona à gestão clássica, como a “ação sobre as ações dos outros”, e se relaciona ao controle, à regulação e às normatizações. Pode, também, estar ligado ao exercício de poder disciplinado, que tem grande preocupação com a produtividade e forte tendência a reproduzir as práticas vigentes. O gerar estaria relacionado à busca, a movimento, à desestabilização do instituído. Abriria, para gestão, um lugar e um tempo. Criaria e instituiria espaços para a experimentação de tomadas de decisões coletivas e criação de projetos. Espaços como instâncias reflexivas e com análises implicadas com o que se pretende produzir (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Podemos destacar que os gestores vislumbraram, na gestão colegiada, a possibilidade de este se constituir em um arranjo potente para a gestão. Ressaltamos que o colegiado gestor se estabelece como um

arranjo ao se tornar uma forma de organização institucionalizada, com certa estruturação e permanência, com potencialidade para produzir fluxos na direção contrária (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Porém, apesar de a intenção da equipe gestora ter vislumbrado a dimensão do gerar com esse arranjo, criando e instituindo um espaço para a experiência de tomada de decisão coletiva, e possibilitando a formulação de projetos coletivos, a dimensão do gerir parece ter predominado no colegiado do Nasf.

Percebemos que a dimensão do gerir pode se relacionar à instituição dos protocolos como forma de chefiar a produção de atos e procedimentos, e pela necessidade de controle sobre o produto do Nasf no cotidiano dos serviços. Isto pode ser relacionado ao forte perfil de controle de alguns membros do colegiado, que, por diversos momentos, comprometeu a dimensão do gerar desse arranjo de gestão.

Diante do exposto, deve-se destacar que apenas a instituição do colegiado de gestão, por si só, não garante a distribuição de poder e o estabelecimento de espaços de decisão legitimados por todos os profissionais de saúde, conforme é defendido por alguns autores (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Portanto, ficou evidente que as potencialidades do gerar, desse arranjo, não estiveram a salvo de serem capturadas pela predominância do gerir dos serviços de saúde, o que corrobora a proposição de que toda coisa que um dia se institucionaliza, não está a salvo de ser capturada pela lógica dominante (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Desse modo, percebeu-se a convivência entre o desejo da mudança e suas dificuldades, em um movimento de avanço e retrocesso no confronto com o processo instituído. O retrocesso pode se relacionar ao estabelecimento da construção de protocolos por categoria profissional, com a pretensão de provocar mudanças de modo controlado, e os avanços podem ser traduzidos como uma nova possibilidade de inventar modos de gerir, com profissionais na disputa por projetos embasados

na necessidade dos usuários e em uma postura pró-ativa de mudanças.

Com base nas ideias de Cecílio (2007), acredita-se que o ponto de partida de toda pretensão de mudança, na forma de fazer gestão e organizar o cuidado, deve se relacionar à capacidade de interrogar o mundo do trabalho antes de propor, a priori, conceitos e/ou modos prescritivos de fazer a gestão. É necessário (des)construir categorias/conceitos/sentidos, em um encontro capaz de provocar discussão, debate, diálogo, de forma espontânea e não sistematizada, em um processo de criação e operação de novas categorias e conceitos que façam sentido para a prática.

Assim, para que o Nasf se potencialize enquanto dispositivo inovador nos processos de mudança, em busca da produção do cuidado integral e da satisfação das necessidades de saúde da população, há de se investir na garantia de espaços que promovam o encontro; possibilitem o diálogo; potencializem as ações das equipes da ESF; problematizem as ações cotidianas; favoreçam ações compartilhadas e corresponsáveis; deixem aflorar os conflitos; e estimulem novas reflexões e o desenvolvimento de estratégias criativas para novos e velhos problemas de saúde. Além disso, deve estar integrado às equipes da ESF com interação dos núcleos dos saberes, o que possibilitaria a construção de contratualizações das relações de trabalho; a horizontalização de relações de poder capazes de aglutinar certas habilidades que estão no campo da tensão entre os modelos e os processos de trabalho; o agenciamento e a aproximação das pessoas envolvidas; e o favorecimento de espaços de conversa e negociação.

Devem-se manter arranjos que visem a modos de gerir amparados em princípios democráticos, que não excluam a dimensão do autogoverno, mas considerem a potencialidade de todos os envolvidos no processo e explorem o espaço permanente de tensões, conflitos e disputas. Arranjos amparados em formalismos contratuais, que delegam poder e potencialidade de mudança a poucos, não garantem

o compromisso e o comprometimento necessários para os processos de mudança. As organizações precisam ser consideradas como espaços mutantes de construção permanente e inacabada (ACIOLE, 2013).

Os dispositivos e arranjos deflagrados necessitam, assim, ser pensados a partir dos seus verdadeiros instituintes, os usuários.

Convém expor que o estudo limitou-se a explorar o olhar dos gestores formais da AB. Apesar de serem uma parcela importante dos atores na gestão, devemos considerar que não representam a totalidade da visão. Assim, acreditamos que futuros estudos possam apreender outras impressões, incluindo a visão de outros atores envolvidos no processo. Houve a intencionalidade de discutir os resultados sob a ótica de um dado referencial, porém outros estudos podem ser analisados sob outras perspectivas teóricas.

## Conclusão

O presente trabalho procura demonstrar que a implantação/implementação das equipes Nasf se constituiu como um dispositivo com a potencialidade de instituir mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado. O Nasf e os arranjos implementados a partir deste dispositivo foram, em alguns momentos, capazes de cumprir seu papel, por interrogar os processos de trabalho e as produções do cotidiano, e por trazer novas disputas para o cenário. Em outros momentos, foi utilizado para a manutenção do status quo.

Por se tratar de uma política recente, os resultados desta pesquisa tornam-se relevantes, pois analisam o Nasf enquanto um dispositivo de mudança, com potencialidades criadoras de novas práticas, com capacidade de ampliar e intensificar as ações das EqSF, de deflagrar processos e de instituir novos arranjos na AB. Além disso, apresenta possibilidades na gestão do seu processo de trabalho, por meio da instituição de arranjos, como o colegiado gestor, uma possibilidade na dimensão 'gerar' da gestão.

O processo de busca por mudanças é favorecido quando há constituição de dispositivos e arranjos que utilizam decisões compartilhadas e pactuadas, com foco na consecução do objetivo comum: a atenção à vida e a produção do cuidado integral e de qualidade. Assim, para que se efetivem transformações, deve-se ousar e investir no potencial de mudança do Nasf enquanto dispositivo, e, no colegiado gestor, enquanto arranjo. Eles devem ser mantidos de forma criativa e como alternativas aos fazeres atuais no cotidiano dos serviços, com a ampliação da capacidade de interrogar tais fazeres e com investimento na garantia de espaços que proporcionem o encontro.

Acreditamos que os resultados desta pesquisa trazem à tona concepções e ações desempenhadas pelos gestores da AB no município pesquisado. A reflexão sobre estas concepções e ações contribui para a compreensão de movimentos em um processo de mudança. Destacamos as alternativas de rompimento de práticas hegemônicas em favor de processos instituintes, visando a modos de alcançar a integralidade do cuidado. ■

---

## Referências

ACIOLE, G. G. As desventuras de público no país das privadas. In: FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. S. C. (Org.). *VER-SUS Brasil: caderno de textos do VER-SUS/Brasil*. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, 2012.



- AZEVEDO, C. S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PNAB: Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 25 out. 2015.
- CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Praxis e formação Paidéia: apoio e co-gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- CECCIM, R. B. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de *Formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação para o curso*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2005.
- CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, maio/ago. 2007.
- CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e protagonismo dos trabalhadores: porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. O singular processo de coordenação de hospitais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, maio/ago., 2003.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2006.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 19-67.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde (Impr.)*, São Paulo, v. 34, p. 92-6. 2010.
- ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- SAMPAIO, J. *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 317-24. 2012.
- SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. B. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2009.
- SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades

## *Primary Health Care in Brazilian municipalities: efficiency and disparities*

Grazielle Custódio David<sup>1</sup>, Helena Eri Shimizu<sup>2</sup>, Everton Nunes da Silva<sup>3</sup>

**RESUMO** O estudo tem por objetivo analisar a eficiência da Atenção Primária à Saúde e de averiguar possíveis disparidades em saúde por meio de um estudo ecológico transversal baseado em dados dos municípios referentes ao IDSUS da atenção primária e no gasto total médio *per capita*, estratificado por região e grupos homogêneos, para o período 2008-2010. Observou-se a dificuldade de estruturação da atenção primária nas grandes cidades e no Norte; o favorecimento das transferências federais aos municípios com maiores necessidades; a maior eficiência foi encontrada no Nordeste e no grupo homogêneo de municípios com os piores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde. Observaram-se, também, grandes disparidades entre as regiões brasileiras e os grupos homogêneos de municípios, segundo suas características socioeconômicas e de estrutura de saúde, no que se refere à eficiência da Atenção Primária à Saúde e à capacidade de aplicação de recursos próprios pelos municípios. Constatou-se, por fim, a existência de importante inexecução do valor transferido pela União para os municípios dentro do bloco de financiamento da Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; Disparidades em assistência à saúde; Economia da saúde.

**ABSTRACT** *The study aims to analyze the efficiency of Primary Health Care and to find out possible disparities in health by means of a cross-sectional ecological study based on data from municipalities concerning primary care IDSUS and total expenditure per capita average, stratified by region and homogeneous groups, for the period 2008-2010. It was noted the difficulty in structuring primary care in the municipalities and in the North Region; the favoring of federal transfers to municipalities in greater needs; the greatest efficiencies found in the Northeast Region in the homogeneous group of municipalities with the worst socio-economic and structural health indicators. Large differences were also observed among Brazilian regions and homogeneous groups of municipalities according to their socio-economic characteristics and health structure as regards the efficiency of primary health care and the municipalities' ability to apply their own resources. Finally, it is to be remarked the significant nonuse of the amount transferred by the federal government to the municipalities within the primary care funding block.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Healthcare disparities; Health economics.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
grazifisio3@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
shimizu@unb.br

<sup>3</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
evertonsilva@unb.br

## Introdução

Em um contexto em que os recursos são limitados, o Estado deve fazer escolhas ótimas para gerir a oferta de ações e serviços de saúde no intuito de aumentar os resultados à população em termos de longevidade e de qualidade de vida. Nesse sentido, a análise econômica torna-se uma ferramenta importante para definir alternativas eficientes em saúde (BROUSSELLE; LACHAINE; CONTANDRIOPOULOS, 2013).

A eficiência em saúde é entendida como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado (VIACAVA ET AL., 2012). Eficiência refere-se à capacidade de um sistema de funcionar com menores custos sem sacrificar os resultados, com vistas a obter a melhor relação de custo-efetividade possível (DONABEDIAN, 2003).

São poucos os estudos que avaliam a eficiência em saúde no Brasil. A maioria dos artigos realizados recentemente refere-se à avaliação de ações, procedimentos e serviços de saúde específicos, com média e alta complexidades. Especificamente relacionados à atenção primária, foram encontrados quatro estudos: dois com escopo estadual em São Paulo (VARELA; MARTINS; FÁVERO, 2012) e Espírito Santo (ALVES; COSTA, 2013), um voltado aos municípios da região Sudeste (SANTOS; GONÇALVES; FIGUEIREDO, 2013) e o último, aos municípios brasileiros (DIAS, 2010); todos utilizaram como método de avaliação a Análise Envoltória de Dados (DEA).

Os principais achados foram: tanto nos estudos sobre dos municípios paulistas como capixabas, observou-se que somente maior aporte de recursos financeiros não implica maior eficiência; o estudo da região sudeste teve como uma de suas principais contribuições a proposta do modelo analítico de desempenho da alocação de recursos na Atenção Básica da saúde pública; por fim, o estudo que avaliou 4.007 municípios brasileiros observou maior eficiência da Atenção Básica nos municípios da região Nordeste

e Norte, dos municípios com melhor saneamento e maior proporção de crianças, enquanto municípios com maior proporção de idosos, capitais de estados, e maior relação de médicos por enfermeiros estavam associados com menor eficiência.

Considerando o aumento do gasto público na área social nas últimas décadas (BRASIL, 2012B), torna-se premente conduzir pesquisas que o avaliem, no intuito de orientar a aplicação mais eficiente dos recursos disponíveis, especialmente os gastos relacionados à atenção primária, que representa a principal estratégia de reorganização do sistema de saúde e cujo propósito é desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, de acordo com a Portaria GM/MS n. 2.488/2011.

O financiamento da atenção primária é tripartite, financiado pelos três entes federados, sendo que a União transfere aos municípios os recursos financeiros por meio do bloco de financiamento da atenção primária, na modalidade fundo a fundo, que é constituído pelos pisos da Atenção Básica: i) fixo (PAB fixo), composto por recurso *per capita*; e ii) variável (PAB variável), composto por recursos destinados à implantação de estratégias prioritárias (PIOLA ET AL., 2009). Os estados também transferem, fundo-a-fundo, recursos financeiros aos municípios por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica. Por fim, o município aplica recursos próprios para financiar a Atenção Primária à Saúde (APS).

A expansão da atenção primária tem sido significativa. No final de 2013, havia 36 mil equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 300 mil agentes comunitários de saúde e 23 mil equipes de saúde bucal (RODRIGUES ET AL., 2014). Apesar desses avanços, o seu financiamento tem sido problemático, sobretudo porque ainda é insuficiente (MENDES; MARQUES, 2014).

Apesar das estratégias para aprimorar o financiamento da atenção primária, sabe-se que os municípios convivem com diversos tipos

de dificuldades, especialmente os de pequeno porte, porque não contam com recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo governo federal (MENDES; MARQUES, 2014), o que demanda a necessidade de analisar com maior profundidade uma distribuição mais equitativa dos recursos para o melhor desempenho do sistema de saúde.

Dessa forma, este estudo tem por objetivo avaliar a eficiência econômica da APS nos municípios brasileiros, além de averiguar possíveis disparidades regionais e de fatores socioeconômicos e de características do sistema de saúde, com base no gasto e o desempenho da atenção primária no Brasil no período 2008-2010.

## Método

Trata-se de um estudo ecológico transversal baseado em dados dos municípios brasileiros no período 2008-2010 referentes ao desempenho e aos gastos em saúde, ambos atinentes às ações e serviços da atenção primária. O índice de desempenho da atenção primária e seu respectivo gasto total médio *per capita* foram estratificados em duas categorias – alto (A) e baixo (B) –, levando-se em consideração a média nacional do período sob investigação. Assim, obtiveram-se quatro grupos:

- i) AA, municípios com alto desempenho e alto gasto total médio *per capita*;
- ii) AB, municípios com alto desempenho e baixo gasto total médio *per capita*;
- iii) BA, municípios com baixo desempenho e alto gasto total médio *per capita*;
- iv) BB, municípios com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita*.

Para fins desta análise, consideraram-se os municípios do grupo AB eficientes

em termos econômicos, visto que obtiveram desempenho acima da média nacional (*output*) com recursos financeiros *per capita* aplicados na atenção primária abaixo da média nacional (*input*); os municípios do grupo BA, por sua vez, foram considerados ineficientes, pois apresentaram desempenho abaixo da média nacional e utilizaram recursos financeiros *per capita* acima da média nacional.

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde da Atenção Primária (IDSUS-AP) foi utilizado como medida de desempenho dos municípios brasileiros e disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2012. É composto por indicadores de acesso e efetividade da atenção primária, a partir dos dados do período de 2007-2010 (BRASIL, 2012A). Esse índice pode assumir valores entre zero (pior desempenho) e dez (melhor desempenho). São dez indicadores que caracterizam o IDSUS-AP, sendo três referentes a acesso: cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária; cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal; e proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas pré-natal. Os outros sete se referem à efetividade: proporção de internação sensível à atenção primária; taxa de incidência de sífilis congênita; proporção de cura de novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera; proporção de cura de novos casos de hanseníase; cobertura com vacina tetravalente em menores de um ano; média da ação de escovação dental supervisionada; e proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos. Todos os indicadores tinham meta previamente estabelecida pelo Ministério da Saúde. Assim, resultados que superaram a meta ultrapassaram o índice de 100%.

O gasto total médio *per capita* foi obtido do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) do Ministério da Saúde por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica. Optou-se pela média dos valores declarados pelos municípios de 2008 a 2010, de

forma a manter a correspondência temporal com o IDSUS-AP; o ano de 2007 foi excluído da análise porque 79,3% dos municípios não declaram o valor despendido na atenção primária, o que enviesaria substancialmente a média amostral dessa variável. Já para os anos 2008, 2009 e 2010, a porcentagem dos municípios que não declaram o valor despendido com APS caiu para 8,8%, 7,5% e 6,2%, respectivamente. Os municípios sem esses dados foram excluídos da amostra; assim, dos 5.565 municípios brasileiros, a amostra do estudo conta com 4.706. O gasto refere-se ao valor total aplicado na atenção primária pelos municípios e é constituído por financiamento tripartite (recursos próprios dos municípios, acrescidos das transferências da União e dos estados). Esses dados foram deflacionados a preços de julho de 2014, utilizando-se a série histórica do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

O valor transferido pela União para os municípios foi obtido do Siops do Ministério da Saúde por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica. A avaliação da execução desse recurso foi realizada pela subtração do valor transferido pela União do gasto total com APS pelo município. Quando o valor do gasto total era inferior ao da transferência, considerou-se como inexecução. É possível que a inexecução das transferências federais seja ainda maior do que o que foi encontrado neste estudo, o que só seria possível avaliar por meio da análise dos fundos municipais de saúde, cujos dados, em muitos casos, ainda não estão disponíveis online.

Para identificar eventuais disparidades regionais, de fatores socioeconômicos e de características do sistema de saúde dos municípios, estes foram agrupados por regiões brasileiras e por grupos homogêneos. Utilizando a metodologia elaborada pelo Ministério da Saúde, este estudo adota a proposta do IDSUS para conformação de grupos homogêneos de municípios. Três

índices foram utilizados para caracterizar os agrupamentos: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); Índice de Condição de Saúde (ICS) e Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). Com base nesses índices, criaram-se seis Grupos Homogêneos (GH) (BRASIL, 2012A).

- i) GH 1, com 29 municípios, apresenta alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e alto índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- ii) GH 2, com 94 municípios, apresenta alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e médio índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- iii) GH 3, com 632 municípios, apresenta médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- iv) GH 4, com 587 municípios, apresenta baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- v) GH 5, com 2.039 municípios, apresenta médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade;
- vi) GH 6, com 2.184 municípios, apresenta baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade.

Por se tratar de dados secundários e disponíveis ao público no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, não foi necessário submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados

A *tabela 1* apresenta os dados descritivos referentes ao índice de desempenho da atenção primária nos 4.706 municípios brasileiros, os quais refletem informações coletadas no período 2007-2010, além de alguns indicadores individuais sobre acesso e efetividade que compuseram o IDSUS-AP. De um modo geral, a média nacional do IDSUS-AP foi relativamente alta, correspondendo a 8,11 (DP95% 1,53). Observou-se que os grupos de municípios avaliados com os menores índices de desenvolvimento econômico, de condição de saúde e de estrutura do sistema de saúde foram os que apresentaram maiores notas do IDSUS-AP: grupos homogêneos 5 e 6 obtiveram nota 8,54 (DP95% 1,34) e 8,25 (DP95% 1,34), respectivamente; enquanto os grupos homogêneos 1 e 2 obtiveram nota 6,21 (DP95% 1,52) e 6,7 (DP95% 1,47), respectivamente. Em termos regionais, o Norte se distancia das demais regiões em relação ao IDSUS-AP, com nota 7,23 (DP95% 1,91), enquanto as outras ficaram muito próximas à média nacional.

Ao se analisarem os grupos homogêneos referentes aos indicadores selecionados de acesso e efetividade da atenção primária, percebem-se diferenças substanciais. Os grupos homogêneos 5 e 6 ultrapassaram a meta previamente estabelecida de cobertura populacional da atenção primária, com 125,40% e 115,80%, respectivamente – os valores acima de 100% ocorrem porque existem mais equipes de saúde da Atenção Básica em relação à população coberta, do que é preconizado pela norma, ao passo que os grupos homogêneos 1 e 2 ficaram abaixo da meta (61% e 64%, respectivamente).

A meta estabelecida para cobertura populacional da saúde bucal era de 50%, a qual foi ultrapassada pelos grupos homogêneos 4, 5 e 6 (61,9%, 93,5% e 93,2%, respectivamente). Com relação ao indicador de internação sensível à Atenção Básica, a meta não deveria superar 28%; todavia, somente os grupos homogêneos 1 e 2 alcançaram 26,9% e 28,2%, respectivamente. A taxa de sífilis congênita é alta em todos os grupos em relação à meta estabelecida de 1 caso em 1.000 nascidos vivos por ano, tendo o grupo homogêneo 3 a menor taxa (1,32/1.000 nascidos) e o grupo homogêneo 1 a maior (2,96/1.000 nascidos). Em relação à cobertura da vacina tetravalente em menores de um ano, apenas o grupo homogêneo 1 não atingiu a meta estabelecida de 95%, apesar de ter apresentado um elevado percentual de cobertura (93%).

Tabela 1. Média e desvio padrão dos indicadores selecionados e notas atribuídas aos municípios brasileiros referentes ao Índice de Desempenho do SUS na Atenção Primária (IDSUS-AP), por região brasileira e grupo homogêneo, Brasil, 2007 a 2010

	AP - Acesso		AP - Efetividade		IDSUS-AP	
	(a) Cob. AP (%)	(b) Cob. Saúde Bucal (%)	(c) Tx intern. sens. à AP (%)	(d) Tx sífilis cong.	(e) Cob. vacina tetra (%)	(f) IDSUS-AP
n	4.706	4.706	4.706	1.531	4.706	4.706
<b>Média Nacional</b>						
	110,3 (48,43)	83,6 (49,15)	37,7 (11,20)	2,20 (1,40)	107,1 (27,12)	8,11 (1,53)
<b>Grupo Homogêneo</b>						
1	61,0 (20,43)	28,3 (16,59)	26,9 (5,53)	2,96 (2,66)	93,0 (5,37)	6,21 (1,52)
2	64,0 (18,80)	35,3 (19,22)	28,2 (6,37)	1,92 (1,85)	95,0 (7,56)	6,7 (1,47)
3	75,3 (29,95)	48,3 (30,21)	32,3 (8,71)	1,32 (1,06)	101,0 (33,06)	7,22 (1,71)
4	85,0 (31,95)	61,9 (32,87)	44,0 (11,22)	1,95 (1,87)	103,3 (23,78)	7,34 (1,72)
5	125,4 (56,38)	93,5 (55,26)	34,2 (9,59)	2,46 (0,44)	109,4 (25,68)	8,54 (1,34)
6	115,8 (39,54)	93,2 (43,84)	41,5 (11,22)	2,81 (0,96)	108,4 (27,54)	8,25 (1,34)
<b>Região Brasileira</b>						
N	87,3 (38,91)	65,2 (40,64)	41,9 (11,17)	2,21 (1,59)	104,6 (26,99)	7,23 (1,91)
NE	106,6 (32,99)	85,6 (39,79)	43,4 (11,60)	2,38 (1,31)	104,7 (23,03)	8,15 (1,30)
CO	104,4 (43,83)	87,6 (43,66)	37,4 (9,73)	2,66 (2,30)	109,6 (26,18)	8,28 (1,22)
SE	116,1 (59,57)	83,2 (56,52)	34,0 (9,54)	1,64 (1,10)	110,8 (32,37)	8,20 (1,56)
S	117,3 (50,31)	84,4 (51,86)	33,4 (9,46)	2,06 (1,05)	104,4 (23,52)	8,35 (1,46)

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Desvio padrão entre parênteses; (a) cobertura populacional com atenção primária; (b) cobertura populacional com saúde bucal; (c) taxa de internações sensíveis à atenção primária; (d) taxa de sífilis congênita por mil nascidos vivos; (e) cobertura com vacina tetravalente em menores de um ano; (f) nota do índice de desempenho do SUS da atenção primária; (n) número de observações municipais constantes no IDSUS.

As regiões Sul e Sudeste apresentaram a maior cobertura populacional da atenção primária (117,4% e 116,1%, respectivamente), enquanto o Norte apresentou a menor (87,3%), sendo a única região que ficou abaixo da meta. As regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram a maior cobertura populacional com saúde bucal (85,6% e 87,6%, respectivamente), enquanto a Norte apresentou a menor (65,2%); apesar disso, todas as regiões ultrapassaram a meta de 50% de cobertura de saúde bucal. O indicador de internação sensível à atenção primária é mais alto no Nordeste e no Norte (43,4% e

41,9%, respectivamente) e mais baixo no Sul e Sudeste (33,4% e 34%, respectivamente), sendo importante ressaltar que nenhuma das regiões alcançou a meta de ter no máximo 28% de taxa de internações de condições sensíveis à atenção primária. A taxa de incidência de sífilis congênita é alta em todas as regiões, sendo a menor taxa no Sudeste (1,64 casos/1.000 nascidos) e a maior no Centro-Oeste (2,66 casos/1.000 nascidos). A cobertura da vacina tetravalente está acima da meta em todas as regiões.

A tabela 2 sumaria os dados financeiros médios *per capita* aplicados na atenção

primária referentes aos 4.706 municípios brasileiros no período 2008-2010 em relação às transferências da União e ao valor total aplicado nesse nível de densidade tecnológica de atenção à saúde. Em termos nacionais, a média *per capita* das transferências federais aos municípios foi de R\$ 54,61 (DP95% 29,71) entre 2008 e 2010, enquanto o valor total médio *per capita* aplicado na atenção primária foi

de R\$ 136,99 (DP95% 164,03). Observou-se que as transferências federais seguem um padrão voltado à equidade, pois houve maior repasse de recursos aos municípios com maiores dificuldades no período 2008-2010, tanto por grupo homogêneo – GH1 R\$ 27,38 (DP95% 9,61) *versus* GH6 R\$ 67,07 (DP95% 27,67) – como por região – Sudeste R\$ 46,65 (DP95% 168,67) *versus* Norte R\$ 66,37 (DP 95% 31,99).

Tabela 2. Média e desvio padrão das transferências federais *per capita* e do gasto total *per capita* dos municípios para a atenção primária, por grupo homogêneo e por regiões, Brasil, 2008 a 2010

	2008		2009		2010		2008-2010	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)
	Transf. fed. <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total <i>per capita</i> (R\$)	Transf. fed. <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total <i>per capita</i> (R\$)	Transf. fed. <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total <i>per capita</i> (R\$)	Transf. fed. média <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total médio <i>per capita</i> (R\$)
<b>Média Nacional</b>								
Brasil	46,37 (28,63)	127,15 (309,71)	54,76 (30,61)	130,67 (156,25)	62,70 (33,11)	153,15 (172,41)	54,61 (29,71)	136,99 (164,03)
<b>Grupos Homogêneos</b>								
1	21,21 (8,66)	56,58 (71,14)	32,93 (10,07)	60,45 (81,05)	28,00 (10,59)	98,56 (121,64)	27,38 (9,61)	71,86 (77,21)
2	31,97 (10,07)	55,22 (71,00)	27,50 (11,11)	69,90 (84,29)	30,99 (11,64)	80,24 (82,42)	30,15 (10,54)	68,45 (67,84)
3	27,61 (16,19)	80,94 (102,46)	33,04 (18,09)	94,44 (109,79)	37,66 (10,50)	114,55 (129,98)	32,77 (17,56)	96,64 (96,56)
4	43,59 (20,96)	63,24 (77,46)	51,39 (21,64)	79,29 (68,25)	59,75 (24,30)	95,37 (76,21)	51,57 (21,52)	79,30 (56,97)
5	42,82 (25,55)	147,83 (192,45)	50,20 (27,69)	170,65 (199,75)	56,55 (28,42)	200,25 (219,93)	49,85 (26,58)	172,91 (176,83)
6	56,53 (28,52)	141,97 (447,17)	67,10 (28,90)	120,70 (121,67)	77,58 (31,61)	139,28 (133,07)	67,07 (27,67)	133,98 (175,42)
<b>Regiões Brasileiras</b>								
N	56,69 (32,30)	88,69 (95,18)	66,10 (32,04)	97,02 (89,62)	76,34 (37,71)	114,16 (106,71)	66,37 (31,99)	96,88 (77,33)
NE	54,76 (26,42)	127,52 (480,25)	64,83 (26,41)	99,62 (96,22)	74,60 (27,93)	116,21 (104,24)	64,68 (25,51)	114,00 (176,64)
CO	53,06 (32,40)	140,61 (186,73)	59,75 (32,65)	157,65 (174,26)	69,84 (33,37)	182,81 (190,63)	60,88 (31,92)	160,35 (168,46)
SE	39,17 (24,59)	132,82 (177,68)	46,91 (31,31)	154,64 (187,45)	53,88 (31,28)	182,42 (59,49)	46,65 (168,53)	156,62 (168,67)
S	42,15 (23,87)	142,00 (161,46)	49,31 (25,94)	159,51 (171,68)	54,41 (26,69)	184,80 (183,98)	48,62 (24,27)	162,43 (147,74)

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Valores deflacionados a preços de julho de 2014, com base no IPCA-IBGE, seguido do desvio padrão entre parênteses: (a) transferências federais *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária em 2008; (b) gasto total *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros em 2008, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município), avaliado por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica; (c) transferências federais *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária em 2009; (d) gasto total *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros em 2009, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município); (e) transferências federais *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária em 2010; (f) gasto total *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros em 2010, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município); (g) transferências federais médias *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária entre 2008 e 2010; (h) gasto total médio *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros entre 2008 e 2010, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município).



Em termos de grupos homogêneos e do gasto total médio *per capita* com a atenção primária no período 2008-2010, verificou-se que os grupos 5 e 6, mais pobres e com serviços de saúde menos densos tecnologicamente, apresentaram maior valor *per capita* liquidado, correspondendo a R\$ 172,91 (DP95% 176,83) e R\$ 133,98 (DP95% 175,42), respectivamente; já os grupos homogêneos 1 e 2, mais ricos e com serviços de saúde mais densos tecnologicamente, liquidaram relativamente menos na atenção primária, com média no período de R\$ 71,86 (DP95% 77,21) e R\$ 68,45 (DP05% 67,84), respectivamente (tabela 2).

Quanto às regiões brasileiras, observa-se dificuldade na contrapartida do gasto total médio *per capita* com atenção primária pelos municípios das regiões Norte e Nordeste, visto que, apesar de receberem as maiores transferências federais *per capita*, têm o

menor gasto total *per capita*: Norte R\$ 96,88 (DP95% 77,03) e Nordeste R\$ 114,00 (DP95% 176,64); ao passo que a região Sul aplicou R\$ 162,43 (DP95% 147,74).

A tabela 3 mostra os dados dos municípios brasileiros que informaram um gasto total com atenção primária inferior ao valor transferido pela União quando o gasto é avaliado por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica do Siops, excluídos os municípios que não informaram seus gastos. De modo geral, observa-se a tendência de diminuição da frequência de inexecução das transferências federais ao longo do período analisado – de 18,23% em 2008 para 13,28% em 2010, na média nacional. No entanto, ressalta-se que a frequência de inexecução ainda foi relativamente alta (10,75% na média nacional) no período 2008-2010. Essa tendência também é verificada nos grupos homogêneos e nas regiões.

Tabela 3. Percentual de municípios que não executaram o valor transferido pela União, por grupo homogêneo e por região brasileira, Brasil, 2008 a 2010

	2008	2009	2010	2008-2010
	(a)	(a)	(a)	(a)
	% mun. não exec.	% mun. não exec.	% mun. não exec.	% mun. não exec.
<b>Média Nacional</b>				
Brasil	18,23	13,79	13,28	10,75
<b>Grupo Homogêneo</b>				
1	37,50	45,83	25,00	25
2	29,27	26,83	17,07	19,51
3	19,34	16,79	12,23	12,04
4	29,51	14,75	14,14	15,57
5	15,34	11,7	10,77	9,08
6	16,69	16,13	15,46	9,83
<b>Região Brasileira</b>				
N	20,53	18,93	19,2	17,87
NE	23,24	16,85	15,94	12,22
CO	11,14	7,67	8,91	7,92
SE	13,69	13,69	12,12	7,95
S	19,11	14,13	10,53	10,71

Fonte: Elaboração própria.

Nota: (a) porcentagem dos municípios que não executaram o valor transferido pela União.

Especificamente aos grupos homogêneos, a inexecução das transferências da União pelos municípios para a atenção primária no período 2008-2010 foi maior no grupo homogêneo 1 (25,0%) e menor no grupo homogêneo 5 (9,08%). Em relação às regiões brasileiras, no mesmo período, o Norte e o Nordeste foram as regiões que menos executaram o valor transferido pela União direcionado à atenção primária (17,87% e 12,22%, respectivamente), enquanto o Centro-Oeste apresentou um menor percentual de municípios com inexecução dos repasses federais (7,92%) (tabela 3).

A tabela 4 apresenta a distribuição dos municípios brasileiros nas quatro categorias (AA, AB, BA e BB), identificando os municípios eficientes e ineficientes com respeito à atenção primária. Nacionalmente, a maior parte dos municípios (44,7%) encontra-se na categoria AB, considerada como a mais eficiente, por representar a melhor relação gasto/desempenho. O percentual de municípios ineficientes (categoria BA) é de 8,72%. Foi possível observar também que 78,11% dos municípios brasileiros apresentam alto IDSUS-AP. Entre os municípios com baixo IDSUS-AP, 80,36% apresentam também baixo gasto.

Tabela 4. Resultados da análise de eficiência dos municípios brasileiros segundo categorias AA, AB, BA e BB, por grupos homogêneos e regiões brasileiras, Brasil, 2008 a 2010

	<b>AA %</b>	<b>AB %</b>	<b>BA %</b>	<b>BB %</b>
	Alto IDSUS-AP e alto gasto	Alto IDSUS-AP e baixo gasto	Baixo IDSUS-AP e alto gasto	Baixo IDSUS-AP e baixo gasto
<b>Média Nacional</b>				
Brasil	26,47	35,81	9,49	28,23
<b>Grupo Homogêneo</b>				
<b>1</b>	12,45	8,33	8,33	70,83
<b>2</b>	6,09	12,19	8,53	73,17
<b>3</b>	17,15	19,52	15,51	47,81
<b>4</b>	9,83	36,06	3,89	50,2
<b>5</b>	42,24	33,21	12,24	12,29
<b>6</b>	32,48	43,12	6,97	17,42
<b>Regiões Brasileiras</b>				
<b>N</b>	18,4	24	9,06	48,26
<b>NE</b>	21,78	47,66	5,61	24,85
<b>CO</b>	38,61	26,48	15,09	19,55
<b>SE</b>	40,78	25,67	12,05	21,4
<b>S</b>	43,21	29,17	9,97	17,54

Fonte: Elaboração própria.

Notas: AA, municípios com alto desempenho e alto gasto total médio *per capita*; AB, municípios com alto desempenho e baixo gasto total médio *per capita*; BA, municípios com baixo desempenho e alto gasto total médio *per capita*; BB, municípios com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita*.

Nos grupos homogêneos 1, 2, 3 e 4 prevaleceram os municípios da categoria BB, chegando a mais de 70% nos grupos 1 e 2. Na categoria dos mais eficientes (AB), destacou-se o grupo 6, que obteve o maior percentual

de municípios (43,12%). Em termos regionais, por sua vez, o Norte e o Nordeste obtiveram quase metade de seus municípios em uma categoria, sendo o Norte na BB (48,26%) e o Nordeste na AB (47,66%). Cabe destacar

que o Nordeste também apresentou o menor percentual de municípios na categoria BA, com 5,61% do total desta região.

## Discussão

Os resultados deste estudo apontam as seguintes observações: i) a dificuldade de estruturação da atenção primária nas grandes cidades (grupos homogêneos 1 e 2) e no Norte; ii) as transferências federais favoreceram os municípios com maiores necessidades, visando à equidade, em termos tanto dos grupos homogêneos quanto das regiões; iii) a existência de inexecução orçamentária em alguns municípios brasileiros referente à atenção primária, principalmente no grupo homogêneo 1 e nas regiões Norte e Nordeste, quando avaliados os gastos informados pelos municípios através do bloco de financiamento da Atenção Básica no Siops; iv) a grande contribuição em termos de eficiência do grupo homogêneo 6 e do Nordeste na relação gasto/desempenho da atenção primária.

A cobertura populacional da atenção primária no grupo homogêneo 1 e 2 ainda é muito baixa. Essa é uma situação antiga, dado que desde 2002 observa-se que a ESF tem tido dificuldade de ser introduzida de forma ampla e substitutiva ao modelo assistencial tradicional nos grandes centros urbanos, com sistemas de saúde complexos. Nessas cidades, a Estratégia ainda é focalizada apenas em grupos populacionais de maior risco social e por meio apenas da expansão de cuidados mínimos (CAETANO; DAIN, 2002). Alguns desafios decorrem das desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde e das diferentes combinações do *mix* público-privado nesses municípios, que acabam por concorrer para a consolidação do modelo de atenção primária preventiva (VIANA ET AL., 2008).

O único indicador que foi melhor no grupo homogêneo 1 do que nos demais é o de internação sensível à atenção primária, considerado um indicador utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade

de resolução desse nível de cuidado; assim, o acesso à atenção primária de qualidade razoável deveria reduzir esse indicador (ANSARI; LADITKA; LADITKA, 2006). Porém, alguns autores argumentam que essas internações podem estar mais relacionadas a variáveis socioeconômicas do que à efetividade da atenção primária, particularmente devido aos determinantes sociais do processo saúde-doença (REHEM, 2011).

As transferências federais para a atenção primária demonstraram ser realizadas de acordo com a equidade. Os grupos homogêneos 6, 5 e 4 e as regiões Norte e Nordeste receberam maior transferência *per capita*. Tanto a equidade quanto a ampliação do valor *per capita* transferido pela União são reforçados a partir de 2003 (CASTRO; MACHADO, 2010). Nesse ano, o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia de correção progressiva, aumentando o PAB fixo, valor transferido *per capita*, sem necessidade de pactuações, a exemplo do que ocorre no PAB variável. Além disso, com o objetivo de atingir um financiamento mais equitativo, a Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.434/2004, pela primeira vez, empregou indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios (SOLLA ET AL., 2007).

Apesar da transferência federal mais equitativa para a atenção primária nas regiões Norte e Nordeste, a execução orçamentária não é adequada: essas são as regiões com maior percentual de inexecução do valor transferido pela União para os municípios por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica. Tal execução ocorre também no grupo homogêneo 1. Uma possível razão para essa baixa execução orçamentária é a disponibilidade insuficiente de profissionais de saúde, especialmente médicos para atuarem nessas regiões, o que dificulta a aplicação dos recursos (MAFRA, 2011). Outro elemento que os municípios alegam para justificar a baixa execução orçamentária da atenção primária é a transferência de

valores excessivamente ‘carimbados’ pela União, isto é, de destinação muito fechada e nem sempre de acordo com a necessidade da realidade local (ASSIS ET AL., 2007).

Existe ainda a possibilidade que, como os dados de execução orçamentária são declarados pelos municípios, a informação esteja incorreta; isto é, apesar de os municípios receberem o recurso federal por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica, podem estar informando o gasto em outro bloco. Ainda assim, sendo o Siops único no seu propósito, resta-nos avaliar o financiamento e a execução orçamentária com APS por meio dos dados ali contidos e trazer ao conhecimento esse possível problema, que exige uma melhor adequação da contabilidade dos municípios. Especialmente porque o Art 6º. da Portaria GM/MS n. 204/2007 determina que “os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco” (BRASIL, 2007), não é possível o uso do recurso federal em bloco distinto do inicialmente determinado.

A contrapartida municipal/estadual é outro elemento importante do financiamento da atenção primária. Neste estudo, verificaram-se grandes diferenças na proporção entre o gasto total médio e o valor federal transferido para a atenção primária entre 2008 e 2010: a região Norte aplicou 1,45 vez o valor transferido, enquanto a região Sul aplicou 3,34 vezes. A baixa aplicação própria das regiões Norte e Nordeste era esperada, por serem regiões com menor arrecadação tributária, tendo, portanto, pouca capacidade de aplicação de recursos próprios (PIOLA ET AL., 2009).

Nos grandes centros urbanos que compõem os grupos 1 e 2, existe uma preponderância de assistência de média e alta complexidade, com precária oferta de atenção primária; nesses municípios, o orçamento e a força de trabalho são voltados para os níveis secundários e terciários, não havendo prioridade ao primário (ASSIS ET AL., 2007). Isso pode ocorrer pela dificuldade em conciliar a

organização desses níveis de atenção – com maior densidade tecnológica, o que demanda muitos recursos financeiros e humanos – com a estruturação da atenção primária. Além dessas dificuldades, existe ainda uma cobrança social que constantemente demanda mais recursos para a média e alta complexidade, direcionando a escolha política dos gestores no investimento dos recursos, que acaba por precarizar a atenção primária.

A maior parte dos municípios da região Nordeste e do grupo homogêneo 6 (onde estão 71,32% dos municípios nordestinos) encontra-se na categoria AB. A eficiência (relação menor gasto com maior desempenho) nordestina na atenção primária também foi observada em outro estudo realizado com dados de 2008, que utilizou indicadores do Pacto pela Saúde e o gasto realizado pelo município, por meio da metodologia DEA, em 3.892 municípios brasileiros; ademais, as capitais foram consideradas ineficientes (DIAS, 2010). A eficiência do Norte também foi observada naquele estudo, sendo um ponto de divergência com nossos resultados.

Uma possível explicação para o Nordeste ser mais eficiente pode ser a comparação da alta adesão à ESF às outras regiões. Na média do período 2007-2010, a cobertura populacional por agentes comunitários de saúde e por equipes de saúde da família foi de 85,7% e 69,8%, respectivamente, no Nordeste. Nas demais regiões, somente o Norte se aproximou da cobertura por agentes comunitários (80,8%), estando as demais em torno de 55%, e, na cobertura por equipe saúde da família, a média das demais regiões é bem inferior ao Nordeste, em torno de 46% (BRASIL, 2015). Já se havia observado que o modelo de saúde da família está associado a melhor desempenho quando comparado com o modelo de atenção primária tradicional (FACCHINI ET AL., 2006).

Algumas limitações relacionadas aos resultados deste estudo devem ser ressaltadas. A primeira está relacionada à opção de utilizar a média dos valores declarados pelos municípios de 2008 a 2010, tendo o ano de

2007 sido excluído da análise porque 79,3% dos municípios não declaram o valor despendido na atenção primária, o que enviesaria substancialmente a média amostral dessa variável; inicialmente, o ano de 2007 seria utilizado para fazer correspondência temporal com o IDSUS-AP. A segunda advém da forma como esse índice foi calculado – a partir de coleta de indicadores ao longo de quatro anos (2007-2010) de forma pontual –, o que impediu a obtenção de uma tendência de evolução dos indicadores ao longo dos quatro anos. No entanto, esse é o único índice de desempenho da atenção primária disponível no Brasil que se aplica em nível nacional e para todos os municípios brasileiros.

## Conclusão

Este estudo avaliou a relação entre o gasto total médio *per capita* e o desempenho, ambos relacionados com a atenção primária, nos municípios brasileiros no período 2007-2010, com vistas a identificar a eficiência e possíveis disparidades. O Nordeste foi a região que obteve o maior número de municípios considerados eficientes na atenção primária (47,66%), isto é, apresentou a melhor relação de menor gasto com maior desempenho. Resultado semelhante foi encontrado para o grupo de municípios com os

piores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupo homogêneo 6), para o qual 43,12% dos municípios foram considerados eficientes. Em termos de disparidade, o Norte apresentou a maior proporção de municípios (48,26%) com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita* na atenção primária, bem como baixo desempenho e gastos, além de melhores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupo homogêneo 1), com 70,83%. Também foi encontrada inexecução orçamentária entre 2008 e 2010 (10,75%), mostrando que alguns municípios encontraram dificuldades em executar o valor transferido pela União para a atenção primária ou não informaram de maneira correta seus gastos com APS por meio do bloco de financiamento da Atenção Básica, sendo que se destacaram os municípios da região Norte e Nordeste e aqueles com melhores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupos homogêneos 1). Essas informações são importantes para orientar o planejamento das políticas públicas de saúde, especialmente com relação ao seu financiamento e à promoção da redução das desigualdades regionais com o objetivo de aprimorar de forma equitativa e eficiente a atenção primária no Brasil. Podem, ainda, ser importantes para orientar a adequada capacitação dos municípios sobre como informar seus gastos no Siops. ■

---

## Referências

ALVES, L. A.; COSTA, L. A. Avaliação da eficiência na Atenção Básica à saúde nos municípios do estado do Espírito Santo. In: ENCONTRO DA ANPAD, 37, 2013. Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[http://www.fucape.br/\\_public/producao\\_cientifica/2/APB565-%20Luiz%20Antonio%20Alves.pdf](http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/2/APB565-%20Luiz%20Antonio%20Alves.pdf)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

ANSARI, Z.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *MedCare Res Rev*, Thousand Oaks, v. 63, n. 6, p. 719-741, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099123>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

- ASSIS, M. M. A. *et al.* *Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_228616371.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_228616371.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Índice de Desempenho do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 out. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de cobertura da saúde da família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 8 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 204*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 10 out. 2014.
- \_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. *Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde*. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <[http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias\\_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf](http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- BROUSSELLE, A.; LACHAINE, J.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. A Avaliação Econômica. In: BROUSSELLE, A. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2015.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000400012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 dez. 2014.
- DIAS, R. H. *Eficiência da atenção primária a saúde nos municípios brasileiros*. 2010. 42 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, FEAC, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/8364>>. Acesso em: 13 jan. 2015.
- DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde colet*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Índice Nacional de Preços ao Consumidor*. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc-ipca/defaultinpc.sht>>. Acesso em: 4 jan. 2015.
- MAFRA, F. *O impacto da Atenção Básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil*. 2011. 129f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Negócios) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2054336.PDF>>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, out./dez., 2014.
- PIOLA, S. F. *et al.* *Saúde no Brasil: algumas considerações sobre o sistema único de saúde (SUS)*. Brasília, DF: Cepal, 2009. Disponível em: <<http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

REHEM, T. C. M. S. B. *Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista Brasileira de diagnósticos*. 2011. 308 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-27012012-124850/pt-br.php>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SANTOS, L. M., GONÇALVES, M. A., FIGUEIREDO, A. C. Avaliação de desempenho da alocação de recursos públicos na Atenção Básica da saúde: o caso da região sudeste do Brasil. In: ENCONTRO DA ANPAD, 2013. Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013\\_EnANPAD-APB842.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD-APB842.pdf)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

SOLLA, J. J. S. P. *et al.* Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: Atenção Básica à saúde. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant*, Recife, v. 7, n. 4, out./dez., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400018)>. Acesso em: 21 dez. 2014.

VARELA, P. S., MARTINS, G. A., FÁVERO, L. P. L. Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da Atenção Básica à saúde. *Rev. Adm.*, São Paulo, v. 47, n. 4, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-21072012000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072012000400009)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 4 jan. 2015.

VIANA, A. L. A. *et al.* Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008001300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 jan. 2015.

---

Recebido para publicação em junho de 2015

Versão final em agosto de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua

## *Care practices and homeless population: the street clinic case*

Carolina Cruz da Silva<sup>1</sup>, Marly Marques da Cruz<sup>2</sup>, Eliane Portes Vargas<sup>3</sup>

---

**RESUMO** O estudo visa compreender as práticas de cuidado de um Consultório na Rua, em Manguinhos/RJ, de forma a contribuir com o debate da Atenção Primária à Saúde para populações específicas. Trata-se de estudo de caso, tendo por procedimentos metodológicos: análise documental, observação direta, entrevistas com profissionais e representante do movimento social. Os resultados apontam para a construção de vínculos e para o rompimento com uma lógica prescritiva, prevalecendo uma escuta qualificada. Os profissionais expressaram existir ainda resistências em atender a população em situação de rua, comumente associada a imagens estigmatizantes, que expressam os desafios na garantia do acesso desta população ao SUS.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; População em situação de rua; Saúde da família.

**ABSTRACT** *The study aims to understand the care practices of the Consultório na Rua (street clinic) in Manguinhos/RJ in order to contribute to the debate of the Primary Health Care focused on specific vulnerable populations. This case study used as methodological procedures: documental analysis, direct observation, interviews with professionals and the representative of the social movement. The results point to the construction of bonds and the break with a prescriptive logic prevailing qualified listening. Professionals reported there were still resistance regarding health and social care towards homeless people, commonly associated with stigmatizing images that express one of the challenges in ensuring access of this population to the public health system.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Homeless people; Family health.*

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [ascscarol@gmail.com](mailto:ascscarol@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aroca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [marly@ensp.fiocruz.br](mailto:marly@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [epvargas@ioc.fiocruz.br](mailto:epvargas@ioc.fiocruz.br)



## Introdução

A categoria cuidado tem sido significativamente discutida no campo da saúde pública no Brasil por diversos autores, como Mehry (2004), Pinheiro e Mattos (2008) e Ayres (2009), quando apontam a complexidade que permeia as práticas a ela relacionada. Na visão destes autores, o cuidado à saúde relacionado ao ato de cuidar diz respeito a

uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento, ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (AYRES, 2009, P. 42).

No cuidado à saúde, portanto, encontra-se ressaltada uma perspectiva relacional entre os sujeitos: profissional de saúde e usuário. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde se

mobilizarem pela construção de um projeto político que qualifique o cuidado, transcendendo a sua dimensão instrumental, o que se viabiliza quando, além do aumento da oferta de serviços e da resolubilidade de ações técnicas, exercita-se a escuta sensível de necessidades, praticando-se um acolhimento que valorize singularidades articuladas à totalidade. (COELHO; FONSECA, 2005, P. 216).

Faz-se necessário considerar a importância do cuidado não só no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, mas também no cenário internacional, no acesso à atenção e aos serviços oferecidos pelo sistema, prioritariamente pela Atenção Primária à Saúde (APS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído para o campo da APS no Brasil, sendo a diretriz de vínculo entre a equipe, usuário, família e comunidade uma das principais norteadoras de mudança do modelo assistencial. Esta vem se contrapor a um processo de trabalho caracterizado tradicionalmente pela centralidade em programas de saúde

e fragmentação pela lógica do especialista. Dentro de uma nova concepção, as Equipes da Saúde da Família (EqSF) deveriam, em tese, estar atreladas à orientação ‘centrado nos usuários’, em contraposição à lógica do ‘centrado nos procedimentos’ (MEHRY, 2004). Cabe destacar que esta opção pressupõe o aumento da capacidade reflexiva de cuidar voltada para as necessidades dos usuários ‘do’ e ‘no’ território. No entanto, mesmo com novas formas de produzir saúde, por meio desta estratégia consolidada a partir dos enfoques nos núcleos familiares e no território, a ESF ainda reproduz, em alguns casos, o cuidado com atos ‘medicocêntricos’, ou seja, centrados na atuação médica, estruturados por atos prescritivos (MEHRY, 2005).

Nessa perspectiva, a categoria cuidado expressa a complexidade da sua efetivação na atenção à saúde, uma vez que esta não se dá apenas por prescrições, medicalização, ou normatizações de condutas reduzidas a procedimentos e/ou protocolos. Isso porque, mais do que prescrever exames e medicamentos, os profissionais de saúde na atenção primária devem estar abertos ao diálogo com os usuários do serviço, aos seus desejos, às suas histórias, angústia e desafios, que são elementos constitutivos no projeto de vida destes. Tal perspectiva visa romper com uma proposição fragmentada do atendimento e pouco atenta aos aspectos psicossociais do adoecimento (AYRES, 2009). Torna-se, portanto, importante ressaltar que a resolutividade na rede básica de saúde está ligada não só ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que surge do “encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde” (MEHRY, 2002, P. 189).

A questão que se coloca no presente estudo é como garantir, além do acesso, esse cuidado para as populações em situação de vulnerabilidade extrema, como a População em Situação de Rua (PSR)?

Embora o Brasil tenha avançado no acesso aos serviços de saúde por meio da expansão da cobertura pelas EqSF nos diversos municípios do País, ainda existem grupos que, devido à organização dos serviços e seus modos de vida, encontram grande dificuldade de acesso a estes serviços em decorrência de suas singularidades (CARNEIRO JUNIOR ET AL., 2010). Esse é o caso das pessoas em situação de vulnerabilidade, o que requer constante renovação dos arranjos e das metodologias de organização do cuidado. Destacam-se nesse grupo as pessoas que vivem em situação de rua que, historicamente, tem acesso limitado aos serviços de saúde com uma gama de entraves, alguns destes assinalados por Costa (2005): a exigência de comprovação de residência, tratamentos de saúde aplicados a regras que não levam em consideração as condições de vida destes indivíduos, e o despreparo dos profissionais para o acolhimento a esse grupo.

Recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica instituiu os Consultórios na Rua (CRs) com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2012A). A proposta das equipes do CR consiste em promover uma articulação da rede com a principal finalidade de garantir o acesso à atenção integral à saúde às pessoas em situação de rua/usuários de álcool e outras drogas. Algumas experiências brasileiras, como as de Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre (COSTA, 2005) e Salvador (OLIVEIRA, 2009), vêm se destacando no atendimento à PSR, especificamente na atuação das EqSF, criadas para desenvolver ações de saúde no território da rua. Com o objetivo de caracterizar o perfil dessa população, foi realizada uma pesquisa pelo Ministério do Desenvolvimento Social, no ano de 2008, em metrópoles brasileiras, com exceção de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre. Os dados obtidos revelam que de um grupo de 31.922 pessoas, 82% eram homens e pouco mais da metade (52%) entre 25 e 44 anos de idade. Com relação ao quesito raça/cor auto-declarado, 39,1% eram pardos, 29,5% brancos

e 27,9% negros. No total, 74% sabiam ler e escrever, e quase a metade (48,4%) alegou ter completado o ensino fundamental. Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%), ao desemprego (29,8%) e (29,1%) às desavenças com familiares (BRASIL, 2008).

Com base nas questões assinaladas, surgiu o interesse em estudar as práticas de cuidado no âmbito da atenção primária neste contexto específico de CR, no território de Manguinhos. As perguntas que orientaram esta investigação foram: Quais são as ações e práticas organizadas para o cuidado da população em situação de rua neste contexto? Como são desenvolvidas? Elas permitem a construção de vínculo?

Tendo em vista essas indagações, o objetivo do estudo consistiu em caracterizar como a equipe de CR da Clínica da Família Victor Valla (CFVV), em Manguinhos/RJ, desenvolve suas práticas de cuidado à saúde para a população em situação de rua. Ao considerar ainda a escassa produção de pesquisas sobre o tema, o intuito foi o de ampliar o conhecimento sobre práticas de cuidado acerca de um segmento tão discriminado e estigmatizado, bem como dar visibilidade a mais uma experiência inovadora no campo da saúde pública no contexto da rede de APS na cidade do Rio de Janeiro.

## Método

Esta investigação se caracteriza como um estudo de caso apoiado na abordagem qualitativa, adequada para a problematização de questões muito particulares de objetos complexos (YIN, 2010).

O estudo, realizado como requisito parcial do mestrado em saúde pública realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz (2011-2013), foi desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, no CR da CFVV, localizada no bairro de Manguinhos. A escolha dessa Unidade foi definida a partir

de dois critérios: o primeiro, relacionado ao seu perfil caracterizado por ser destinado à atenção primária e funcionar segundo a lógica da ESF; o segundo, diz respeito ao fato da experiência de realização do CR ser recente no território de Manguinhos.

Verificou-se existirem diversos grupos de pessoas em termos das condições sociais, mas também quanto às diferentes cenas de ocupação nas ruas de Manguinhos: na linha do trem, nas vielas, nas avenidas principais. Nelas são encontradas pessoas dormindo, trabalhando com venda e coleta de lixo, utilizando drogas, fazendo higiene pessoal, alimentando-se etc. Algumas características desse grupo favorecem sua vulnerabilidade. Uma caracterização pode ser traçada com dados dos usuários atendidos, disponibilizados pela equipe do CR: 76% permanecem diariamente na região do estudo; concentram-se na faixa de 19 a 24 anos, sendo 39% mulheres e 61% homens; 53,1% são de cor parda e 33,9% negra; 67% possui contato familiar esporádico; 96% informou o uso de algum tipo de droga; e 44% não possui documentação.

A descrição das práticas de cuidado do CR de Manguinhos tem por referência os atributos da atenção primária e a experiência da ESF. Por meio desta, buscou-se focalizar nas cenas de produção desse cuidado, nas ações dos profissionais no espaço da rua e no contexto de vulnerabilidade no qual se inserem as pessoas que vivem em situação de rua em Manguinhos. O trabalho de campo foi desenvolvido por uma das pesquisadoras-autoras, profissional de saúde com experiência na APS.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizadas três técnicas para a coleta de dados, as duas primeiras aplicadas de julho a outubro de 2012: 'observação direta' das ações das cenas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais diretamente no espaço da rua, 'entrevistas semiestruturadas' e 'levantamento de dados' secundários de informação. Foram utilizados roteiros para cada técnica: (1) de observação (infraestrutura; contexto organizacional; composição da equipe; rotina

e dinâmica do atendimento: horário, porta de entrada, acolhimento, abordagem e estratégias de criação de vínculo e registro das informações); (2) de entrevista com profissionais de saúde (descrição das práticas de cuidado; experiência no e rotina do atendimento; estratégias de abordagem; registros de dados; redes de apoio identificadas e lições aprendidas); (3) de entrevista com um informante-chave representante do movimento social (mapeamento de dificuldades, problemas de saúde, acesso aos serviços de saúde e necessidade de vínculo), visando cotejar, em relação aos dados levantados, aspectos relacionados às demandas e necessidades dessa população e (4) roteiro de levantamento de dados (faixa etária, sexo, escolaridade, naturalidade, ocupação, formas de sustento; uso de álcool/outras drogas, principais agravos de saúde identificados e acompanhados, tempo na rua, motivo de ida pra rua, relação com familiares) para caracterização do perfil dos usuários em prontuário, relatórios e fichas de cadastro. Esta descrição não será objeto de análise neste artigo. Complementarmente, utilizou-se um diário de campo para registro do trabalho de campo.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde que atuam diretamente com a população em situação de rua, considerando o papel desempenhado por cada categoria profissional: agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, dentista, e profissionais de saúde mental. Estes pertencem à equipe de CR, com exceção de um que pertencia a outra equipe da CFVV. Foram entrevistados oito profissionais no espaço da educação permanente da Unidade e um informante-chave representante do movimento social. Para confidencialidade dos entrevistados, as entrevistas foram codificadas por numeração de modo que o sigilo, o nome e a identidade profissional fossem preservados.

Na análise das entrevistas, os relatos foram transcritos, organizados e relacionados aos dados da observação direta, o que tornou

possível a descrição dos temas e tópicos relativos às práticas de cuidado na rua, levando-se em consideração as proposições iniciais do estudo. Nessa direção os resultados serão apresentados em torno de dois eixos interligados e separados apenas para efeito de apresentação: a coordenação e organização do cuidado; vínculo e acolhimento, ambos relativos especificamente ao cuidado na rua.

As entrevistas foram gravadas e armazenadas em local seguro, sob responsabilidade do pesquisador principal. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Ensp/Fiocruz, sendo o número de parecer 61.931.

## Resultados

O olhar, neste estudo, voltou-se principalmente aos “microprocessos do trabalho em saúde” (FRANCO; MEHRY, 1999, P. 6), nos afazeres do cotidiano relativos à organização do cuidado em saúde, sobre os quais se observou o processo de acolhimento e o estabelecimento de vínculo da equipe do CR com seus usuários. De um ponto de vista teórico, cabe destacar que o ato de cuidar pode assumir diferentes significados e, particularmente, no caso das práticas de cuidado em saúde voltadas para a população em situação de rua, almeja-se que esteja relacionado à promoção de ações que garantam o princípio da equidade expresso no SUS.

As informações, impressões e dados que serão apresentados buscam, portanto, trazer à tona não somente questões que são enunciadas, mas também às vezes silenciadas pelos profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho, de modo a contribuir para a produção de práticas de cuidado inovadoras e coletivas no campo da APS, voltadas para populações específicas.

### A organização do cuidado na rua

O CR, em sua concepção original, se constituiu como uma das estratégias para o

estabelecimento de elos de ligação entre o serviço de saúde e a população em situação de rua, sendo o encontro diretamente na rua um meio para a construção de vínculos que estimulem a ida dos usuários às unidades de saúde. No caso em questão, a cena do cuidado focalizada na pesquisa é a rua, sendo o planejamento organizado com foco no encontro com os usuários nas diversas cenas de uso de drogas no território. Assim, se o encontro entre profissionais da ESF e os usuários ocorre no domicílio e no serviço de saúde, no CR o encontro é na rua e em um único consultório localizado na CFVV. As ações na rua são focadas na redução de danos, que têm como característica principal “ofertar cuidado no espaço da rua” (BRASIL, 2012A). Nesse ponto, a prática se configura inicialmente no campo da intersubjetividade, traduzida nos encontros no espaço da rua que possibilitam a construção de vínculo entre os profissionais e os usuários, com vistas de construção de projetos terapêuticos.

Na observação direta das ações dos profissionais no espaço da rua, foi identificada uma atuação diversificada da equipe: realização de orientações sobre problemas de saúde, distribuição de insumos de prevenção de DST/Aids e explicação da proposta de trabalho da equipe do CR. Foi possível também presenciar, dependendo da situação de saúde apresentada no cuidado no espaço da rua, os profissionais convidando os usuários para irem à clínica, a fim de realizar o cuidado necessário.

A entrada da PSR na CFVV se apresentou como o segundo passo fundamental a ser galgado pela equipe para a continuidade do cuidado que, muitas vezes, se faz necessário no espaço físico do serviço. Em relação à utilização do espaço físico da CFVV, os informantes do estudo apontaram ter vivenciado inicialmente obstáculos descritos por um dos profissionais entrevistados (E4). Segundo ele, no início da utilização do serviço pelos usuários os demais profissionais da CFVV ficavam receosos, com medo e

muito resistentes em receber as pessoas em situação de rua no serviço.

Os profissionais do CR relataram que um dos aspectos que favoreceram a entrada dos usuários no espaço físico da CFVV foi a disseminação de informações sobre o serviço entre os próprios usuários. Muitas vezes as PSR levavam seus colegas ao serviço quando estes precisavam de cuidado. A entrada desses usuários no serviço demonstrou para os demais profissionais da clínica, principalmente aqueles que acreditavam ser impossível cuidar dessa população, que o fato deles morarem nas ruas e utilizarem drogas não os impedia de procurar cuidado e de serem cuidados. Além disso, era recorrente entre profissionais o discurso de que cada usuário que chegava ao serviço estimulava a equipe a repensar suas estratégias, técnicas e procedimentos, com vistas à adequação para a realidade de vida dos usuários.

No entanto, a resistência em atender a PSR ainda era grande para alguns profissionais da CFVV, gerando como consequência a insegurança e/ou o medo da população em buscar o acesso ao serviço. Com a implantação do CR, observa-se que esse cenário tem se modificado, pois a equipe vinha utilizando como estratégia o diálogo com a PSR enfatizando, de acordo com um dos depoimentos, de que o acesso seria mais fácil e o atendimento mais rápido. Com isso, a incerteza de conseguir um atendimento de saúde vem sendo modificada paulatinamente com o vínculo que se estabelece no espaço da rua, nas cenas de uso de droga, além de se fortalecer no espaço da CFVV. Os usuários aos poucos foram se sentindo seguros com a referência de cuidado no espaço da clínica e passaram a frequentar a unidade, principalmente, de acordo com os profissionais, quando realmente as PSR sentiam muita dor, febre, ou alguma ferida que causava incômodo.

Durante o trabalho de campo, foi possível permanecer em diferentes horários e em ambos os turnos de funcionamento do serviço, na sala de espera da unidade ou,

como muito profissionais a denominavam, no espaço do acolhimento. O turno da manhã era o de maior volume de recepção da população, e a maioria esperava o atendimento sentada. Alguns usuários aguardavam de pé para serem chamados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos guichês da unidade. Assim que era chamado, informava o seu local de moradia e, minimamente, o que buscava, fosse uma consulta agendada, uma consulta por demanda espontânea ou outra demanda. Depois de conversar com o ACS no guichê, os usuários esperavam um pouco mais para serem atendidos pela equipe de enfermagem ou médica. Por mais que houvesse muitas consultas marcadas, a maioria das demandas se apresentava de forma inesperada. O excesso desse tipo de demanda favorece um tipo de trabalho ambulatorial sem que haja por parte dos profissionais um conhecimento prévio e um acompanhamento da maioria dos usuários ao longo de seus itinerários terapêuticos, o que apresenta dificuldades em relação à integralidade do cuidado.

No caso da PSR, essa população adentra a CFVV com os profissionais ou por conta própria e é direcionada ou se direciona para a sala do consultório '10'. Em frente a este consultório, são encontrados bancos (longarinas) para recepcionar/acomodar as pessoas em situação de rua que procuram o serviço ou para serem levadas a ele pela equipe que diariamente vai ao encontro dos usuários nas cenas de uso de drogas. Ali é o espaço onde são realizadas as consultas dos diversos profissionais do CR. Esse é o principal espaço físico utilizado pelos usuários e pela equipe do CR onde diariamente atuam os profissionais da área de enfermagem e os ACS ou Agentes Sociais (AS).

Cabe assinalar que, para um dos profissionais da CFVV, a diferença, no âmbito da recepção/acolhimento da PSR, é vista como uma 'certa segregação', se comparado aos outros usuários. Na percepção de um dos profissionais de uma das EqSF da CFVV, havia dúvida se a escolha de separar o espaço

do acolhimento seria o melhor caminho. Isso porque o usuário, ao chegar na clínica, ou se dirige para as cadeiras em frente ao consultório '10', ou é recepcionado pelo guarda, que, segundo o informante, tem uma abordagem especial, que o direciona para o local de atendimento até mesmo conduzindo-o diretamente à equipe e apresentando-o. Este atendimento especial, como descrito, não ocorre com os outros usuários.

## Vínculo e acolhimento

As práticas de cuidado desenvolvidas pelo CR têm como eixo essencial a criação de vínculo, como atitude fundamental na realização do cuidar. Ou seja, buscam abrir mais espaço para os usuários como sujeitos, e não como objetos de intervenção, para uma maior capacidade da atenção e continuidade das ações no serviço, visando o atendimento às diferentes demandas de indivíduos (AYRES, 2009). Tal prática resulta na promoção de um efetivo envolvimento de profissionais e usuários, na perspectiva de resolução das demandas apresentadas, de acordo com o tempo e a necessidade da população. Se o profissional, em sua prática, atuar com posturas preconceituosas, buscando definir condutas que não condizem com a realidade de vida dessas pessoas, dificilmente o plano de cuidado proposto será realizado e, muito menos, a possibilidade de construção de vínculo vai ser efetivada.

O vínculo inicial da equipe do CR de Mangueiras estabelecido com as pessoas em situação de rua naquela região foi marcado nos primeiros momentos pelo constrangimento, pelo medo e, simultaneamente, pelo desejo de cuidado. O constrangimento, segundo relato da equipe, esteve associado ao fato dos usuários acharem que seriam rejeitados no espaço da clínica. O medo era derivado da contradição das políticas públicas, particularmente da Prefeitura/RJ, uma vez que o usuário por um lado era repellido,

recolhido por equipes de outras secretarias do município do Rio de Janeiro, e por outro, experimentava a oferta de acolhimento e cuidado pela equipe de saúde. Por fim, o desejo de ser cuidado pelos usuários foi aparecendo no decorrer das primeiras visitas às cenas de uso nesse território.

Com vistas à aproximação com os usuários, as estratégias utilizadas pelo CR no território foram diversas, sendo algumas delas assinaladas por um dos profissionais entrevistados: a mudança do jaleco do ACS, o uso apropriado da linguagem e uma postura para escutar e respeitar quando o usuário não quer aproximação. De acordo com o depoimento de um profissional (E6), em algumas situações era necessário omitir para os usuários a categoria profissional de membros da equipe para que não fosse confundido com os profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), pois estes significavam para eles uma experiência negativa de atenção ao morador de rua. De forma processual, com o tempo e a persistência da equipe em atuar nas ruas, sempre com uma postura respeitosa e buscando a aproximação com base nas estratégias de redução de danos, os profissionais observaram que os usuários passaram 'a confiar e aceitar os serviços prestados pela equipe'.

A fim de prover um cuidado integral, a equipe estudada vem buscando cotidianamente mapear e conhecer a rede de proteção social e suas diversas instituições governamentais e não governamentais direcionadas à PSR. Realizam-se visitas às instituições para conhecer o funcionamento e rotinas e procuram-se relacionar os serviços mapeados ao perfil e às necessidades dos usuários. Essas ações contribuem para a construção de oferta de serviços mais qualificados pela equipe do CR.

A entrevista com o representante do Fórum Estadual Permanente da PSR adulta foi reveladora no sentido de apontar os desafios de garantir o acesso desta população pelo SUS. Para ele, o Samu (Serviço de Atendimento Médico de Urgência) é um dos principais equipamentos de saúde, sendo que não está habilitado, no

que se refere à sensibilidade e ao preparo, para lidar com este tipo de atendimento. Segundo esse informante, é importante um esforço de superação do abismo presente na relação entre os profissionais de saúde e a PSR sendo necessário o desprendimento dos profissionais de ‘coisas pré-concebidas’.

## Discussão

No que se refere à produção do cuidado, observa-se que a equipe do CR organizou seu processo de trabalho com certas particularidades no tocante às demais equipes da CFVV. Em primeiro lugar, destaca-se que houve adaptações das diretrizes da ESF, no que concerne à adscrição da clientela. As EqSF direcionam seu trabalho para a população cadastrada com domicílio fixo, o CR atende as pessoas no território da rua, sejam elas cadastradas ou não. Os procedimentos que eram denominados de forma diferenciada como ‘visita domiciliar’, passaram a ser ‘visita de rua’ (CARNEIRO JUNIOR ET AL., 2010). A rotina de ‘visita de rua’ é diária, mas, diferentemente das outras EqSF da unidade, os profissionais do CR não concentram tais visitas majoritariamente nos ACS. Todos os profissionais têm agenda semanal, e para alguns quase diária, com vistas a fortalecer os vínculos e ampliação da acessibilidade de novos usuários à unidade.

Um profissional chamou a atenção ao assinalar que essa população era vista como ‘bicho-papão’. Alguns relatos de discriminação por parte dos profissionais de saúde a essa população também foram descritos em outros trabalhos ao apontarem preconceitos e discriminações sofridas pela PSR nos serviços de saúde. Como exemplo, Canônico *et al.* (2007, p. 801) encontraram que as PSR questionavam o “preconceito por parte de equipes de saúde que resistiam em atendê-las, em decorrência de sua condição precária de higiene de saúde”.

Em segundo lugar, destaca-se o quantitativo de população cadastrada, em relação ao que é preconizado pela ESF. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012B), uma

EqSF deve, em média, ter 3 mil cadastrados, chegando ao máximo de 4 mil pessoas cadastradas. Em contrapartida, uma equipe de CR deve se responsabilizar por um número de pessoas em situação de rua que varia de 80 a mil, conforme orientação descrita na regulamentação do Ministério da Saúde para os CRs (BRASIL, 2012A).

No período do trabalho de campo, foi relatado por um dos profissionais do CR que havia um total de 357 pessoas cadastradas. O quantitativo de pessoas estipulado pelo MS para o CR, que é de no máximo mil usuários, contribui significativamente com a construção de vínculo, com a possibilidade de respostas às necessidades de saúde da PSR (BRASIL, 2012C). No caso das EqSF, o elevado número de pessoas cadastradas vem sendo apontado como um desafio para a qualificação da ESF, sendo considerado o modelo de atenção ideal para pequenos municípios e não para os grandes centros urbanos (CONILL, 2008).

Em terceiro lugar considera-se o recorte territorial, isto é, a atuação do SF por ser bem diferente quanto ao espaço geográfico e seus limites, se comparada ao trabalho do CR, uma vez que a PSR apresenta grande mobilidade em relação à população cadastrada de Manguinhos. Sendo assim, não é possível delimitar o espaço de atuação por área ou microárea, como é realizado pelas EqSF. A equipe do CR é responsável pelo acompanhamento de todas as pessoas que se encontram em situação de rua no Território Integrado em Saúde (Teias) de Manguinhos, a qual muitas vezes ultrapassa o espaço geográfico do Teias para o acompanhamento de seus usuários.

Por último, cabe problematizar a proposta de cadastro dos usuários, na qual a equipe de CR propôs um modelo específico para essa população, em que o cadastramento era feito inicialmente na rua. Ocorre que após alguns meses de trabalho, os próprios usuários foram se colocando contrários a relatar particularidades de sua vida nas cenas de uso da droga. Também há uma preocupação em utilizar uma linguagem que deixe claras as ações e os

procedimentos desenvolvidos na prática de cuidado realizada pelos profissionais.

As adequações particulares, ou dito de outro modo, os novos arranjos institucionais criados no processo de trabalho do CR ocorreram por conta das singularidades do ‘modo de andar a vida’ (CARNEIRO JUNIOR *ET AL.*, 2010) das PSR, reque-rendo, constantemente, novos arranjos e meto-dologias de organização do cuidado. Conforme assinala Reis Junior (2011), a ausência de resi-dência formal e o comportamento migratório inerente à PSR constituem especificidades nem sempre contempladas no trabalho das EqSF, restringindo, dessa forma, o acesso às populações que se organizam sem residência fixa, como, por exemplo, os ciganos.

Em relação à organização da equipe do CR, há uma ênfase no desenvolvimento de práticas coletivas e troca constante de saberes por parte dos profissionais, o que, para Passos e Barros (2000), pode ser definido por interseção, de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, o que pode ser definido por interdisciplinaridade, ou seja, a criação de inter-seção entre os saberes e técnicas dos diversos profissionais. O espaço da reunião de equipe se apresenta como um espaço de educação per-manente, sendo um “recurso estratégico para transformação das práticas e da própria orga-nização do processo de trabalho” (CUNHA, 2010, P. 65). A integração dos saberes contribui para a construção de um projeto de cuidado para a PSR que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde.

Do ponto de vista de mudança na lógica da produção do cuidado, foi possível perce-ber nitidamente que o cuidado ofertado pela equipe não é centrado na figura médica. Ao contrário, toda orientação do trabalho dos profissionais é centrada nas demandas e ne-cessidades dos usuários, o que Franco, Bueno e Mehry (1999) denominam como um modelo de atenção ‘usuário-centrada’, até porque, di-ferentemente de outros usuários da unidade, a lógica prescritiva de condutas e medica-mentos vai contra o estilo e modo de vida das pessoas em situação de rua.

## Considerações finais

Esta pesquisa buscou caracterizar as práti-cas de cuidado em CR na APS, tendo como base a experiência desenvolvida na CFVV, localizada no território de Mangueiras/RJ. Trata-se de uma experiência recente, que possibilitou uma reflexão sobre os necessários arranjos institucionais e orga-nizacionais para a atenção e cuidado da-queles que vivem em situação de exclusão social na rua.

De acordo com os resultados da pesqui-sa, o cuidado com o usuário do CR não se restringiu apenas à equipe específica para este fim. Observou-se o envolvimento dos demais profissionais da CFVV, principal-mente dos profissionais médicos que vêm demonstrando disponibilidade para o aten-dimento a essa população. O que se almeja é que o preconceito e o estigma diminuam a cada dia, na medida em que cuidar dessa população deixa de ser exclusividade do CR para fazer parte do caminho de comprometi-mento a ser construído por todos os pro-fissionais da CFVV.

Nas cenas de cuidado no contexto do estudo, foram observadas singularidades da APS voltadas para uma população es-pecífica historicamente excluída do acesso aos serviços de saúde e demais políticas públicas. Destaca-se, nessa direção, ter havido uma maior flexibilidade da equipe do CR em Mangueiras em relação às nor-mativas de organização e implementação, enquanto na EqSF prevalece a exigência do cumprimento de metas de produção de cadastro, procedimentos e acompanha-mento de programas.

A organização de trabalho da equipe do CR demonstrou uma prática interdisciplinar, com processos constantes de troca de saberes e técnicas entre os profissionais da equipe. O reconhecimento da equipe como a referência em busca de cuidados por parte dos usuários tem conferido a ela, de fato, a condição de ordenadora das demandas dessa população



para os demais serviços da rede, na medida em que procura resolver a maior parte das necessidades de seus usuários. As equipes específicas para o atendimento a PSR ainda não estão aprisionadas às exigências dos demais atendimentos, o que lhes possibilita construir um modelo alternativo de atenção, embora muitas vezes seja similar à proposta da ESF. Nessa direção, muitos são os avanços com a criação de uma equipe específica, mas não se pode afirmar que a ampliação do acesso esteja plenamente garantida. Estudos mais aprofundados são necessários para que se possa avaliar o surgimento nesse cenário desta categoria denominada 'equipe específica' em suas amplas dimensões.

O que se apresentou no decorrer do estudo é que, a fim de prover um cuidado integral, a equipe do CFVV vem buscando cotidianamente mapear e conhecer a rede de proteção social e suas diversas instituições governamentais e não governamentais direcionadas à PSR. As ações voltadas ao reconhecimento do funcionamento de rotinas e mapeamento de serviços e perfil de modo a correlacioná-los às necessidades dos usuários contribuem para a construção de oferta de serviços mais qualificados pela equipe do CR. Pode-se perceber ainda que a equipe do

CR de Manguinhos demonstrou avanços na garantia do acesso a essa população específica, dirigido por uma equipe responsável pelo cuidado. Contudo, alguns desafios permanecem presentes no acesso a essa população como o seu cotidiano, tais como as regras de alguns serviços de saúde da rede e o preconceito ainda presente por parte de alguns profissionais da clínica, bem como a falta de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad) no território que se soma à falta de articulação da rede de atenção.

Cabe ressaltar, no entanto, que a proposta se apresenta de forma inovadora na cidade do Rio de Janeiro, na qual é desenvolvida, na medida em que parte das práticas de cuidado ocorre no contexto da rua. Com isso, o processo de trabalho da equipe traz elementos para o debate em torno das políticas públicas voltadas para a PSR, apresentando novos caminhos e horizontes que respeitem os direitos dessa população.

## Agradecimentos

Agradecimento especial aos profissionais de saúde que atuam nos Consultórios na Rua da atenção básica em saúde, particularmente à equipe do território de Manguinhos. ■

---

## Referências

AYRES, J. R. C. M. (Org.). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. *Sumário Executivo: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, DF: MDS, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial [da] República Federativa do*

*Brasil*. Brasília, DF, 25 jan. 2012a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 2 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 out. 2012b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 13 maio 2013.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CANÔNICO, R. P. *et al.* Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. spe., p. 799-803, 2007.
- CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.
- COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 214-7, mar./abr. 2005
- CONILL, 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*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.
- COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Revista Virtual Textos e contextos*, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistasletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- CUNHA, M. S. *O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova Iguaçu/RJ*. 2010. 209f. Dissertação (Mestrado e Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- FRANCO, T. B.; MEHRUY, E. E. *PSF: contradições e novos desafios*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 2 mar. 1999.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRUY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 375-353, 1999.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- \_\_\_\_\_. O ato de cuidar: a ama dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- OLIVEIRA, M. G. P. N. *Consultório de Rua: Relato de uma Experiência*. Salvador/BA. 2009. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade*. Brasília, DF: Psicologia: teoria e pesquisa, 2000.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- REIS JUNIOR, A. G. *Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG*. 2011. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
 Versão final em novembro de 2015  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária

*Dental surgeons' work in the identification of child and adolescent abuse in primary health care*

Gracyelle Alves Remigio Moreira<sup>1</sup>, Ana Carine Arruda Rolim<sup>2</sup>, Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>3</sup>, Luíza Jane Eyre de Souza Vieira

**RESUMO** Analisou-se a atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária e os fatores associados. Estudo transversal com 212 cirurgiões-dentistas em 85 municípios cearenses. Usou-se questionário com variáveis sociodemográficas, conhecimento, identificação e notificação de maus-tratos; remetido aos participantes via gestão municipal. Realizou-se análise bivariada e multivariada por regressão logística. Poucos profissionais identificaram maus-tratos, refletindo dificuldades para essa prática. As análises mostraram que ter pós-graduação e conhecer a ficha de notificação aumentou a chance de identificar maus-tratos.

**PALAVRAS-CHAVE** Maus-tratos infantis; Odontólogos; Atenção Primária à Saúde; Saúde coletiva.

**ABSTRACT** *We analyzed the role of the dental surgeon in identifying child and adolescent maltreatment in primary care and associated factors. A cross-sectional study of 212 dentist-surgeons in 85 municipalities of Ceará. A questionnaire containing socio-demographic variables and information on knowledge, identification, and notification of maltreatment was sent to participants by the municipal manager. Bivariate and multivariate logistic regression analyses were performed. Few professionals identified maltreatment, indicating the difficulties of this practice. Analysis showed that having a post-graduation degree and knowing the notification form increased the chances of identifying maltreatment.*

**KEYWORDS** *Child Abuse; Dentists; Primary Health Care; Public health.*

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil. [gracyremigio@gmail.com](mailto:gracyremigio@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. [anacarine.rolim@hotmail.com](mailto:anacarine.rolim@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil. [mariavieira@bol.com.br](mailto:mariavieira@bol.com.br)

<sup>4</sup>Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza, (CE), Brasil. [janeeyre@unifor.br](mailto:janeeyre@unifor.br)

## Introdução

Os maus-tratos vêm atingindo um crescente número de crianças e adolescentes, de todas as idades e sexos, constituindo-se em um problema social e de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil (FINKELHOR ET AL., 2013; MATOS; MARTINS, 2013). Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos sistemas de saúde seja pelas mortes, traumas físicos e agravos mentais decorrentes do ato; pelo comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos; pelos custos econômicos com tratamento e reabilitação ou pela necessidade de reorganização das práticas de saúde (OLIVEIRA ET AL., 2012). O tema tem ganhado visibilidade, estampando com frequência os noticiários nacionais, e o governo vem investindo na formulação de uma agenda de políticas e programas, nas diferentes áreas de atuação pública, para o enfrentamento do fenômeno.

Como parte do modelo de atenção à saúde brasileira, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura em um nível privilegiado para a identificação e o manejo de situações de maus-tratos dirigidas à população infantojuvenil (ROLIM ET AL., 2014), uma vez que se pauta em princípios que lançam o olhar sobre os determinantes de saúde da população, ampliando o seu campo de atuação.

O cirurgião-dentista, como integrante da Equipe de Saúde da Família, também é responsável por práticas que extrapolam o modelo técnico-curativista devido à complexidade das demandas da APS. Nesse contexto, esse profissional desempenha papel fundamental na prevenção, identificação, notificação e atenção às situações de maus-tratos. A literatura enfatiza sua posição estratégica para a detecção dos casos uma vez que a maioria das lesões se encontra na região da cabeça, pescoço, face e boca (ULDUM ET AL., 2010; AUSTIN, 2012; CARVALHO; GALO; SILVA, 2013).

No Brasil, o cirurgião-dentista tem o dever legal, ético e moral de notificar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos

às autoridades competente, baseado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), nas Portarias nº 1.968/2001 (BRASIL, 2001) e nº 104/2011 (BRASIL, 2011) do Ministério da Saúde, assim como no Código de Ética Odontológica, que constitui como deveres do profissional zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, além de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Embora tenha havido avanços no campo legal e político, a maior parte dos cirurgiões-dentistas que trabalha na APS está despreparada para atuar ante os maus-tratos contra crianças e adolescentes, apresentando dificuldades para a identificação das situações e, conseqüentemente, para uma atenção adequada aos casos. Dessa forma, pode-se considerar que a instituição de preceitos legais e políticas públicas não garante uma atuação efetiva diante do fenômeno por parte desses profissionais. Isso mostra que a violência e suas repercussões se apresentam como desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

A identificação de maus-tratos representa a fase primordial de atuação profissional para o enfrentamento do problema (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014). O não reconhecimento das situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes impede a notificação dos casos e o acionamento da rede de proteção social, impossibilitando a cessação dos atos, o que contribui para o aumento de morbidade e mortalidade nessa faixa etária.

Nessa perspectiva, estudos que tragam ao debate essa realidade e que elenquem os fatores que facilitam a identificação de maus-tratos contra este grupo populacional tornam-se relevantes na medida em que podem oferecer subsídios para a superação de obstáculos que atravancam a implementação das normatizações e a qualificação das ações da APS diante do problema.

Visando sobrepujar a distância entre o que está posto nos documentos oficiais e a prática nos serviços de saúde, este artigo tem como objetivo analisar a atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes no âmbito da APS e os fatores associados.

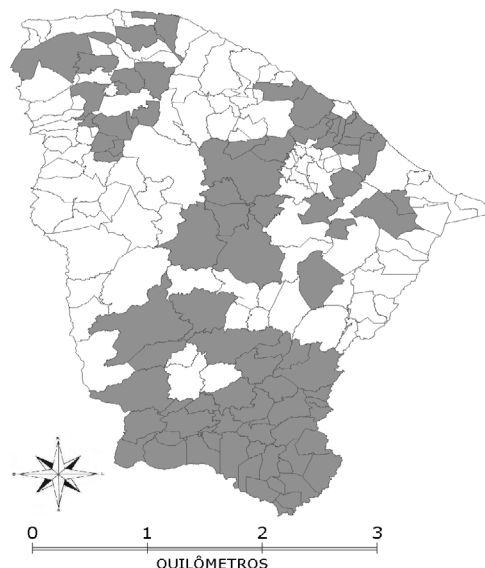
## Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, que utilizou como fonte de informações o banco de

dados de uma pesquisa mais abrangente intitulada 'Violência envolvendo crianças e adolescentes: fatores condicionantes, processo de notificação e mecanismos de enfrentamento', realizada no contexto da APS com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, em municípios cearenses. Este artigo se reporta, especificamente, à categoria dos cirurgiões-dentistas.

O estado do Ceará é composto por 184 municípios. Este estudo abrangeu 46,2% destes, totalizando 85 cidades investigadas, contemplando todas as regiões de saúde do estado (figura 1).

Figura 1. Mapa do estado do Ceará evidenciando os municípios investigados, Ceará, Brasil, 2015



A população acessível foi obtida com base nos dados fornecidos pelo Departamento da Atenção Básica (DAB). Na época da pesquisa, os municípios referidos contavam com 714 cirurgiões-dentistas atuantes na APS. Para a produção de dados, um conjunto de cartas-convite, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionários foi enviado a todos os profissionais identificados. Destes, 212 responderam e compõe a amostra desta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os anos de 2010 a 2012, cuja operacionalização aconteceu por meio do envio dos formulários, previamente organizados em envelopes lacrados e identificados por município, aos gestores das Coordenadorias Regionais de Saúde e/ou das Secretarias Municipais de Saúde, que intermediaram a entrega do material aos cirurgiões-dentistas de cada município. O retorno dos instrumentos preenchidos seguiu o fluxo inverso.

O questionário estruturado foi composto por 32 questões, adaptadas e revisadas, com os seguintes domínios analíticos: sociodemográfico, formação profissional, instrumentação e conhecimento sobre o tema, identificação e notificação de casos de maus-tratos em crianças e adolescentes.

Neste artigo, estabeleceu-se como desfecho a identificação de maus-tratos em crianças e adolescentes e como variáveis preditoras: sexo; idade; situação conjugal; tempo de formado; tempo de trabalho na APS; pós-graduação; sofreu maus-tratos na infância; participou de treinamento sobre o tema; conhece o ECA; conhece a ficha de notificação; ficha de notificação na Unidade de Atenção Primária à Saúde (Uaps); confia nos órgãos de proteção; sabe para onde encaminhar os casos; medo de envolvimento legal; lê sobre a temática; discute assunto no trabalho; conhece instituição de apoio; e vantagem em instituir a notificação na APS.

Para análise, o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi utilizado para verificar a associação entre o desfecho e as variáveis preditoras. Estabeleceu-se  $p < 0,05$  para significância estatística. Seguiram-se a essas análises os procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística, incluindo no modelo as variáveis preditoras que mostraram associação ao desfecho com significância  $p < 0,25$ . Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis ao nível de significância  $p < 0,05$ . A força de associação entre o desfecho e as variáveis preditoras foi expressa em valores estimados de *Odds Ratio (OR)* bruto e ajustado, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Todos os questionários foram conferidos e inseridos no banco com dupla entrada, a fim de verificar a consistência dos dados, que foram digitados no programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 17.0. A análise estatística foi realizada utilizando-se do programa STATA (Stata Corp LP, College Station, TX 77845, USA), versão 11.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – Unifor, sob o parecer nº 072/2007.

## Resultados

Os participantes do estudo ( $n=212$  cirurgiões-dentistas) tinham entre 21 e 68 anos, com média de idade de 33,8 anos ( $DP \pm 10,3$ ) e maior frequência na faixa etária de 21 a 34 anos (128/60,4%). Verificou-se o predomínio do sexo masculino (111/52,4%), não casados (116/54,7%), tempo de formado de 5 anos ou mais (121/57,1%), com menos de 5 anos de trabalho na APS (107/50,5%), com pós-graduação (144/67,9%) e que não sofreram maus-tratos na infância (196/92,5%).

As características referentes à instrumentação e ao conhecimento dos profissionais sobre os maus-tratos em crianças e adolescentes apontam que 178 (84,0%) não conhecem a ficha de notificação, 158 (74,5%) relataram que a Uaps não possui a ficha, 148 (69,8%) confiam nos órgãos de proteção ao grupo, 106 (50,0%) mencionaram saber para onde encaminhar os casos, 151 (71,2%) referiram não ter medo de envolvimento legal ao notificar e 192 (90,6%) acham vantagem instituir a notificação na APS.

Em relação à apropriação do tema pelos participantes, 183 (86,3%) não participaram de treinamento acerca da temática, 115 (54,2%) conhecem o ECA, 145 (68,4%) não faziam leituras sobre a questão e responderam que o assunto não era discutido no ambiente de trabalho e 166 (78,3%) não conheciam instituição de apoio às crianças e adolescentes em situação de maus-tratos.

Quanto à identificação e notificação de casos de maus-tratos, 71,2% (151) dos cirurgiões-dentistas afirmaram que não haviam identificado situações de maus-tratos na sua prática profissional. Dos 28,3% (60) que já tinham identificado algum caso, 83,1% não notificaram as ocorrências, enquanto 16,9% realizaram esse procedimento.

Na tabela 1, na análise bivariada, observase que pós-graduação ( $p=0,010$ ), participar de treinamento ( $p=0,024$ ) e conhecer a ficha de notificação ( $p=0,003$ ) apresentaram associação com a identificação de maus-tratos. As demais variáveis não mostraram significância ( $p>0,05$ ). No modelo logístico final, ter pós-graduação e conhecer a ficha de notificação permaneceram associadas ao desfecho.

O modelo logístico final mostrou que há mais chance de o cirurgião-dentista identificar situações de maus-tratos em crianças e adolescentes se tiver pós-graduação (2,35 vezes mais que aqueles que não possuem) e se conhecer a ficha de notificação (elevou quase o triplo, 2,93, a chance em relação àqueles que não conhecem a ficha) (tabela 1).

Tabela 1. Análise bivariada e multivariada entre a identificação de maus-tratos e fatores associados. Atenção Primária à Saúde, CE, Brasil, 2010-2012

Variável	Cirurgião-dentista identificou maus-tratos				Não Ajustada		Ajustada (modelo final)	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
	N	%	N	%				
Sexo (n=211)								
Masculino	32	53,3	79	52,3				
Feminino	28	46,7	72	47,7	0,96 (0,50-1,82)	0,894		
Idade (n=191)								
21-34 anos	39	69,6	89	65,9	1,18 (0,57-2,48)	0,618		
>34 anos	17	30,4	46	34,1				
Situação conjugal (n=210)								
Casado	30	50,8	64	42,4	1,40 (0,73-2,68)	0,267		
Não casado	29	49,2	87	57,6				
Tempo de formado (n=211)								
< 5 anos	26	43,3	65	43,1				
≥ 5 anos	34	56,7	86	56,9	0,98 (0,51-1,89)	0,969		
Tempo de trabalho na APS (n=211)								
< 5 anos	32	53,3	75	49,7				
≥ 5 anos	28	46,7	76	50,3	0,86 (0,45-1,64)	0,631		
Pós-Graduação (n=208)								
Sim	49	81,7	94	63,5	2,55 (1,18-5,90)	0,010	2,35 (1,11-4,97)	0,024
Não	11	18,3	54	36,5				
Sofreu maus-tratos na infância (n=210)								
Sim	06	10,0	09	6,0	1,74 (0,48-5,76)	0,309		
Não	54	90,0	141	94,0				
Participou de treinamento (n=210)								
Sim	13	21,7	15	90,0	2,48 (1,00-6,05)	0,024		
Não	47	78,3	135	10,0				
Conhece o ECA (n=210)								
Sim	39	65,0	76	50,7	1,80 (0,93-3,55)	0,059		
Não	21	35,0	74	49,3				
Conhece ficha de notificação (n=209)								
Sim	16	26,7	16	10,7	3,02 (1,28-7,02)	0,003	2,93 (1,32-6,48)	0,008
Não	44	73,3	133	89,3				
Ficha de notificação na Uaps (n=205)								
Sim	17	28,8	31	21,2	1,50 (0,70-3,13)	0,245		
Não	42	71,2	115	78,8				
Confia nos órgãos de proteção (n=201)								

Tabela 1. (cont.)

Sim	43	71,7	104	73,8	0,89 (0,43-1,89)	0,759
Não	17	28,3	37	26,2		
Sabe para onde encaminhar (n=199)						
Sim	32	55,2	74	52,5	1,11 (0,57-2,16)	0,729
Não	26	44,8	67	47,5		
Medo de envolvimento legal (n=204)						
Sim	18	30,5	36	24,8		
Não	41	69,5	109	75,2	0,75 (0,36-1,57)	0,404
Lê sobre a temática (n=207)						
Sim	23	38,3	40	27,2	1,66 (0,83-3,27)	0,114
Não	37	61,7	107	72,8		
Discute assunto no trabalho (n=208)						
Sim	26	43,3	38	25,7	2,21 (1,11-4,34)	0,012
Não	34	56,7	110	74,3		
Conhece instituição de apoio (n=205)						
Sim	13	21,7	27	18,6	1,20 (0,52-2,67)	0,616
Não	47	78,3	118	81,4		
Vantagem notificação na APS (n=207)						
Sim	55	91,7	136	92,5	0,88 (0,26-3,42)	0,835
Não	05	8,3	11	7,5		

## Discussão

A atuação na APS pressupõe vantagens para a identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes tendo em vista a proximidade territorial e o vínculo dos profissionais com as famílias. Contudo, os resultados deste estudo revelam que uma pequena parcela dos cirurgiões-dentistas identificou alguma situação de maus-tratos na sua prática nesse âmbito. Este fato reflete a existência de dificuldades na identificação dos casos.

Trabalhos estrangeiros também mostram baixo percentual de cirurgiões-dentistas que detectaram ou suspeitaram de atos violentos contra a população infanto-juvenil (ULDUM ET AL., 2010; SONBOL ET AL., 2012). Achados semelhantes também são verificados em pesquisas nacionais (FRACON; SILVA; BREGAGNOLO, 2011; CARVALHO; GALO; SILVA, 2013). A inabilidade do profissional em identificar os maus-tratos pode ser atribuída a fatores, como: ausência ou insuficiência de abordagem do tema na graduação e em treinamentos profissionais; conduta clínica baseada no modelo biomédico;

naturalização da violência contra crianças e adolescentes; assim como pela própria organização do processo de trabalho na APS.

Apesar do esforço do setor saúde em recomendar as ações e práticas de identificação, notificação, tratamento e prevenção às várias expressões da violência doméstica, a capacitação de recursos humanos para tais condutas ainda é limitada. Esta fragilidade inicia-se na formação desses profissionais, pois essas questões dificilmente são introduzidas nas matrizes curriculares da graduação.

Carvalho, Galo e Silva (2013), em um estudo empreendido com 80 cirurgiões-dentistas da rede pública e privada de saúde de um município do estado de São Paulo, constataram que a maioria dos profissionais relatou que o assunto não foi abordado durante a graduação. Fracon, Silva e Bregagnolo (2011) ressaltam que, mesmo tendo recebido informações durante a graduação, quase a totalidade dos profissionais investigados as consideraram insuficientes.

Também se evidencia que a lacuna do conhecimento ultrapassa os limites das instituições formadoras e se estende para a rotina das



unidades de saúde, em virtude de a temática da violência ainda ser pouco trabalhada ou até mesmo estar ausente da pauta de educação permanente dos serviços (MOREIRA ET AL., 2014). Confirmando este argumento, neste estudo, 86,3% dos cirurgiões-dentistas não participaram de treinamento acerca do tema e 68,4% não faziam leituras sobre a questão e relataram que o assunto não era discutido no ambiente de trabalho. Isto indica que o enfoque na questão dos maus-tratos na APS ocorre de forma incipiente, pontual e assistemática. Em razão desses aspectos, os profissionais sentem-se inseguros e despreparados para a detecção e para a condução desse tipo de ocorrência.

Outra questão é que a prática de atenção à saúde bucal no SUS está fortemente pautada no modelo clínico (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; DE CARLI ET AL., 2014). Esse perfil clínico preponderante vai de encontro às características preconizadas pelo modo de produzir saúde na APS (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006). A reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas, fundadas na lógica de atendimento clínico-biológico, voltado para o tratamento de lesões físicas, restringe uma atuação adequada ante os casos de violência.

A dificuldade em identificar crianças e adolescentes em situação de maus-tratos atrela-se ao fato de a demanda explícita, no que concerne ao atendimento por este motivo, ser considerada baixa, apesar dos altos índices desse problema nos territórios adscritos (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014), enquanto os casos velados, sem sinais visíveis, manifestam-se como empecilhos para o reconhecimento da violência. Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009), ao discorrerem sobre as limitações do modelo biomédico diante de pacientes com sintomas indefinidos, argumentam que o obstáculo de desvelar o não aparente está relacionado com a formação baseada nesse modelo hegemônico, que não valoriza os aspectos subjetivos, e com a singularidade do sofrimento humano.

Nesse sentido, a atuação dos profissionais diante dos maus-tratos está vinculada, com frequência, àquilo que se consegue visualizar

como lesões e traumas resultantes das agressões. Diante da complexidade do fenômeno e de suas múltiplas dimensões, tem-se a necessidade de uma abordagem que priorize a execução da clínica ampliada e que viabilize o desenvolvimento de uma atenção integral ao indivíduo (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Ressaltam-se, além disso, o fato de que aspectos culturais, valores e tabus também podem influenciar intensamente a identificação de maus-tratos. Culturalmente, ainda parece ser aceita a concepção do direito sem limites dos cuidadores sobre as crianças e os adolescentes, o que leva ao abuso de poder do mais forte sobre o mais fraco. O uso da punição física ou outras expressões de violência ainda constituem instrumentos frequentemente utilizados na educação dos filhos. Conseqüentemente, essa banalização da violência física faz com que práticas abusivas, muitas vezes, sejam consideradas como práticas normais de disciplinamento, até mesmo pelos profissionais de saúde.

Outra barreira para a detecção dos casos diz respeito à própria organização do processo de trabalho na APS. A sobrecarga de atribuições incorporadas pelos profissionais, a elevada quantidade de famílias por equipe, o processo de avaliação de desempenho centrado na produtividade e o excesso de atividades burocráticas são questões que fragilizam a atenção em saúde dispensada aos usuários do serviço. Esse acúmulo de atribuições reflete, muitas vezes, a realização de atendimentos rápidos, superficiais e focados na sintomatologia, sem a devida atenção às causas do problema (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014). De acordo com Porto, Bispo Júnior e Lima (2014), as limitações dos profissionais para lidar com o problema também acentuam obstáculos dos pacientes ou pessoas da comunidade enxergarem as Uaps como local de apoio e acompanhamento às situações de violência.

O presente estudo também elucida os fatores que facilitam a identificação, pelos cirurgiões-dentistas, de maus-tratos contra

crianças e adolescentes na realidade estudada. A análise múltipla mostrou que ter pós-graduação e conhecer a ficha de notificação aumentou a chance de os profissionais identificarem os casos.

Esses achados ressaltam a importância da academia na formação de profissionais que possam, de forma ética e científica, contribuir na vigilância em saúde das pessoas durante o exercício da profissão. Supõe-se que as propostas curriculares das pós-graduações construídas em eixos interdisciplinares favoreçam a troca de saberes e experiências profissionais ante as demandas sociais que estão inscritas nas políticas temáticas e que desafiam a efetividade da gestão em saúde.

Nessa compreensão, os Ministérios da Saúde e da Educação incentivam a implantação de residências e pós-graduações de caráter interdisciplinar para que as diretrizes políticas, que norteiam a reorientação do modelo de atenção à saúde, alcancem resultados que transformem os indicadores de saúde da população, especificamente nesta pesquisa, dos que apontam os altos índices de maus-tratos em crianças e adolescentes.

Tradicionalmente, a área da saúde tem concentrado esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações. Ultimamente, sobretudo em relação a alguns agravos, como violência contra a população infanto-juvenil, amplia-se a abordagem que inclui aspectos psicossociais e psicológicos tanto em relação ao impacto sobre os indivíduos como em relação à caracterização do agressor.

A violência doméstica é um assunto muito sensível, e relatar suspeita de maus-tratos é um tópico circunspecto para profissionais de Odontologia. Cirurgiões-dentistas podem desempenhar um papel importante para interromper o ciclo de maus-tratos, visto que 75% das lesões físicas têm assento na cabeça, pescoço, face e/ou boca (AUSTIN, 2012).

Além disso, a negligência na saúde bucal pode ser um indicador de violência doméstica. Crianças e adolescentes em situação deste tipo de violência podem ser restringidos (pelos seus agressores) de atividades de higiene diárias normais, atendimento odontológico ou médico, resultando em patologias não tratadas, dor e/ou dor crônica, infecção, traumas, entre outras, afetando a sua qualidade de vida. Trabalho analisando a relação entre cárie dentária e negligência em crianças detectou relação entre experiência de cárie e fatores de risco sugestivos de negligência, tendo sido importante na APS para a orientação de seus cuidadores (LOURENÇO; SAINTRAIN; VIEIRA, 2013).

Os cirurgiões-dentistas, ao identificarem uma situação de violência, devem notificar o caso, assim como determinar se um paciente pediátrico/adolescente requer avaliação mais detalhada ou uma intervenção. Para tanto, os profissionais precisam de conhecimento aprofundado, ferramentas didáticas e clínicas que possam ajudá-los a identificar os sinais e sintomas de violência doméstica. Na visão de Austin (2012), cada prática no aprendizado odontológico pode determinar estratégias adequadas para a intervenção e comunicação com o paciente vítima de violência. Afirmar esta que corrobora os achados desta pesquisa de que os profissionais tendo pós-graduação apresentam 2,35 mais chances de detectar a violência quando comparado aos que não possuem esta formação.

O conhecimento generalista e humanizado do cirurgião-dentista é efetivo para contribuir na sua atuação de maneira preventiva, identificando crianças e adolescentes maltratados, quer física ou negligencialmente. De modo importuno, ainda há falta de informação e desconhecimento destes profissionais no que tange à violência contra essa faixa etária. Estudo brasileiro com cirurgiões-dentistas acerca do tema revela que a grande maioria (84,2%) não recebeu orientações na graduação ou após a graduação

(FRACON; SILVA; BREGAGNOLO, 2011), justificando o alerta dos pesquisadores quanto à necessidade de capacitação dos trabalhadores da área de saúde para diagnosticar, conduzir o atendimento nos casos de maus-tratos e comunicar às autoridades competentes.

Outro aspecto que favoreceu a identificação de maus-tratos foi o conhecimento da ficha de notificação da violência. A notificação é o processo que visa interromper atitudes violentas no plano familiar ou por parte de qualquer agressor, a partir do acionamento dos órgãos competentes, como o Conselho Tutelar. Este procedimento também fornece subsídios para a formulação de políticas públicas, tendo em vista o dimensionamento epidemiológico do problema (MOREIRA ET AL., 2014).

A ficha de notificação funciona como importante fonte de comunicação entre a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar e o profissional ou equipe de saúde que tiveram contato próximo com a criança ou o adolescente, sua família e que diagnosticaram o ato de violência. Esse instrumento foi instituído e padronizado no âmbito do SUS e orienta a coleta de informações e a condução dos casos (BRASIL, 2001, 2011).

Os cirurgiões-dentistas, comprometidos com a promoção da saúde da população e preocupados com a garantia dos direitos da criança e do adolescente, muitas vezes têm dúvidas quanto à maneira correta de agir. Por esse motivo, protocolos de orientação profissional são importantes para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência, favorecendo maior segurança para a sua identificação.

Rolim *et al.* (2014) argumentam que a existência de protocolos que firmem condutas na unidade de saúde propicia a instrumentação dos profissionais para a atuação no tema. Por essa razão, a gestão deve assegurar, no mínimo, o material necessário para uma prática de qualidade na APS. O fato de que conhecer a ficha de notificação ter aumentado em quase três vezes a chance de

o cirurgião-dentista detectar maus-tratos, neste estudo, revela a importância da disposição desse instrumento nas unidades de saúde. De forma contrária, a insuficiência de insumos pode comprometer o fluxo de atendimento, inviabilizando condutas que culminem com soluções preconizadas na legislação (ROLIM ET AL., 2014).

Reconhece-se os investimentos das esferas de governo ao legislarem e promulgarem políticas de enfrentamento às violências direcionadas à população infanto-juvenil. Entretanto, a sua divulgação e ‘empoderamento’ por parte dos profissionais parece não ter sido suficiente para a efetivação das diretrizes e consequente reorientação de uma prática predominantemente clínica para uma centrada no sujeito, considerando as singularidades que emergem das demandas sociais.

Autores enfatizam que os cirurgiões-dentistas reconhecem a importância do seu papel no que se refere à condução de casos de violências no grupo pediátrico e hebiátrico, entretanto, apresentam dificuldades na identificação e em como conduzir os procedimentos ante essas casuísticas (CARVALHO; GALO; SILVA, 2013).

Assume-se que esta pesquisa apresenta como limitação a taxa de devolução dos questionários, perfazendo um percentual de 29,7%. Este valor pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho dos profissionais, com a complexidade do objeto de investigação, com a falta de interesse e formação no assunto ou até mesmo com o não reconhecimento da realização de pesquisas como um dos dispositivos que contribui para a reorientação do modelo de atenção à saúde em acordo com o que preconiza a legislação do SUS.

Dessa forma, os resultados do estudo podem não representar, em sua totalidade, a prática dos cirurgiões-dentistas das regiões de saúde investigadas, não sendo possível sua generalização. Todavia, vale salientar que os dados apresentados estão

em consonância com a literatura sobre o tema, até mesmo com pesquisas empreendidas em outros níveis de atenção à saúde e no cenário internacional.

## Conclusão

A maior parte dos cirurgiões-dentistas que atua na APS dos municípios investigados não identificou situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes na sua prática profissional. O modelo logístico final evidenciou que fatores, como ter pós-graduação e conhecer a ficha de notificação, facilitam a detecção dos casos pelos profissionais.

Nesse sentido, o estudo aponta proposições que devem ser consideradas no redirecionamento de políticas que reorganizam as redes de atenção à saúde, no planejamento

das ações e, sobretudo, na gestão. Entende-se que é imperioso ampliar as discussões nos cursos de graduação e sistematizar a educação permanente como instrumento transformador das demandas sociais que aportam os cenários da APS, apropriando-se dos conteúdos das políticas de enfrentamento às múltiplas facetas com que as violências se desdobram.

Há ainda que se considerar a necessidade de mudanças nas abordagens realizadas pelos profissionais, para não priorizarem apenas o cumprimento de metas e a execução das técnicas propostas pelos programas e observarem os aspectos subjetivos que circunscrevem as 'queixas dolorosas' que adentram os consultórios odontológicos no âmbito da APS. Em conclusão, os processos de trabalho nesse contexto demandam uma gestão incisiva, comprometida com a qualidade científica, técnica e ética. ■

## Referências

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, jan./mar. 2006.

AUSTIN, M. *Domestic Violence*. 2012. Disponível em: <<https://dentallearning.org/course/DomesticViolence/Domestic%20Violence.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Lei 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 25 out. 2001, n. 206, Seção 1, p. 86.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 25 jan. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em: 26 out. 2015.

CARVALHO, L. M. F.; GALO, R.; SILVA, R. H. A. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Revista Faculdade de Medicina Ribeirão Preto*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 297-304, set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Código de Ética Odontológica*. 2012. Disponível em: <<http://cfo.org.br/legislacao/codigos/>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

- DECARLI, A. D. *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 441-450, 2014.
- FINKELHOR, D. *et al.* Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatrics*, Chicago, v. 167, n. 7, p. 614-621, may/jul. 2013.
- FRACON, E. T.; SILVA, R. H. A.; BREGAGNOLO, J. C. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *RSBO*, Santa Catarina, v. 8, n. 2, p. 153-159, abr./jun. 2011.
- GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR, K. R. Os sofrendores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 797-815, mar. 2009.
- LOURENÇO, C. B.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, A. P. G. F. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatrics*, Londres, v. 13, n. 188, p. 1-8, 2013.
- MATOS, K. F.; MARTINS, C. B. G. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. *Revista espaço para a saúde*, Londrina, v. 14, n. 1, p. 82-93, dez. 2013.
- MOREIRA, G. A. R. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4267- 4276, dez. 2014.
- OLIVEIRA, M. T. *et al.* Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.
- PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, jul./set. 2014.
- ROLIM, A. C. A. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1048-1055, nov./dez. 2014.
- SONBOL, H. N. *et al.* Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ*, Oxford, v.16, n. 1, p. e158-e165, feb./may 2012.
- ULDUM, B. *et al.* Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, Oxford, v. 20, n. 5, p. 361-365, jul. 2010.

---

Recebido para publicação em abril de 2015

Versão final em setembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), Edital de Segurança Pública nº 05/2008

# Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes *Mellitus*: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE)

*Health Care Network to people with Diabetes Mellitus: an analysis of implementation in the SUS in Recife (PE)*

Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos<sup>1</sup>, Luciana Caroline Albuquerque Bezerra<sup>2</sup>, Eduardo Freese de Carvalho<sup>3</sup>, Annick Fontbonne<sup>4</sup>, Eduarda Ângela Pessoa Cesse<sup>5</sup>

**RESUMO** O artigo avalia a implantação da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de Diabetes *Mellitus* no SUS em Recife, Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação nos níveis da atenção primária e especializada. Os resultados demonstram implantação parcial da Rede em relação às dimensões de estrutura e processo de trabalho. O contexto político de gestão mostrou-se favorável à implantação da Rede, muito embora ainda existam obstáculos a serem superados.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde; Assistência à saúde; Doenças crônicas; Diabetes *Mellitus*.

**ABSTRACT** *The article evaluates the implementation of the Health Care Network to diabetic patients in the SUS in the city of Recife, Pernambuco. It is an evaluative research, of the type implantation analysis in the levels of primary and specialized care. The results demonstrate partial implementation of the Network in relation to the dimensions of the structure and work process. The political context of management was favorable to the implementation of the Network, although there are still obstacles to be overcome.*

**KEYWORDS** *Health evaluation; Delivery of health care; Chronic disease; Diabetes Mellitus.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.  
rebecca\_soaresandrade@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) - Recife (PE), Brasil.  
lua\_cad@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.  
freese@cpqam.fiocruz.br

<sup>4</sup>Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier, França.  
annick.fontbonne@ird.fr

<sup>5</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.  
educesse@cpqam.fiocruz.br

## Introdução

A partir da década de 1990, foram realizadas reformas nos sistemas de saúde de diversos países da América Latina com vistas a ampliar o acesso e qualificar os serviços de saúde. Nesse contexto, no Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se constituem em uma proposição relativamente recente. A sua implementação pretende adequar e ampliar os serviços prestados em consonância com as necessidades de saúde das populações. Nessa lógica, elas propõem o rompimento da gestão baseada na oferta e investem na integralidade da assistência e longitudinalidade do cuidado. Essa tem sido a forma apontada como mais eficaz para enfrentar o incremento da prevalência das doenças crônicas (SILVA; MAGALHÃES, 2011).

Em 2007, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) foram responsáveis por 72% das mortes ocorridas no País (SCHMIDT ET AL., 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade – *DALY* (*Disability-Adjusted Life Years* – anos de vida perdidos por morte prematura e incapacidade) permitem estimar os efeitos das doenças crônicas de maneira mais adequada que apenas a mortalidade total. Um *DALY* significa um ano de vida perdido (MURRAY; LOPEZ, 1996). Estudo realizado no Brasil sobre a carga de doença, com dados de 1998, já apontavam as doenças crônicas como responsáveis por 66,3% dos *DALYs* (SCHRAMM; OLIVEIRA; LEITE, 2004).

A Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2014, apontou que essa enfermidade atingiu mais de 387 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial. Apontou ainda que quase metade das pessoas com diabetes não foi sequer diagnosticada nas diversas nações do mundo contemporâneo. No Brasil, o diabetes esteve relacionado com a morte de mais de 48 mil pessoas entre 20 e 60 anos de idade, com uma prevalência estimada de 8,7%.

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010), e em 2013, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013). Posteriormente, estabeleceu diretrizes para a organização das linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014A).

Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção prestada e garantir a longitudinalidade do cuidado, por meio de medidas e ações articuladas de prevenção, promoção e tratamento. Adicionalmente, visa otimizar a utilização dos recursos e promover a equidade em saúde. Nesse sentido, busca promover a integralidade do cuidado com a oferta de um ciclo completo de atendimento ao usuário nos diferentes pontos de atenção da Rede. As RAS são compostas por: uma população específica, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A população é o primeiro elemento constituinte das RAS, imprescindível para sua organização e operacionalização. O conhecimento em profundidade da população usuária de um sistema de saúde permite romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das RAS.

A estrutura operacional é formada pela Atenção Primária à Saúde (APS), pela Atenção Especializada (AE), pelos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), pelos Sistemas Logísticos (SL) e pelo Sistema de Governança (SG). A APS é o centro de comunicação da Rede e deve funcionar como ordenadora e coordenadora do cuidado. A AE reúne os diversos pontos de atenção com densidades tecnológicas distintas, como os ambulatórios, as emergências e os hospitais, devendo apoiar e complementar os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. Os SADT ofertam o apoio no que diz respeito à diagnose e terapêutica: são

os exames, as atividades corporais, as práticas integrativas e as atividades desempenhadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Os SL são responsáveis pelo estabelecimento de ligações entre os pontos da rede, pela racionalidade de fluxos e contrafluxos de usuários, produtos e informações. O SG é responsável pelo acompanhamento da implantação da rede e articulação com os atores envolvidos (BRASIL, 2014A).

Por fim, o terceiro elemento constitutivo das RAS e fundamental para sua estruturação é o modelo de atenção à saúde. Ele define a forma como a atenção deve ser realizada na rede e como os diversos pontos devem se comunicar e se articular. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi criado no Brasil com o objetivo de nortear a atenção ao portador de doenças crônicas. Esse modelo prevê cinco níveis de intervenções em saúde: intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde, gestão da condição de saúde simples, gestão da condição de saúde complexa e gestão de caso para as condições de saúde muito complexas (BRASIL, 2014A; MENDES, 2012).

No Brasil, ainda existem poucos estudos acerca da temática de RAS na realidade do SUS. Entretanto, eles já apontam para uma inefetividade da APS em ser resolutive, principal porta de entrada, ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado (ALMEIDA ET AL., 2010; AZEVEDO, COSTA, 2010; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003). Apontam também para ineficiência da AE em apoiar e complementar os serviços da atenção básica de forma resolutive e em tempo oportuno (OLIVEIRA ET AL., 2010; SILVA, 2012; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Entretanto, pouco ainda se tem refletido sobre a implantação dessas redes. Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que o questionamento acerca da implantação deve ser anterior ao da eficiência ou efetividade.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é avaliar a implantação da RAS aos portadores de Diabetes *Mellitus* no SUS em Recife

(PE), incluindo a análise da estrutura e do processo de todos os seus componentes, bem como a análise de fatores contextuais que influenciam o seu grau de implantação. Isso permite identificar entraves e proposições para sua implantação. A identificação de tais aspectos, realizada em uma pesquisa desenvolvida em um distrito sanitário de Recife, é relevante pela possibilidade de contribuir na reorganização dessa rede, com vistas ao seu aperfeiçoamento e melhora da qualidade do serviço ofertado.

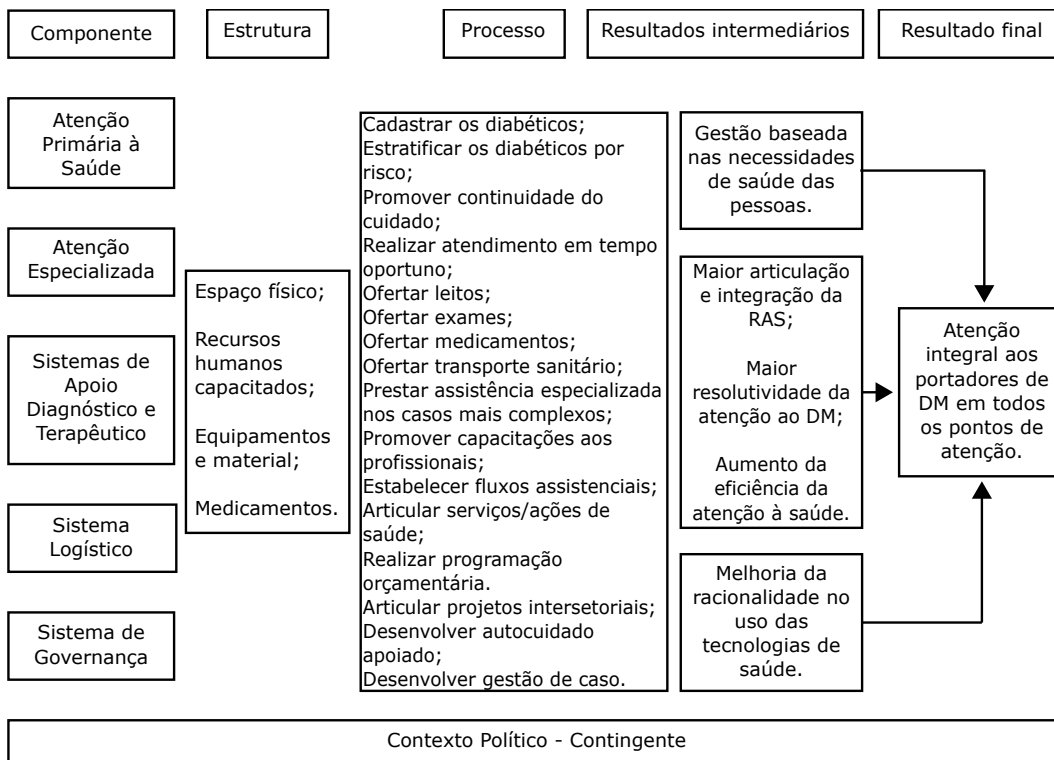
## Métodos

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação (CHAMPANGNE, 2011), utilizando o modelo Político Contingente, proposto por Denis e Champagne (1997), para análise do contexto. Foi realizado o estudo de caso da RAS aos portadores de Diabetes *Mellitus* (DM) do município de Recife, tomando por referência o Distrito Sanitário III. O distrito escolhido dispõe de tecnologias de distintas complexidades que visam assegurar a oferta do atendimento integral.

Para avaliação do grau de implantação, foram construídos o Modelo Lógico da intervenção (figura 1), a Matriz de Análise e Julgamento e avaliadas as dimensões de estrutura e processo dessa RAS. Na dimensão estrutura, foram avaliados o espaço físico, os recursos humanos e os equipamentos e materiais necessários para oferta do atendimento integral ao portador de DM na RAS, por meio de 55 indicadores. Na dimensão processo, foram avaliadas as atividades pertinentes a cada componente, que em conjunto possibilitaria a oferta da atenção integral ao portador de DM na RAS. Essas atividades foram avaliadas por meio de 60 indicadores (SANTOS, 2015). O modelo lógico e a matriz de análise e julgamento foram submetidos à apreciação de especialistas, conforme recomendação de McLaughlin e Jordan (1999).



Figura 1. Modelo Lógico da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus.



Fonte: Elaboração própria.

Para avaliação do contexto, foi construída sua matriz de análise. Nessa matriz, foram analisadas três variáveis relacionadas ao contexto estrutural (atributos operacionais, dos gestores e do ambiente) e três relacionadas ao contexto político (suporte dado à intervenção, controle na organização para operacionalizar a intervenção e coerência entre os objetivos da implantação da RAS e as ações). Ao total, foram criadas dez categorias de análise.

Após a determinação do contexto, foi verificada a sua influência sobre o grau de implantação.

Foram realizadas entrevistas estruturadas e semiestruturadas, observação direta e análise documental dos Planos Municipais de Saúde – 2010-2013 e 2014-2017 – e da Programação Anual de Saúde de 2013 (*quadro 1*). Na consulta a documentos, buscou-se identificar aspectos relacionados à Atenção à Saúde dos portadores de doenças crônicas e DM e sua respectiva RAS.

Quadro 1. Síntese dos métodos de coleta e das fontes de informações utilizadas na etapa de análise da implantação segundo os componentes

Componente	Método de Coleta	Fonte de Informação	Etapa de análise da implantação
Atenção Primária à Saúde	Entrevista estruturada	Informante-chave (médico/enfermeiro)	Determinação do GI
Atenção Especializada	Entrevista estruturada	Informante-chave (médico/enfermeiro)	Determinação do GI
Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Entrevista estruturada	Informante-chave (trabalhadores da rede - APS, AE e dos SADT)	Determinação do GI
Sistema de Apoio Logístico	Entrevista estruturada	Informante-chave (trabalhadores da rede - APS, AE e dos SADT)	Determinação do GI
	Entrevista semiestruturada	Informante-chave (Secretária Executiva de Regulação e Saúde)	Estudo do contexto de implantação
	Entrevista estruturada	Informantes-chave (Coordenadora da Política de Saúde dos Portadores de DCNT, Secretária Executiva de Regulação e Saúde, e Coordenadora da Vigilância Epidemiológica Distrital)	Determinação do GI
Sistema de Governança	Entrevista semiestruturada	Informantes-chave (Coordenadora da Política de Saúde dos Portadores de DCNT, Secretária Executiva de Regulação e Saúde, e Coordenadora da Vigilância Epidemiológica Distrital)	Estudo do contexto de implantação
	Observação direta	Existência de setor específico para RAS aos portadores de doenças crônicas e condições de trabalho no Nível Central.	Estudo do contexto de implantação
	Consulta a documentos	Planos Municipais de Saúde (2010-2013 e 2014-2017) e Programação Anual de Saúde (2014)	Estudo do contexto de implantação

Fonte: Elaboração própria.

Nota: GI: Grau de implantação; APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada; SADT: Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Nos diferentes níveis de complexidade da RAS, no período de outubro de 2014 a janeiro de 2015, foram entrevistados 22 profissionais, reconhecidos como informantes-chave nos serviços analisados. Foi considerada informante-chave a pessoa que possuía conhecimento especial sobre o que se pretendia averiguar para compartilhar com o entrevistador (TOBAR; YALOUR, 2001).

Esses profissionais estavam distribuídos da seguinte forma: seis profissionais médicos ou enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família (USF), representando a totalidade do componente da APS; cinco profissionais médicos ou enfermeiros na AE (ambulatórios, emergências e hospital); oito profissionais enfermeiros, educadores

físicos ou fisioterapeutas no Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Nasf, SAD e Programa Academia de Saúde); a Secretária Executiva de Regulação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pertencente ao Sistema Logístico; a coordenadora de Vigilância Epidemiológica do distrito sanitário e a coordenadora da Política de Saúde dos Portadores de DCNT da SMS, pertencente ao Sistema de Governança da Rede. Todos os serviços da AE são referência para o tratamento do DM no município.

Para análise do grau de implantação das dimensões estrutura e processo, foi realizado o somatório das pontuações obtidas nos indicadores de cada dimensão

separadamente, dividido pela pontuação esperada para a dimensão, e depois multiplicado por 100. O grau de implantação total (estrutura + processo) foi estabelecido de forma ponderada, por considerar que a dimensão processo era mais importante que a dimensão estrutura na implantação da RAS aos portadores de DM. Nesse sentido, foi atribuído peso quatro para a dimensão estrutura e peso seis para a dimensão processo. Assim, o grau de implantação (GI) total de cada unidade de análise foi obtido da seguinte forma<sup>1</sup>:

$$\text{GI Total} = \left( \frac{(4\sum E^1 + 6\sum P^1)/10}{(4\sum E^2 + 6\sum P^2)/10} \right) * 100$$

A análise considerou os seguintes pontos de corte: <25,0% – não implantado; de 25,1% a 50,0% – implantação incipiente; de 50,1% a 75,0% – parcialmente implantado; e >75,1% – implantado.

O material resultante das entrevistas semiestruturadas e da análise documental foi submetido à análise de conteúdo temática à luz do modelo Político-Contingente para avaliação do contexto. Esse foi considerado favorável quando o número de

categorias temáticas favoráveis era maior que o de desfavoráveis.

Para avaliação da influência do contexto sobre o grau de implantação, foi feito o confronto da classificação do GI obtido com a classificação final do contexto político de gestão.

A pesquisa obedeceu às normas que regem as pesquisas com seres humanos, obtendo aprovação da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (Conep) sob parecer 768.025 e do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco sob parecer 421.616.

## Resultados

### Grau de implantação

A implantação da RAS aos portadores de DM foi classificada como de implantação parcial (GI=65,5%), considerando as dimensões estrutura e processo. A dimensão estrutura (GI de 58,1%) obteve pior desempenho que a dimensão processo (73,1%). À exceção do Sistema Logístico, para o qual se observou implantação incipiente (GI=46,9%), todos os demais componentes da RAS estavam parcialmente implantados (*tabela 1*).

Tabela 1. Grau de implantação (%) geral e por dimensões de estrutura e processo da Rede de Atenção à Saúde ao portador de DM no Distrito Sanitário de Recife segundo os componentes, 2014-2015.

Dimensões	APS	AE	SADT	SL	SG	DS
Estrutura	48,8	62,0	68,2	45,5	90,0	58,1
Processo	72,6	77,2	72,0	60,0	54,5	73,1
Grau de Implantação Ponderado	<b>63,8</b>	<b>69,4</b>	<b>69,2</b>	<b>46,9</b>	<b>67,9</b>	<b>65,5</b>

Fonte: Elaboração própria.

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada; SADT: Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; SL: Sistema Logístico; SG: Sistema de Governança; DS: Distrito Sanitário.

### Avaliação da dimensão estrutura

Na avaliação realizada para o conjunto dos componentes da APS, a dimensão estrutura caracterizou-se como de implantação incipiente (*tabela 1*). O espaço físico foi

considerado adequado, com GI=83,3%, porém os recursos humanos obtiveram implantação parcial (GI=58,3%). Foi verificado que o apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (EqSF) não era realizado na frequência considerada adequada

<sup>1</sup> Em que  $\sum E^1$  = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura;  $\sum P^1$  = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão processo;  $\sum E^2$  = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e  $\sum P^2$  = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão processo.

(GI=25%). Quanto aos equipamentos e materiais, estes foram classificados como grau de implantação incipiente, em relação ao material necessário ao cadastramento dos diabéticos (GI=33%), e não implantados no que se refere aos protocolos para estratificação dos diabéticos por risco (GI=16,7%). As medicações, avaliadas quanto à disponibilidade e regularidade na distribuição, foram classificadas desde não implantadas (para controle de neuropatias e fitoterápicos, homeopáticos ou plantas medicinais), com implantação incipiente (para melhora do perfil lipídico), até parcialmente implantadas (para controle de DM, controle pressórico e medicação cardioprotetora).

Na AE, a dimensão estrutura obteve GI=62%, sendo, portanto, classificada como parcialmente implantada (*tabela 1*). O espaço físico foi considerado parcialmente implantado (GI=65%), os recursos humanos foram caracterizados como existindo em quantidade suficiente (GI=80%), porém ainda sem a qualificação necessária ao desenvolvimento de suas atividades (GI=40%). Quanto aos equipamentos e materiais, destaca-se a inexistência de protocolos (para atendimento do DM, para estratificação por risco, para solicitação de exames) nos serviços de urgência e emergência (GI=0%). As medicações foram caracterizadas desde implantação incipiente (fitoterápicos, homeopáticos ou plantas medicinais), parcialmente implantadas (para controle do DM e de neuropatias), até implantadas (para controle pressórico, cardioprotetora e para melhora do perfil lipídico).

Nos SADT, a dimensão estrutura caracterizou-se como parcialmente implantada (*tabela 1*), com destaque para a existência de referência para o Nasf (GI=100%) e a não existência de referência sistemática para clínica especializada em tempo oportuno (GI=48,5%). A disponibilização de exames também foi considerada parcialmente implantada.

Já o Sistema Logístico obteve o pior desempenho da dimensão estrutura (*tabela 1*) por dispor de maneira insatisfatória da maior parte dos recursos necessários ao desenvolvimento de suas atividades. O transporte sanitário caracterizou-se com implantação incipiente (GI=36,4%) devido à inexistência de um transporte próprio da Unidade, embora existisse apoio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). O prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que garantisse a continuidade informacional foi caracterizado como não implantado (GI=0%). Apenas a Central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos foi considerada implantada (GI=100%).

O componente da RAS como um todo que apresentou o melhor desempenho em relação à estrutura foi o Sistema de Governança (*tabela 1*). Esse componente foi caracterizado com adequado espaço físico e equipamentos e materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades: local de trabalho, acesso a documentos e disponibilidade de recursos financeiros (GI=100%). Os recursos humanos, entretanto, obtiveram GI incipiente (GI = 50%), devido à quantidade de profissionais classificada como insuficiente para a realização das atividades.

### **Avaliação da dimensão processo**

Na APS, destacaram-se as atividades de cadastro e de estratificação por risco, que se caracterizaram como não implantadas. O encaminhamento para outros níveis de atenção foi considerado implantado em todas as EqSF, mas a contrarreferência, analisada pelo indicador 'comunicação entre pontos de atenção' caracterizou-se como não implantada, tendo sido relatada acontecer nunca ou quase nunca por 66,7% das EqSF analisadas, e raramente ou às vezes pelo restante das equipes.

Na AE, a consulta caracterizou-se como não implantada (GI=0%) porque não era

realizada na frequência recomendada pelo Ministério da Saúde nem era realizada em sua completude. Também foram considerados não implantados: a comunicação entre os pontos de atenção nos ambulatórios (GI=25%) e a discussão de caso clínico nos hospitais (GI=0%).

Nos SADT, as atividades de matriciamento e gestão compartilhada obtiveram GI incipiente. Todas as outras atividades desse componente caracterizaram-se como parcialmente implantadas (visita domiciliar, atendimento domiciliar, atividades corporais) ou implantadas (suporte técnico e emocional, educação em saúde, projeto terapêutico singular e projeto saúde no território).

O Sistema Logístico caracterizou-se como incipiente quanto à regulação de leitos (GI=50%) e parcialmente implantado quanto ao agendamento de consultas e exames (GI=66,7%). Já no Sistema de Governança, foi possível observar a não implantação para programação orçamentária e análise e divulgação de informações e implantação incipiente para articulação de serviços de saúde. As demais atividades foram consideradas implantadas (construção de diagnósticos, estabelecimento de prioridades, monitoramento e avaliação).

### **Análise do contexto e sua influência sobre o grau de implantação**

O contexto apresentou-se favorável à implantação da RAS ao portador de DM no Distrito Sanitário de Recife. Obteve 50% das categorias no contexto político e 83,3% no contexto estrutural, perfazendo um total de 66,7% de categorias favoráveis.

A coerência do plano municipal de saúde (2014-2017) com a implementação da RAS ao portador de DM mantém relação positiva com alguns achados na avaliação do GI. São exemplos: nos SADT, a existência de referência para o SAD, para o Nasf; no sistema de Governança, a construção

de diagnósticos, o monitoramento e a avaliação das ações relacionadas à atenção à saúde dos portadores de DM, entre outras. Também contribuí positivamente para a implantação da RAS a existência de um setor específico para a Coordenação da Política de Saúde dos portadores de DCNT no município.

Alguns aspectos do contexto, entretanto, influenciam negativamente a implantação da RAS aos portadores de DM no distrito. O fato de a Coordenação da Política de Saúde das pessoas com doenças crônicas ter sido criada há pouco tempo (menos de dois meses quando da realização da pesquisa) demonstra que esta é uma preocupação recente no município, e esse aspecto tem intrínseca relação com a falta de programação orçamentária, de análise e divulgação de informações acerca da situação de saúde dos portadores de DM. Esse fato também pode ter corroborado a frágil comunicação existente entre os diferentes pontos de atenção da Rede.

A inexistência de um responsável pela Vigilância Epidemiológica (VE) das DCNT no distrito ocasionou dificuldades nas análises e divulgação de informações pela Governança. A inexistência do prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que garantisse a comunicação entre os pontos de atenção à saúde foi relacionada à pouca prioridade dada à temática pela gestão.

### **Discussão**

Os resultados que serão aqui discutidos são parte integrante de um estudo mais amplo que objetiva avaliar como estão inseridos os componentes de alimentação, nutrição, atividade física e assistência farmacêutica na rede de atenção ao portador de doenças crônicas, a partir da Estratégia Saúde da Família em quatro polos de macrorregiões de Pernambuco. Para tanto, tornou-se necessária a identificação da existência da própria Rede. A discussão que se inicia

debate acerca dos resultados encontrados para implantação dessa RAS.

No processo de estruturação e organização, ou seja, na institucionalização de uma RAS, alguns elementos são essenciais. População, modelo de atenção e serviços de saúde precisam estar interligados a fim de que se possa romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção. Nesse sentido, a população de responsabilidade da RAS deve ser totalmente conhecida e estratificada em subpopulações por fatores de risco (MENDES, 2012).

No que se refere à RAS ao portador de DM, as ações de cadastro e de estratificação por risco foram caracterizadas como não implantadas. Corroboram a não realização dessas ações a inexistência de protocolos para estratificação dos pacientes por risco, verificada em 83,3% das USF estudadas, e a implantação incipiente de material para cadastro dos diabéticos.

Apesar de ser uma ferramenta útil e necessária, o protocolo de estratificação de risco isoladamente não é capaz de definir o risco ou a vulnerabilidade do indivíduo. O Ministério da Saúde destaca que o diálogo, a interação, a escuta, o respeito e o acolhimento do usuário e sua queixa são necessários para avaliação do potencial de agravamento (BRASIL, 2012). Essas atitudes não só balizam a estratificação dos indivíduos como também contribuem para aumentar a resolubilidade da APS.

Nessa perspectiva, atividades de matriciamento, gestão compartilhada, projetos intersetoriais, entre outros, são estimuladas para serem adotadas nos serviços de saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014B). No presente estudo, todas essas atividades obtiveram GI incipiente, o que já corrobora uma baixa resolubilidade desse nível de atenção.

No que se refere à disponibilidade e regularidade de distribuição das medicações,

essencial para o controle do DM e suas comorbidades, observa-se que a quantidade de medicamentos recebidos pelos serviços de saúde não corresponde à necessidade de todos os usuários. Situações semelhantes foram verificadas por Souza *et al.* (2008) e Serapioni e Silva (2011), demonstrando a necessidade de uma observação mais criteriosa acerca da Assistência Farmacêutica que vem sendo realizada no Brasil.

Ainda como prerrogativa de funcionamento da Rede de Atenção à Saúde ao portador de DM, a APS deve funcionar como ordenadora e coordenadora do cuidado. Nesse sentido, para que as necessidades de saúde sejam atendidas nos espaços tecnológicos mais adequados e para que a APS garanta a continuidade da atenção, ela deve realizar encaminhamentos para consultas com especialistas, realização de exames ou ainda para práticas corporais e/ou integrativas, sempre que detectada necessidade (TANAKA, 2011).

Dessa forma, o retorno desses encaminhamentos (a contrarreferência) é essencial para o exercício da coordenação da atenção pela APS. É essa comunicação entre os pontos de atenção da rede que darão racionalidade ao atendimento, evitando que consultas e exames sejam realizados em duplicidade ou que sejam solicitados desnecessariamente.

O encaminhamento para outros níveis de atenção foi considerado implantado em todas as EqSF estudadas. Um importante fator que contribuiu para isso foi a existência e utilização do fluxograma de atendimento ao DM verificadas no município. Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) consideram o estabelecimento de fluxos uma importante estratégia para a integração do sistema e melhoria da referência.

Já a contrarreferência foi caracterizada como não implantada tanto pela APS quanto pela AE. Esses resultados estão em consonância com o estudo de Fausto *et al.* (2014), que verificaram que 52% dos especialistas para quem os pacientes são encaminhados nunca entram em contato com a

EqSF para trocar informações. No mesmo sentido, Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) observaram que um terço ou mais dos profissionais de nível superior das EqSF nunca recebem qualquer tipo de contrarreferência de pacientes atendidos na AE.

A implantação do cartão do usuário do SUS é uma possível estratégia para garantir a contrarreferência e melhorar a articulação entre os serviços de saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003). Medina (2006), entretanto, acredita que os problemas concernentes à comunicação estão mais relacionados à atuação do profissional de saúde – seu engajamento, concepções e disposições – que à existência de ferramentas gerenciais. A autora observou que a disponibilidade de instrumentos de comunicação (guias de referência e contrarreferência e telefone) não influenciou nos escores relacionados a essa questão.

Assim, constata-se a necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde que trabalham ou trabalharão no SUS, para que eles tenham uma prática adequada aos preceitos desse sistema. É fundamental que eles reconheçam a importância da realização da contrarreferência e de seu papel na corresponsabilização da saúde de seu paciente.

Outro mecanismo que visa estabelecer a continuidade informacional acerca da situação de saúde dos usuários é o prontuário eletrônico único, que se caracterizou como não implantado neste estudo, não tendo sido observado em qualquer serviço de saúde analisado. Um estudo realizado em 2012 com 16.566 EqSF demonstra que essa é a realidade vivenciada pela maioria das equipes de saúde no País, visto que apenas 11% das equipes relataram utilizar o prontuário eletrônico único no seu cotidiano (FAUSTO ET AL., 2014).

A referência para clínica especializada caracterizou-se com implantação incipiente por não ofertar cotas para todas as especialidades em quantidade suficiente e as consultas não ocorrerem em tempo oportuno. Situações semelhantes a essa

foram observadas em outras cidades, como Florianópolis (SISSON ET AL., 2011) e uma cidade do estado de São Paulo (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Para os autores, o fato dos serviços de maior densidade tecnológica não terem acompanhado a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família ocasionou na descontinuidade da atenção e em prejuízos aos atendimentos dos usuários.

Muitos autores concordam que a resolubilidade da atenção básica depende, em grande medida, do acesso aos serviços especializados (ESCOREL ET AL., 2007) e que essa dificuldade de acesso tem se revelado um dos principais entraves na garantia da integralidade da atenção (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), condição indispensável para efetiva implantação das RAS.

Esse fato sugere que a simples ampliação da cobertura dos serviços especializados pudesse garantir a integralidade da atenção. Entretanto, em 2008, no município de Recife, as cinco especialidades com maior demanda reprimida (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e urologia) eram as mesmas com maiores percentuais de absenteísmo nas consultas. Dessa forma, ou existe uma real insuficiência na oferta, ou existe um mau gerenciamento para esses procedimentos, em que não se realiza o diagnóstico consistente da capacidade instalada e o percentual efetivo de utilização desses serviços (ALBUQUERQUE ET AL., 2013). Para Alves (2011), a demora na obtenção do atendimento pode levar o usuário agendado a faltar, uma vez que ele não poderia esperar tanto tempo pelo procedimento e procuraria outros serviços.

Portanto, fica evidenciada a necessidade de aperfeiçoamento do processo de regulação desses procedimentos. Quanto a essa questão, o contexto apresentou-se favorável. O município opera com o sistema de regulação on-line disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus), o Sisreg, que permite ao gestor conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades

clínicas, planejar a oferta da AE e monitorar o índice de abstenção a consultas e exames (ALMEIDA ET AL., 2010).

Além disso, a regulação municipal capacita os profissionais de nível superior e técnico acerca dos mecanismos de marcação de consultas e exames, priorizando sempre os serviços mais próximos da localidade do usuário no momento da marcação. Também está em processo de implantação o *Short Message Service (SMS)*, que informa ao usuário o local, a data e o horário da consulta via telefonia móvel (aparelho celular), sempre que ele é agendado. O serviço de *Call Center* é disponibilizado para os usuários retirarem dúvidas. Todos esses mecanismos visam reduzir o absenteísmo, ordenar fluxos e reduzir o tempo de espera.

O município de Recife é habilitado em gestão plena. Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) 2002 e o Pacto pela Saúde 2006, nesta condição, um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduz a negociação com os prestadores e assume o comando da política de saúde em seu território.

No período da pesquisa, o leito hospitalar e alguns exames mais complexos (como cintilografia, ressonância) permaneciam sendo regulados pelo Estado, e a regulação de leitos foi caracterizada com GI incipiente por não ocorrer em tempo oportuno. Apesar disso, o contexto foi julgado favorável à implantação porque além de o município ter investido nos mecanismos de *SMS* e *Call Center*, encontrava-se em fase final a construção de um hospital municipal que disponibilizaria leitos e exames de alta complexidade, totalmente regulado pelo município. Além disso, existia a perspectiva de o município assumir a totalidade de sua regulação, assumindo uma Central Regional, em que passaria a regular os serviços de saúde de alta complexidade para mais 71 municípios.

O transporte sanitário, importante mecanismo do Sistema Logístico por sua

responsabilidade de garantir o fluxo de pessoas na RAS, foi caracterizado com GI incipiente, tendo sido relatado existir apenas nas unidades sob gestão estadual. Algumas unidades sob gestão municipal afirmaram disponibilizar vale-transporte em algumas situações ou, ainda, contatar o Samu em caso de urgências e emergências.

Um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte acerca do funcionamento do transporte sanitário de pessoas demonstrou que esse serviço integrado às várias unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade foi decisivo para atender às necessidades dos usuários. Antes, estes eram encaminhados e necessitavam se deslocar com recursos próprios, de que nem sempre dispunham. Com o serviço, possibilitou-se o acesso e, conseqüentemente, a maior satisfação dos usuários (ALVES; SILVA; NEIVA, 2010).

A governança, que possui papel fundamental na implantação da RAS ao portador de DM, caracterizou-se por não realizar a programação orçamentária nem a análise e divulgação de informações de maneira satisfatória. Segundo Vieira (2009), o planejamento é vital para que se alcance os resultados esperados. Sem ele, as atividades são realizadas por inércia, de forma desarticulada e desordenada, e os recursos são utilizados de forma menos eficiente.

Chama a atenção o tempo de implantação da Coordenação da Política de Saúde das pessoas com DCNT no município (inferior a dois meses no período do estudo). Esse fato, ao mesmo tempo em que demonstra que a saúde das pessoas portadoras de doenças crônicas é uma prioridade recente da gestão, também justifica a não realização de algumas atividades por essa Coordenação, haja vista o seu curto período de estruturação.

A existência de uma equipe qualificada, porém com profissionais em quantidade insuficiente nessa Coordenação, reforça os achados. A equipe, que era composta pela Coordenadora da Política e por mais quatro apoiadores institucionais com formação



em saúde pública, foi considerada pequena para atender às demandas do Sistema de Governança. Cada apoiador ficava responsável sozinho por dois distritos sanitários e, além da política de DCNT, também era responsável por outras políticas. Dessa forma, apesar de possuírem qualificação, o acúmulo de responsabilidades não permitia

que desenvolvessem suas atividades de maneira satisfatória.

No quadro 2, são apresentadas as principais dificuldades relacionadas à implementação da RAS ao portador de DM e algumas proposições baseadas na equidade, na integralidade e na qualificação da gestão, visando à implementação da RAS.

Quadro 2. Problemas e proposições relacionadas à implementação da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus. Recife, 2014-2015

Componente	Limitações à implementação da RAS	Proposições para implementação da RAS
APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material para cadastro dos diabéticos em quantidade insuficiente;</li> <li>- Inexistência de protocolo para estratificação dos diabéticos por risco;</li> <li>- Não realização do cadastro dos diabéticos;</li> <li>- Não estratificação dos diabéticos por riscos;</li> </ul>	<p>Objetivo: Garantir a equidade, tendo a população como essência da RAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aproximar VE com o cenário de ocorrência das DCNT, com vistas a fortalecer a estratificação por riscos e, assim, garantir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população;</li> <li>- Ampliar a oferta de material, inclusive para cadastro e protocolo de estratificação por risco;</li> </ul>
AE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não realização da contrarreferência, sugerindo para uma prática de desresponsabilização dos profissionais com a saúde do paciente;</li> <li>- Deficiências na organização do sistema de contrarreferência à APS;</li> <li>- Inexistência de protocolos e manuais;</li> </ul>	<p>Objetivo: Garantir a integralidade da atenção, com foco na responsabilização dos profissionais de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofertar educação permanente para os profissionais de saúde que atuam no SUS para que eles tenham uma prática harmônica aos preceitos do sistema;</li> <li>- Organizar o sistema de contrarreferência à APS;</li> <li>- Ofertar protocolos e manuais;</li> </ul>
SADT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incipiente realização das atividades matriciais e gestão compartilhada entre Nasf/SAD e APS;</li> </ul>	<p>Objetivo: Garantir a integralidade, com foco na resolubilidade da atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir responsabilidades de cada serviço;</li> <li>- Aumentar a interlocução entre os serviços;</li> <li>- Incrementar o apoio matricial à APS para aumentar a resolubilidade desse componente;</li> </ul>
SL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade na comunicação entre os pontos de atenção da Rede;</li> <li>- Ausência de transporte sanitário no nível municipal;</li> <li>- Regulação sob duplo comando;</li> </ul>	<p>Objetivo: Garantir a equidade e a integralidade da atenção através da qualificação da gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar mecanismos que garantam a comunicação entre os pontos de atenção;</li> <li>- Padronizar as informações de preenchimento obrigatório no prontuário eletrônico único e instituí-lo como meio de avaliação dos serviços de saúde, com vistas ao fortalecimento da continuidade informacional;</li> <li>- Efetivar a regulação sob comando único;</li> <li>- Ofertar o transporte sanitário no nível municipal e articular com a AS o transporte daqueles que não dispõem de recursos;</li> </ul>
SG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiência na organização do processo de gestão;</li> <li>- Equipe em quantidade insuficiente;</li> <li>- Não realização da programação orçamentária;</li> <li>- Não realização da análise e divulgação de informações;</li> </ul>	<p>Objetivo: Qualificar a estrutura e o processo de trabalho da gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar e reforçar a Coordenação da Política de Saúde dos portadores de DCNT no município, com vistas a melhorar a atenção aos pacientes diabéticos.</li> <li>- Aumentar a quantidade de profissionais da equipe;</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada; SADT: Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; SL: Sistema Logístico; SG: Sistema de Governança; RAS: Rede de Atenção à Saúde; DM: Diabetes Mellitus; Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; VE: Vigilância Epidemiológica; DCNT: Doença Crônica Não Transmissível; AS: Assistência Social.

A todas essas proposições, acrescenta-se a importância do mútuo funcionamento de todos os componentes da Rede, dada a interdependência que possuem. Só assim, a implementação da RAS ao portador de DM será plena.

## Conclusão

Foi verificada a existência de dificuldades relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde (atenção primária, AE e nos SADT) e de gestão (Sistemas Logístico e de Governança).

Em relação ao contexto político de gestão, este se mostrou favorável à implantação da Rede, muito embora ainda existam obstáculos a serem superados, no sentido de atender fundamentalmente às necessidades da população, dado que ela é a essência e a razão de ser da RAS.

Nesse sentido, o presente estudo possibilitou constatar a necessidade premente de interligar as diferentes ações e serviços de saúde, a fim de garantir a equidade e a integralidade da atenção, contribuindo para o aperfeiçoamento e reorganização da RAS e subsidiando a tomada de decisão pelos gestores. ■

## Referências

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, mar. 2013.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALVES, P. C. *Desafios à integração do SUS: uma análise da rede de atenção à saúde da mulher em Recife*. 2011. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ALVES, M.; SILVA, A. F.; NEIVA, L. C. F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 181-187, abr./jun. 2010.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da

Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 252/GM de 19 de fevereiro de 2013*. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 fev. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252\\_19\\_02\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html)>. Acesso em: 15 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014*. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1 abr. 2014a. Disponível em:

- <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 15 out. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 15 out. 2015.
- CHAMPANGE, F. *et al.* A análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b.
- DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.
- ESCOREL, S. *et al.* O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, fev./mar. 2007.
- FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 13-33, out. 2014.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-89, set./dez. 2003.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.
- MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, jul./set. 2013.
- MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Evaluation and Program Planning*, New York, n. 22, p. 65-72, 1999.
- MEDINA, M. G. *O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso*. 2006. 269. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: OPAS, 2012.
- MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. *Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions*. Genebra: WHO, 1996.
- OLIVEIRA, R. C. *et al.* A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: MAGALHÃES JR., H. M. (Org.). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza, 2010.
- SANTOS, R. S. A. F. *Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em um distrito sanitário do município de Recife - Pernambuco*. 2015. 205 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.
- SCHRAMM, J. M.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 61-74, maio 2011.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011.

SILVA, D. C. L. *Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de hipertensão e diabetes*. 2012. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. 2 ed. Campinas: Saberes Editora, 2011.

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Atlas do diabetes 2014* – atualização. International Diabetes Federation, 6. ed. Adaptado SBD. Disponível em: <<http://www.diamundialdodiabetes.org.br/atlas-idf/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, out./dez. 2011.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, out. 2009.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (Facepe), número do processo: APQ-0277-4.06/13; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Número do processo: 563911/2010-7

# Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional

*Implementation of public policies: analysis methodology under the focus of institutional policy*

Eduardo Tonole Dalfior<sup>1</sup>, Rita de Cássia Duarte Lima<sup>2</sup>, Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>3</sup>

**RESUMO** O artigo apresenta uma discussão metodológica sob o enfoque da política institucional do Grupo Francês *Strategor*. Propõe-se a expor um método de análise da implementação de políticas públicas, visando compreender questões presentes no ambiente institucional, através dos determinantes da política institucional. Esse método poderá contribuir para despertar, nos agentes implementadores de políticas e pesquisadores, um olhar mais crítico sobre as instituições públicas, visando sanar problemas que perpassam o bom andamento das políticas públicas. Busca-se colaborar no sentido de conferir à etapa de implementação uma posição-chave dentro do processo da política pública.

**PALAVRAS-CHAVE** Políticas públicas; Políticas públicas de saúde; Análise qualitativa.

**ABSTRACT** *The article presents a methodological discussion with focus on institutional policy of the Strategor French Group. We propose to expose a method of analysis of implementation of public policies in order to understand issues present in the institutional setting, through the determinants of institutional policy. This method could help awakening, in researchers and agents implementing policies, a more critical eye on public institutions to remedy problems that pervade the smooth progress of public policies. The aim is to collaborate to confer to the implementation stage a key position within the public policy process.*

**KEYWORDS** *Public policies; Health public policy; Qualitative analysis.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. [edutonole@yahoo.com.br](mailto:edutonole@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. [ritacd@uol.com.br](mailto:ritacd@uol.com.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. [geliandrade@hotmail.com](mailto:geliandrade@hotmail.com)

## Introdução

A análise de implementação de políticas públicas no Brasil apresenta uma trajetória recente. É uma área em consolidação e com pouca acumulação de conhecimento. Portanto, compreender o processo de implementação de políticas, pode se traduzir em um importante elemento de aperfeiçoamento da ação governamental, uma vez que se propõe a analisar as relações entre governos, governantes e cidadãos. É importante destacar que, em uma definição ampliada, a palavra governo se aproxima do estado moderno e não diz respeito apenas ao conjunto de pessoas que detêm o poder político e que definem a orientação política de determinada sociedade, mas também aos órgãos que institucionalmente têm o exercício do poder (SILVA; MELO, 2000; VIANA; BAPTISTA, 2009).

No panorama atual das políticas públicas, as definições e conceituações apresentam-se bastante diversas, mas é possível afirmar que falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e também de poder, envolvendo recursos, atores, arenas, ideias e negociações (VIANA; BAPTISTA, 2009). É nesse ponto de análise, no qual reside a relação entre os diversos sentidos de política pública com a percepção que se tem do Estado (SERAFIM; DIAS, 2012), que se reconhece a política pública como um objeto sobre o qual se lança um olhar que permite refletir sobre os diferentes interesses, cultura, poder e disputas (LACLAU APUD LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Seria simples pensar que toda política de saúde visa melhorar as condições sanitárias da população. No entanto, existem outros interesses que implicam nos rumos e no formato dessas políticas, uma vez que a sua construção perpassa pelos interesses envolvidos no âmbito do poder (COHN, 2009). É dentro desse entendimento que a análise de políticas públicas se mostra um campo complexo e dinâmico, exigindo grande conhecimento para que se possa entender e explicar

o que fazem os governos, como e por que o fazem (LABRA, 1999).

Dentre os modelos de análise de políticas públicas, destaca-se o do ciclo da política, que considera o processo político como algo organizado no tempo e composto por etapas. Nesse modelo, a análise da política é organizada em um ciclo político, em que são identificadas cinco etapas: 1) construção da agenda; 2) formulação de políticas; 3) processo decisório; 4) implementação de políticas e 5) avaliação de políticas (BAPTISTA; REZENDE, 2011; NAJBERG; BARBOSA, 2006; VIANA; BAPTISTA, 2009; RIBEIRO, 2009).

Nas três primeiras etapas, são definidos os princípios e diretrizes que nortearão as ações, e são desenhadas as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção. Durante esse processo, há invariavelmente embates entre grupos e posições, e os consensos, sempre provisórios, expressam as possibilidades de ação (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014). O resultado dessas etapas constitui-se na formalização das decisões por meio de leis, decretos, medidas provisórias e resoluções, sendo essa a fase final do processo decisório (SERAFIM; DIAS, 2012). No Brasil, a estrutura decisória da política de saúde está assentada nos mecanismos de participação e controle social (FLEURY; OUVENEY, 2008). A fase de implementação tem sido considerada, de acordo com Pinto, Silva e Baptista (2014), o momento crucial do ciclo da política, em que as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos agentes implementadores. Essa etapa é o momento de se colocar em prática as ações e projetos de governo. Sua discussão mais ampliada permite analisar esse processo dentro do contexto local. É fundamental essa discussão no nível da microgestão do governo – micro no âmbito do processamento da política – uma vez que é no nível local que os ajustes são realizados para alcançar as prerrogativas anteriormente desenhadas pelos fazedores de políticas ou não. Nesse sentido, para que uma política pública seja

implementada, é necessário traduzi-la como uma política institucional. É importante destacar que o termo institucional aqui abordado deve ser entendido como sinônimo de organizacional.

É na etapa da implementação que o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos, em função dos atores envolvidos, dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos. Salienta-se, ainda, a alta complexidade do processo de implementação de uma política e, sobretudo, sua capacidade de gerar consequências sobre o funcionamento das organizações de saúde. No contexto institucional brasileiro isto é especialmente verdadeiro nos municípios de pequeno porte, nos quais se destacam a forte diferenciação funcional e, principalmente, os problemas de coordenação e cooperação intergovernamental (SILVA; MELO, 2000).

Inicialmente, a ideia de implementação pode se restringir ao cumprimento da política, uma vez que se pressupõe que a decisão da autoridade seria automaticamente cumprida. No entanto, os estudos mostram que a operacionalização da política apresenta inúmeros entraves no nível local (PRESSMAN; WILDAVSKY APUD PEREZ, 2006). O processo de implementação passa a ser entendido como um processo de aprendizado articulado em uma rede complexa de atores que dão sustentação à política, formando 'elos de ligação' que sustentam os programas por meio da coordenação interinstitucional e da capacidade de mobilizar recursos institucionais (SILVA; MELO, 2000).

Apesar da reconhecida importância da implementação, este tema mostra-se carente de metodologias de análise (CARVALHO ET AL., 2010). Este artigo objetiva, em linhas gerais, apresentar uma proposta metodológica de análise do processo de implementação de políticas em âmbito local, com base na obra '*Strategor*: política global da empresa – estratégia, estrutura, decisão e identidade', do Grupo de Estudo *Strategor*, formado por professores do Departamento de Estratégia e

Política Empresarial do grupo *Hautes Études Commerciatres de Jouy-em-Josas*, da França. Por meio dos determinantes da política institucional do referencial *Strategor*, propõe-se compreender as questões presentes no ambiente institucional e, assim, constituir-se em uma ferramenta de análise do processo de implementação de políticas públicas.

Este artigo baseia-se em uma abordagem teórica estruturada para abordar a lógica de análise estratégica de *Strategor* adaptada como proposta metodológica para análise de implementação de políticas públicas, com ênfase nos quatro determinantes da política institucional: estratégia, estrutura, decisão e identidade.

## O referencial de *Strategor*

A análise de políticas é um assunto vasto e difícil de condensar, uma vez que a temática passa por mudanças de bases conceituais, o que torna necessário criar novas variáveis à medida que os sistemas políticos e as sociedades se tornam mais complexos (LABRA, 1999). A apresentação de uma proposta metodológica inovadora busca lançar um novo olhar sobre o processo de implementação de políticas públicas, de forma a compreender os determinantes intrínsecos deste processo. A base dessa nova proposta está fundamentada na adaptação do enfoque da política institucional do grupo de gestão estratégica denominado *Strategor*.

A política institucional compreende a instituição como ator da vida econômica e social e busca conhecer os seus determinantes internos e externos, com vistas a explicar seus comportamentos passados, de prever e, sobretudo, de orientar os seus comportamentos futuros. Considera a instituição em sua totalidade, incluindo fatores internos e externos, sendo esse o principal ponto de vista de uma gestão (STRATEGOR, 2000).

Na área da saúde pública, um dos métodos mais conhecidos de aplicabilidade do enfoque institucional de *Strategor* é a *Demarche*

*Strategique*. Segundo Rivera (1997), o enfoque de gestão estratégica de Crémadez e Grateau de 1997 – *Démarche Strategique* – é um método que supõe a adaptação do enfoque de *Strategor* ao setor público de serviços de saúde francês. O método foi desenhado para hospitais regionais em um contexto de contenção de recursos públicos, propondo-se a definir racionalmente a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de cuidados de saúde, ultrapassando as barreiras internas do jogo de poder e pactuando, assim, as diretrizes gerais para o processo de planejamento em nível local, com ênfase em uma descentralização compartilhada (RIVERA, 1997).

No Brasil, o método foi trazido por Rivera (1997) e vem sendo adaptado e aplicado em várias unidades hospitalares pelo Brasil (LOPES, 1997; ARTMANN, 2002A, 2002B; RIVERA, 2003, ARTMANN; RIVERA, 2003, ANDRADE; ARTMANN, 2009, ARTMANN; ANDRADE; RIVERA, 2013, ARAÚJO; ARTMANN; ANDRADE, 2013). O método se alimenta de diversos enfoques de planejamento e gestão estratégica, baseados em elementos da microeconomia, do campo da estratégia e da política, e da área do desenvolvimento organizacional e cultural, além de categorias próprias da saúde e da epidemiologia (ARTMANN, 2002B).

Para melhor compreensão, o referencial *Strategor* aborda a política institucional em quatro grandes áreas, sendo elas: estratégia, estrutura, decisão e identidade. Esta divisão em quatro áreas não significa que essas ocorram em momentos distintos e segmentados, mas trata-se de uma divisão metodológica para melhor entendimento do conteúdo. A abordagem de *Strategor* consolida diversos métodos e técnicas de gestão administrativa, importantes para orientar, analisar e definir a política institucional (STRATEGOR, 2000).

## Estratégia

As instituições perseguem objetivos que lhes são próprios, por meio dos caminhos

por elas traçados, o que faz com que tenham liberdade para definir os objetivos que pretendem perseguir e as estratégias que utilizarão para esse fim. É justamente a escolha da estratégia que corresponde ao difícil exercício de se colocar em prática os objetivos gerais (STRATEGOR, 2000). Apesar de esses objetivos serem previamente definidos nas políticas públicas, a sua efetiva implementação depende de uma posição estratégica por parte dos implementadores da política, pois são eles que contribuem para colocar as ações em prática.

Embora exista na literatura um grande número de definições para estratégia, de acordo com o referencial *Strategor* (2000), elaborar a estratégia representa escolher os campos de atividade em que a instituição deseje estar presente e aplicar os recursos para que ela se sustente e desenvolva, ou seja, o sentido específico da estratégia está fundamentalmente ligado à ideia de vantagem concorrencial. Assim, definir a estratégia está relacionado com um autorreconhecimento de suas potencialidades e suas fraquezas, identificando em quais campos ou áreas de atuação possui maior força. Para isso, é necessário, também, conhecer de forma especial o ambiente externo, identificando as ameaças e oportunidades. Após esse reconhecimento, a estratégia busca orientar a instituição sobre como melhor aplicar os seus recursos para se manter e permanecer competitiva. De forma geral, a estratégia direciona a instituição para conhecer a sua missão, sua razão de existência e, para isso, aponta diversos métodos e técnicas para elaborar a estratégia.

A estratégia possui duas fontes principais de informação, que é o conhecimento do território ou ambiente em que esteja inserida e uma boa apreciação das próprias forças. Para gerar esse conhecimento, é preciso realizar uma análise contextual na qual estarão presentes os fornecedores, o setor empresarial e os clientes/usuários. A partir disso, podem ser identificadas



diversas questões que estão envolvidas nessa relação e que ao final, se bem conduzida e aproveitada pela instituição, contribuirá para identificar a posição concorrencial, ou seja, dessa análise, pode-se caminhar para identificar os atributos que fazem a instituição se destacar das outras e se manter com elevado desempenho. Essas variáveis constituem-se na vantagem concorrencial (STRATEGOR, 2000).

A vantagem concorrencial, adaptada para o campo da saúde, fundamenta-se no fato de que os usuários (pacientes ou serviços que os referenciam) reconhecem na oferta de um dos concorrentes um valor suficiente para recorrerem a ele (RIVERA; ARTMANN, 2006). Esse reconhecimento corresponde à percepção de uma maior qualidade relativa, pela qual o usuário se disporia inclusive a pagar um preço maior. Em realidades em que o preço não impera, como no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se apreciar o valor concedido a um serviço pelos esforços feitos pela clientela para ter acesso a ele (deslocamento, espera consentida etc.).

## A missão institucional

A definição da missão pode estar correlacionada aos fatores-chave de sucesso (FCS), que caracterizam a soma das competências postas em jogo pela instituição, e o que é essencial, a partir de uma percepção subjetiva do saber-fazer específico da instituição. Os FCS consistem em competências, recursos e trunfos que uma instituição deve necessariamente possuir para obter êxito em uma dada atividade e servem para avaliar a capacidade das instituições para alcançar bons resultados em cada um dos segmentos de atividade para satisfazer a demanda do serviço. Assim, os FCS correspondem às competências e/ou tecnologias que devem ser controladas para obter êxito nas atividades. A identificação dos FCS requer capacidades específicas de ordem relacional, tecnológica, financeira

ou de competência, cujo controle garante posição de destaque (RIVERA; ARTMANN, 2006).

A definição da missão deve associar de maneira interativa uma análise interna dos recursos disponíveis, visando relacionar as suas competências naturais, fundamentais e específicas, e uma análise externa que permita identificar as características concorrenciais e os FCS do setor e das atividades da instituição.

A missão resulta da carta cognitiva, da constatação dirigente da instituição do que esses indivíduos veem ou não veem, compreendem ou não compreendem, antecipam e intuem no seu ambiente próximo. À medida que abrange longitudinalmente toda a organização, constituindo as competências fundamentais, os elos que interligam as divisões e as unidades estratégicas, é igualmente claro que a missão interage com a estrutura. O sucesso de uma instituição depende da sua capacidade de equilibrar e alinhar os quatro determinantes fundamentais da política institucional (estratégia, estrutura, decisão e identidade). Assim, apenas focar a análise da estratégia não daria conta da complexidade gestora. Ao definir a estratégia, a sua aplicação pressupõe divisão de tarefas no interior da instituição. Tal distribuição envolve muitas pessoas, que são diferentes umas das outras e possuem competências diferenciadas, assim como métodos e maneiras de ver e realizar as tarefas. Esse aspecto é designado pelo termo estrutura, usualmente simbolizado por um organograma.

## Estrutura

Para o *Strategor* (2000), a estrutura consiste na distribuição de tarefas, assim como as ligações existentes entre os responsáveis pelas tarefas. A estrutura de uma instituição apresenta três características principais: a especificação, ou seja, o modo e o grau de divisão do trabalho; a coordenação, que trata do(s) modo(s) de colaboração instituído entre as unidades; e a formalização,

isto é, o grau de precisão na definição das funções e das ligações.

Com relação ao modo e o grau de divisão do trabalho, a estrutura de uma instituição caracteriza-se por sua forma principal de especialização, que trata do modo como compõe suas atividades, seja por funções (recursos humanos, financeiro etc.), por grupo de produtos (exames, cirurgias, vacinação etc.) ou por outras formas. Esse modo de especialização vai depender da complexidade da instituição e deve se adaptar às variadas situações com que a instituição é confrontada.

No que diz respeito à segunda característica da estrutura, a forma clássica de coordenação dentro de uma instituição tem sido a hierarquizada, representada por uma pirâmide, na qual os supervisores estão acima de seus subordinados em uma relação de cima para baixo. Em uma visão mais moderna, as relações verticais de supervisor-subordinado completam-se por mecanismos de relações horizontais, como comissões, grupos de trabalho e projetos. A hierarquia assegura a coordenação, seguindo as linhas determinadas pela especialização principal. Além disso, a coordenação se apoia em mecanismos de circulação de informação que não se dissociam da estrutura propriamente dita. Esses mecanismos contribuem para a eficácia e para a flexibilidade das ligações hierárquicas e horizontais e constituem, com a estrutura, um todo indissociável, que se analisa, em último caso, como um instrumento de tratamento da informação, com vista à tomada de decisão.

Finalmente, a formalização trata da existência da lei escrita. Várias instituições possuem seus manuais de organização que descrevem a estrutura, as funções que as compõem, as ligações entre unidades e setores e, por vezes, até as tarefas que cada um deve realizar, sendo um instrumento que fixa o quadro de funcionamento. Dessa forma, os gráficos e os organogramas traduzem mais intenções do que realidade. Assim,

o desenho formal da estrutura representa um compromisso firmado em um determinado momento entre os elementos do passado, os condicionantes do presente e uma visão de aposta no futuro. A estrutura real é o resultado da interação dinâmica desses três componentes, e a sua perenidade depende de sua capacidade de integrar as necessárias adaptações ligadas à vida da instituição.

Existem diversos modelos de estruturas, no entanto, todos apresentam limitações. Aceitar que existe essa heterogeneidade conduz a uma nova paisagem organizacional, como também a uma renovação das práticas de gestão e das relações empregador/empregados e supervisor/subordinado, passando de uma visão patriarcal para uma relação de pares, sendo esta relação fortemente privilegiada nas instituições de saúde (ARTMANN, 2002B)

A função do dirigente evolui para uma visão estratégica, para o desenvolvimento da capacidade de mobilização das sinergias estruturais e de criação de uma liga cultural que aproxime os fins e as motivações. Desvia-se da especificação normalizadora e orienta-se para a condução de processos de assistência e de resolução de problemas (STRATEGOR, 2000).

Para o *Strategor* (2000), as instituições devem evitar os reflexos redutores de centralização, normalização, uniformização e regulamentação, bem como a ambiguidade tradicional da relação delegação-controle. Não devem confundir uma estruturação consciente e explícita da cooperação entre atores com uma espécie de reflexo comunitário visando fazer assentar a integração na fusão de pontos de vista dos atores. Uma vez admitido que a interdependência de cooperação entre os atores é essencialmente diversificada, pertencer a uma comunidade regida por valores e por uma forte visão compartilhada dos desafios permite aos indivíduos viver de maneira extremamente positiva.

Os embasamentos teóricos sobre estrutura apontam para diversos modelos ditos

como tradicionais ou normativos que dificultam a comunicação e o enfrentamento de eventuais problemas que exigem decisões rápidas para melhor adaptação aos cenários. Para o referencial *Strategor*, fica claro que a estrutura tem relação direta com a estratégia e vice-versa, pois, em ambos, o entendimento da missão é fundamental. Para que a estrutura responda bem aos objetivos da instituição, seria melhor lançar mão de uma estrutura menos normalizada, formalizada com base em resultados, aproveitando as potencialidades de cada ator dentro do processo.

## Decisão

Qualquer escolha tomada no ambiente institucional constitui-se em termos de responsabilidade e de poder, e, portanto, essas escolhas consistem em um espaço de liberdade política para aqueles que as fazem em processos de decisão que não se explicam pelos problemas colocados em nível de estratégia e de estrutura, mas sim pela maneira como a instituição trata esses problemas. A decisão é a parte menos visível da política institucional; no entanto, é o seu principal motor, pois é por meio dela que as ideias, os sentimentos e as ambições dos indivíduos transformam-se em ações estratégicas. A definição de decisão estratégica está assentada ao processo pelo qual a instituição modifica a sua estratégia real. É, portanto, por meio dos processos de decisão que introduzem as mudanças capazes de levar uma instituição do ponto  $t$  para o ponto  $t+1$ . É dentro dessa parte da política institucional que assentam as discussões sobre o planejamento, os processos de decisões, o domínio da estratégia e o problema da formação da estratégia e da sua evolução ao longo do tempo (STRATEGOR, 2000).

O planejamento institucional é um processo de tomada de decisão que elabora uma representação pretendida do estado futuro da instituição e especifica as modalidades

de concretização dessa vontade. É, portanto, um processo explícito que se apoia em um método e que se desenvolve no tempo e no espaço, segundo um programa predeterminado (um plano). É um modo de tomada de decisão que se distingue, em particular, pelo seu caráter formalizado, sem que signifique que seja inteiramente padronizado. O planejamento, portanto, caracteriza-se por uma atitude de compromisso baseada na antecipação, na finalização e na vontade. Requer o exame prévio de um conjunto de problemas e de ações para avaliar a possibilidade de se levar aos resultados pretendidos, com mais segurança e mais eficácia do que decisões tomadas aleatoriamente. Determina, de maneira explícita, um estado desejado ou desejável em um determinado horizonte e considera necessário realizar ações para atingir esse estado desejado, que não está inscrito no curso natural das coisas (STRATEGOR, 2000).

O processo de decisão, para *Strategor* (2000), para muitos, pode se colocar como uma ação bastante evidente do ser humano. No entanto, ao discutir a decisão, enquanto grupo ou instituição, pode-se apontar particularidades curiosas, no sentido de evidenciar problemas provocados pela decisão coletiva. A decisão estratégica não pode ser tratada como uma atividade individualista, e isso demonstra que o processo de decisão não é simples e está implicado por questões complexas, pois está relacionado com o coletivo. Nesse contexto, é importante ressaltar que as decisões tomadas dentro de uma instituição repercutem sobre todas as áreas.

Rivera e Artmann (2006) apontam para características das instituições do tipo profissional que interferem diretamente sobre o processo decisório. A partir da caracterização de Mintzberg sobre a estrutura institucional tradicional, Crémadez e Grateau detalham algumas características das instituições do tipo profissional que interferem diretamente sobre o processo decisório.

1) Primazia do centro operacional: os serviços de saúde compreendem um grande

número de unidades bastante independente, altamente especializadas, que reconhecem um ambiente diferenciado. Isso significa que estas unidades são mais importantes do que outras instâncias institucionais por reunirem saber e autonomia suficiente para tomar suas próprias decisões. Dessa forma, cada um desses centros operacionais se diferencia por possuir suas próprias normas, procedimentos, usuários diferenciados e pela ligação que possuem com entidades ou sociedades de especialistas, como sociedade de cardiologia, sociedade de anesthesiologia, de oftalmologia, entre outros.

2) Debilidade da tecnoestrutura: a tecnoestrutura tem um fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais da instituição, a não ser na dimensão econômica.

3) A logística é importante: o tipo de ordenação respectiva é do tipo procedural e por resultados e se efetiva de maneira centralizada. A organização diferenciada do universo médico e do logístico pode gerar problemas de coordenação. Destaca-se que essa expansão da importância dos meios logísticos, tipicamente médicos, como tecnologias hospitalares e equipamentos, resulta em um conflito de influências entre os administradores e profissionais da área médica, assim como gera conflitos dentro da própria comunidade médica.

4) Ausência de linha hierárquica rígida: a direção não tem capacidade nem competência para dirigir diretamente os chefes dos vários serviços. Atua diretamente por meio da tecnoestrutura e dos serviços funcionais e/ou instâncias de negociação.

Essas características apontam para uma forte diferenciação, com muitas dimensões:

- Diferenciação entre o mundo administrativo e o mundo assistencial: o administrativo volta-se para instâncias de regulação, persegue objetivos quantitativos e econômicos, em uma perspectiva política, articulando o curto e o longo prazo. Por outro lado, o mundo assistencial percorre objetivos mais qualitativos, ligados a uma perspectiva de

mais curto prazo, representada pelas demandas e necessidades dos pacientes. Estas atividades são exercidas de maneira liberal e têm uma fraca pertinência organizacional. O nível hierárquico, no mundo assistencial, está determinado pela competência.

- Diferenciação entre logística e centro operacional: a logística está organizada de maneira mecanicista e coordenada segundo critérios econômicos, de forma centralizada. Já o mundo assistencial é descentralizado e organizado segundo o saber próprio e especializado, especialmente, o saber médico. Dessa forma, ocorrem choques entre a administração e o centro operacional no que diz respeito ao controle dos equipamentos e das tecnologias médicas descentralizadas.

- Diferenciação no centro operacional: existe uma forte especialização horizontal, assim como uma diferenciação no interior de cada serviço entre várias categorias de profissionais e entre os profissionais médico e não médicos. É necessário respeitar algum grau de diferenciação, valorizar as diferenças sem buscar homogeneidade ou simetria, pois a diferenciação é fonte de eficácia.

A prática decisória em organizações profissionais é incrementalista, dado o resultado de suas características estruturais e dinâmicas, ou seja, as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores institucionais, sem uma perspectiva de conjunto, havendo assim uma justaposição de objetivos, não se verificando um processo de formulação de uma estratégia anterior. A estratégia seria o resultado emergente de decisões de natureza mais operacional e pontual. Dessa forma, a estratégia emergente é fruto de uma inflexão ou de um deslocamento discreto da estratégia anterior sob a influência de decisões sucessivas, não geradas de forma global na instituição (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Outro ponto a ser destacado sobre a dinâmica institucional dos serviços de saúde refere-se ao seu fechamento/isolamento em relação ao ambiente externo e ao baixo

sentimento de pertencimento à instituição por parte dos profissionais de saúde. Nesse contexto, a postura tomada com relação ao ambiente é sempre reativa, pois a instituição está centrada sobre si mesma. Para inverter essas tendências, o processo de decisão estratégica pode contribuir, pois objetiva ajudar a criar uma cultura em que o ambiente seja percebido como recurso, no qual se antecipam as tendências do ambiente de modo a atuar criticamente sobre ele e no qual a instituição desenvolva sinergias e parcerias de modo a trabalhar dentro da premissa de redes de colaboração (ARTMANN, 2002B).

Em uma abordagem de gestão estratégica, existe o rompimento entre o estratégico e o operacional, que objetiva minimizar essa divisão verticalizada. A gestão estratégica baseia-se no poder de decisão difundida pela instituição sobre o aproveitamento de uma oportunidade, e não em uma decisão centrada no dirigente. A direção dá as orientações, os valores centrais do projeto institucional, mas não decide sobre a estratégia, pois esta depende de todos os atores da instituição (ARTMANN, 2002A).

Para além da maneira como se tomam as decisões estratégicas, produz-se um fenômeno que interfere largamente na estratégia, a ponto de, às vezes, paralisá-la. Trata-se da identidade institucional, que consiste na imagem coletiva da instituição para todos os que lá trabalham. Identidade é uma imagem infinitamente mais complexa, que não se confunde de forma alguma com a imagem externa (percebida pelos clientes, fornecedores, usuários dos serviços), que é facilmente manipulável pela publicidade e pelas relações públicas (STRATEGOR, 2000; ARTMANN, 2002B).

## Identidade

A identidade procede de uma cultura interna da instituição. Nesse entendimento, seja qual for o modelo adotado em qualquer um dos

três eixos da política institucional tratados anteriormente, a condicionante humana estará presente em todas elas. Assim, a estratégia tem que ser aplicada por uma coletividade humana. A ação coletiva passa pelo cérebro humano e sofre, portanto, a filtragem da sua capacidade cognitiva e dos seus afetos. A ação também passa por uma estrutura, com o jogo de influências, de ligações e de manobras. A organização é composta por pessoas e a ação coletiva, em uma determinada instituição, encontra-se geralmente marcada por uma lógica coerente que a distingue de qualquer outra. Essa lógica é constituída e firmada no tempo, dá à instituição certa continuidade, permite a cada pessoa identificar essa instituição e, em certos casos, identificar-se com ela. É o que se chama identidade (STRATEGOR, 2000).

A palavra identidade institucional é um correlato do conceito de cultura. A cultura contempla as representações sociais compartilhadas sobre a instituição e a sua missão, dada sua história e seu papel na sociedade. O conceito de identidade acrescentaria, a esta visão integradora, uma dimensão que está oculta pela cultura: a dos jogos dos atores e de seus mecanismos psicológicos (STRATEGOR, 2000).

Nessa perspectiva, a cultura é significativa da identidade, sendo esta entendida como algo que recupera a função ideológica das representações institucionais. A palavra identidade é mais adequada do que a palavra cultura, embora esta seja mais usada na literatura. Quando se trata de procurar as vias da liberdade de agir, cultura é um termo mais passivo, mais manipulado, ficando no nível mais superficial das ideias e valores ou de convicções, como aquilo a que se convencionou chamar de universo simbólico (as ideologias, mitos, ritos, tabus, normas de comportamento que os exprimem). A identidade inscreve-se no nível das paixões. A noção de identidade interroga sobre os modos de emergência dessas imagens e desses símbolos, e é aí que se encontra o verdadeiro problema do poder (STRATEGOR, 2000).

A identidade recupera a função ideológica das representações institucionais e a sua lógica de poder. Nesse sentido, a identidade é entendida como um tipo de lógica coerente de uma instituição, uma visão coletiva, partilhada, procedente de influências internas e externas. Está assentada na base do contrato psicológico entre cada indivíduo e a instituição, que define a natureza e a força de sua identidade com ela (RIVERA; ARTMANN, 2006).

Uma instituição constrói-se sobre valores, quando não é vivida pelos seus membros como sendo somente um instrumento econômico, mas como sendo também fonte direta de satisfação pessoal, intelectual e afetiva. Por esse fato, produz uma identidade que os seus membros podem subscrever, que pode marcar todos os aspectos da vida da instituição e garantir uma integração social, que vai muito além dos mecanismos formais de coordenação, particularmente hierárquicos.

A satisfação é proporcionada por via dos ideais pessoais ou imagens de si: orgulho do que se faz, sensação de realizar algo que faz sentido, lealdade. A instituição e os líderes estão presos à ideologia que criam, e é isso que faz a eficiência da primeira e a grandeza dos segundos.

A instituição é formada por 'agentes sociais'. Quando um indivíduo vem trabalhar em uma instituição, ele traz consigo suas propriedades socioculturais, sua história e seus hábitos (STRATEGOR, 2000).

Rivera e Artmann (2006), apoiados em atores, como Crémadez e Grateau, apontam que a crise de identidade na saúde pública está atribuída à modificação de determinados paradigmas tradicionais. O resultado do impacto de mudanças de diversos paradigmas enfraquece o contrato psicológico que liga os indivíduos à instituição. No campo da saúde pública, alguns paradigmas contribuem para criar uma crise de identidade, sendo eles: a mudança do paradigma da medicina, a mudança do paradigma do serviço público e a mudança do paradigma profissional.

Para esses autores, a mudança do paradigma da medicina está relacionada com a intervenção gerencial, em que o estilo liberal profissional diminui e se intensifica o controle administrativo da estrutura institucional. Nessa lógica, o trabalho médico, por exemplo, se insere nessa estrutura, na qual a medicina passa a ser vista sob uma nova perspectiva. Assim, a atuação médica eficaz passa a supor uma articulação entre a medicina orgânica/positivista, e o enfoque ecológico perde sentido. Nessa perspectiva, também perde sentido o agir isolado do médico, as parcerias se tornam indispensáveis e a busca da solidariedade entre os atores passa a ocupar o centro das atenções.

Com relação às mudanças do paradigma dos serviços público, os limitados recursos e as dificuldades em prestar acesso universal e igualitário fizeram com que muitos serviços se monopolizassem, atuando com excessiva independência. Acredita-se, nessa perspectiva, que o serviço público deve aceitar a concorrência, a avaliação, a necessidade de escuta dos usuários e a abertura ao ambiente. O serviço público deve se tornar competitivo internamente (racionalizando seus recursos e trabalhar em rede), privilegiando a ideia de contratualização e formas de cooperação e parcerias (RIVERA; ARTMANN, 2006).

A mudança do paradigma do profissional pauta-se na perspectiva de que a experiência profissional deixa de ser a base da competência, uma vez que a renovação cada vez mais rápida dos conhecimentos e tecnologias tornam os recursos cognitivos anteriores obsoletos, o que provoca um crescimento da especialização e uma regressão da autonomia dos especialistas. Uma maior interpenetração entre o técnico e o econômico é provocada pela crescente complexidade técnica. Nesse sentido, a formação e atualização profissional tornam-se elementos-chave da competência profissional. Assim, a possibilidade de operar reorientações profissionais (mudança de especialidades) torna-se primordial tanto para o desempenho da

carreira individual quanto para a eficiência institucional parcerias (RIVERA; ARTMANN, 2006).

A discussão sobre esses paradigmas coloca em questão os principais traços da identidade institucional, que seriam:

[...] a não explicação dos projetos organizacionais, a justaposição de objetivos, o isolamento dos profissionais e dos serviços, a recusa à avaliação das competências, o corporativismo profissional, a predominância dos critérios técnicos sobre os econômicos, a marginalização da gerência, a pouca preocupação com o ambiente externo, entre outros. (ARTMANN, 2002B. P. 73).

Essas mudanças e quebras de paradigmas resultam em uma crise de identidade, que acentua sentimentos e reações negativas, especialmente pelos grupos dominantes, como os médicos. Por outro lado, a instituição tende a se tornar mais reativa em relação ao ambiente externo, superestima recursos e encara o futuro com inquietação. Desse cenário de crise de identidade, fazem parte as necessidades de fortalecer a regulação administrativa e a introdução de critérios econômicos de gestão nos centros operacionais, o que ameaça a sua autonomia parcerias (RIVERA; ARTMANN, 2006).

Nesse contexto, a gestão estratégica manifesta-se como uma possibilidade para enfrentar esse cenário de crise de identidade e renovar o contrato psicológico entre os atores e a instituição. Alguns fatores resultantes desse impacto sobre identidade institucional seriam: a formulação de um projeto institucional baseado nas sinergias e parcerias, o processo de análise estratégica, a socialização da informação e a valorização da interdependência institucional. Formular um projeto institucional estruturado, com base nas sinergias e parcerias, e induzido pela gestão estratégica, coloca em evidência soluções que têm impactos psicológicos favoráveis, possibilitando escolher aqueles projetos que colaboram para um maior

ganho coletivo e que favorecem o compartilhamento de recursos. Nesse caso, a gestão estratégica permite que estratégias individuais se combinem dentro de uma estratégia de conjunto. A formalização da informação, das análises e dos planos favorece a apreensão da instituição pelos atores (STRATEGOR, 2000).

O processo de análise estratégica possibilitaria a criação de lugares de encontro, o que estimularia a reflexão coletiva (intra e intergrupo profissional), distribuindo as responsabilidades entre os grupos, criando novas unidades e aumentando as interfaces externas. O sistema de poder evoluiria para o estabelecimento de transversalidades e de interdependências. A natureza técnica e econômica das decisões conduziria para relações de colaboração entre os gestores e profissionais de saúde, havendo mais integração e formalização (ARTMANN, 2002B).

A socialização da informação promove o conhecimento mútuo, em uma gestão negociada, acentuando a necessidade de sinergias e parcerias operacionais. Os agentes institucionais passam a se encontrar e a conversar entre si. Nesse contexto, os valores passam a ser questionados, trazendo-os à tona como fundamento das decisões. Em função da possibilidade do encontro, a rigidez das posições corporativas dá lugar a posições mais flexíveis. A instituição evolui para uma valorização da interdependência, em uma aproximação positiva do sentido de bem coletivo da atividade. Os atores institucionais apropriam-se da instituição com informação, formalização e análise e desenvolvem uma motivação para a ação.

Considerando a característica processual, adaptável e detalhada dos projetos dos vários serviços, é necessário que os diversos atores subscrevam uma carta de intenções estratégicas gerais como meio de dar unidade às iniciativas locais, tal como ao grande projeto estabelecido. Assim, como existe uma distância importante entre o discurso e a real modificação de comportamento, torna-se fundamental que se assumam

a análise estratégica como um processo exploratório, interativo e progressivo, como aprendizagem permanente (STRATEGOR, 2000; RIVERA; ARTMANN, 2006).

## Considerações finais

A organização das abordagens apresentadas por *Strategor* foi dividida, mas não se pode pretender que, na realidade, os fenômenos apontados classifiquem-se em uma dessas quatro categorias de maneira estanque. As discussões reúnem teorias e modelos, mas não se esgota, uma vez que se buscou fazer uma abordagem global da política institucional, adaptando-a a saúde pública. Os quatro determinantes da política institucional não podem ser considerados independentes uns dos outros, mas sim como um conjunto estruturado.

Para *Strategor* (2000), a ligação entre a estratégia e a estrutura é muito forte, tal como a estratégia e a identidade, mas todos os elementos da política institucional estão ligados uns aos outros. Estratégia e estrutura influenciam-se mutuamente. Existe também uma ligação muito forte entre a estrutura e os processos de decisão, como, por exemplo, uma estrutura muito descentralizada irá se adaptar mal às instâncias de decisão do topo da gestão.

A distribuição do poder permite estabelecer uma ligação entre estratégia e decisão. A relação entre processo de decisão e identidade é da mesma natureza que as anteriores. Processos burocráticos ou formalizados não permitirão que se desenvolva uma identidade gestora, mas tenderão a perpetuar uma identidade do tipo burocrática. A implantação de um sistema de planejamento ou de controle só pode ser validado após uma reflexão sobre a identidade. Os desafios criam problemas e exigem transformações em um ou em outro sentido. Assim, a importância do líder como agente de mudança é um dos instrumentos de correspondência entre identidade e decisão.

Na relação existente entre estrutura e identidade, a estrutura colabora para forjar a identidade. O organograma pode ser explícito ou implícito, oficial ou oficioso, mas do conhecimento de todos. Nesse contexto, para transformar a identidade, uma das possíveis soluções seria criar uma identidade paralela, modificando o organograma. Em compensação, a identidade preexistente influencia a evolução da estrutura, que pode ser considerada como uma produção simbólica da identidade. Associa-se, assim, uma identidade do tipo gestora a uma estrutura flexível e descentralizada ao invés de uma identidade do tipo burocrática a uma estrutura mecanicista fortemente hierarquizada.

A utilização do referencial *Strategor* apresenta-se como uma potente ferramenta para lançar um olhar analisador mais ampliado sobre o processo de implementação de políticas públicas. Isso seria possível uma vez que os quatro determinantes da política institucional permitem apontar para questões pouco visíveis e difíceis de mensurar por meio da utilização de instrumentos de avaliação. O referencial de *Strategor* possibilita ampliar o leque de análise, apontando para particularidades do processo de tomada de decisão, da complexidade humana presente dentro das instituições, na dinâmica da estrutura institucional e, como consequência disso, uma análise da estratégia assumida pela instituição para implementar determinada política. A partir dessas possibilidades, o método adaptado de *Strategor* apresenta-se com potencial para dar conta da complexidade de análise do processo de implementação ao despertar para um olhar voltado para o modo como uma instituição se organiza perante a necessidade de implementar uma política pública. Portanto, o referencial de *Strategor* como método de análise compreende um referencial rico, que seria capaz de dar conta da complexidade de análise de implementação de políticas públicas.

O referencial de *Strategor* pode se destacar como instrumento analisador



estruturado, que promove discussões de caráter estratégico e possibilita reflexões sobre os determinantes da política institucional, como uma ferramenta que permite resgatar a etapa da implementação, ao ponto de conferir a ela uma posição-chave para o fortalecimento da ação governamental. Tal estruturação, porém, não deve ser confundida com normatividade. Longe de se apresentar como um ‘manual para análise de políticas públicas’, esta perspectiva possibilita enfatizar a visão estratégica dos problemas de implementação, ‘criando’ políticas e constantemente orientando a elaboração de novas políticas.

Ao lançar mão desse referencial como foco de análise, abre-se um amplo campo de oportunidades que poderão apresentar resultados bastante diversos a depender do contexto local pesquisado, bem como dos objetivos de análise definidos pelo pesquisador. De qualquer maneira, os resultados apontam para questões até então pouco discutidas, uma vez que os estudos sobre análises de políticas públicas têm direcionado o seu foco especialmente para as etapas de formulação de política pública, em especial à definição da agenda política, assim como para a avaliação das políticas públicas, especialmente na aferição dos resultados alcançados com base nas metas preestabelecidas. Dessa forma, este método se propõe a abarcar uma visão ampliada do processo de implementação de políticas.

É fato que o campo da análise de políticas é amplo e complexo. Buscou-se discutir aqui uma proposta metodológica que poderá se mostrar eficiente para esse fim, pois o método aponta para questões relevantes, podendo se tornar um importante instrumento analisador do processo de implementação, já que congrega quatro grandes áreas da política institucional.

O referencial de *Strategor* é amplo e abre um campo de oportunidades para compreender a instituição, possibilitando apreender o desenho de estruturas de incentivo e os arranjos cooperativos em redes de implementação. A proposta metodológica adaptada desse referencial direciona o seu foco para a análise de implementação de políticas e, para isso, traz de forma concisa os principais elementos dos determinantes da política institucional, mas que se mostram úteis para viabilizar este instrumento de análise.

Por fim, não cessa aqui o aprofundamento desta temática, mas é posto em cena um novo olhar para analisar o processo de implementação de políticas públicas brasileiro. Da formulação até a avaliação dos resultados, uma política percorre uma longa cadeia de atores que estão presentes nas mais diversas instâncias e atuam como potências que contribuem ou não para o alcance dos resultados esperados. Esses autores criam inovações que podem modificar o sentido ou mesmo transformar completamente a noção de resultado da política. ■

---

## Referências

ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E. Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, fev. 2009.

ARAUJO, M. J. D.; ARTMANN, E.; ANDRADE, M. A. C. Démarche Estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, jun. 2013.

ARTMANN, E. *Démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede*. 2002. 379 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2002b.

\_\_\_\_\_. Enfoque da Démarche Stratégique na Gestão Hospitalar. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e*

método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a, p. 277-323.

ARTMANN, E.; ANDRADE, M. A. C.; RIVERA, F. J. U. Desafios para a discussão de missão institucional complexa: o caso de um Instituto de Pesquisa em Saúde. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 479-499, 2003.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 2011. p. 138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps>. Acesso em: 25 set. 2013.

CARVALHO, M. L. et al. Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITARIA EM AMÉRICA DEL SUR. BALANCE Y PROPOECTIVA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EM EL MARCO DE LOS BICENTENARIOS DE AMÉRICA DEL SUR, 10., Santa Catarina, 2010. Anais eletrônicos... Santa Catarina: UFSC. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/97020/IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O%20DE%20POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20UMA%20ABORDAGEM%20TE%C3%93RICA%20E%20CR.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 maio 2013.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 219-246.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23-64.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão.

*Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-73311999000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 mar. 2013.

LOPES, C. M. B. *'Démarche Stratégique'*: uma metodologia a ser proposta para a gestão hospitalar brasileira. 1997. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. *Quando uma proposição não se converte em política?* O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400031&script=sci\_arttext>. Acesso em: 30 nov. 2013.

NAJBERG, E.; BARBOSA, N. B. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas. *Interface - Revista do Centro de Ciências Sociais Aplicadas*, São Paulo, v. 3, n. 2, jul./dez. 2006, p. 31-45. Disponível em: <http://encontroamericatina.ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/203/181>. Acesso em: 4 jun. 2013.

PEREZ, J. R. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. Editora Cortez. 6 ed. São Paulo, 2006, p. 65-73.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

RIBEIRO, J. L. L. S. A avaliação como uma política pública: aspectos da implementação do SINAES. In: LORDÊLO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. (Org.). *Avaliação educacional: desatando e reatando nós*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 57-84. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/wd/pdf/lorde-lo-9788523209315.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

RIVERA, F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: \_\_\_\_\_. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 17-35.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: \_\_\_\_\_. *Análise estratégica em saúde e gestão da escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SERAFIM, M., DIAS, R. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cadernos Gestão Social*, Salvador, v. 3, n. 1, maio 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/view/213>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. 2000. Disponível em: <[http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula\\_22.pdf](http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2013.

STRATEGOR: Política Global da Empresa: Estratégia, estrutura, decisão, identidade. 3. ed. Lisboa, Portugal: Editora Dom Quixote. 2000, 416 p.

VIANA, L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L., (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora, Fiocruz, 2009, p. 65-105.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da enfermagem em oncologia

*The unbearable lightness of health work: overdemand and invisibility on nursing work in oncology*

Maria Liana Gesteira Fonseca<sup>1</sup>, Marilene de Castilho Sá<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Este artigo aborda a produção do cuidado, focalizando particularmente o trabalho da enfermagem. Trata-se de uma pesquisa teórica, apoiada na psicodinâmica do trabalho, utilizando-se, para ilustração, de fragmentos de material oriundo de pesquisa em uma enfermaria oncológica. Conclui-se que o trabalho em saúde possui uma dimensão intangível – caracterizada pela inteligência criadora e sensibilidade do trabalhador – que é definitiva para a qualidade do cuidado e não pode ser mensurado por indicadores formais. Exigindo simultaneamente intensidade e leveza, o trabalho em saúde necessita ser sustentado, o que aponta para a importância da gestão em sua função de sustentação material e psíquica do trabalho em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Assistência à saúde; Cuidados de enfermagem; Assistência hospitalar; Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *This article discusses the production of care, focusing particularly on nursing work. This is a theoretical study, based upon work psychodynamics, using, for illustration, empiric material from a research in an oncology sickroom. We conclude that health work has an intangible dimension – characterized by the workers' creative intelligence and sensitivity – which is definitive for health care quality and can not be measured by formal indicators. Requiring both strength and lightness, health work needs to be sustained, pointing to the importance of management for providing material and psychic support for health work.*

**KEYWORDS** *Delivery of health care; Nursing care; Hospital care; Health management.*

<sup>1</sup>Instituto Nacional do Câncer (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
[liana.fonseca@inca.gov.br](mailto:liana.fonseca@inca.gov.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
[marilene@ensp.fiocruz.br](mailto:marilene@ensp.fiocruz.br)

## Introdução

Este artigo aborda as especificidades do trabalho em saúde e seus desafios para a gestão do trabalho nesse âmbito. Considerando os aspectos relacionais e intersubjetivos que são centrais neste tipo de trabalho (SCHRAIBER, 1993; MERHY, 2002; CAMPOS, 2003; AYRES, 2004; SÁ, 2005, 2009) e que atravessam as organizações de saúde, abordou-se o trabalho em saúde e a produção do cuidado especialmente em sua dimensão de ‘saber-fazer discreto’ (MOLINER, 2012), assim como o conceito de ‘contaminação do tempo fora do trabalho’ (SANTOS, 2001), para ilustrar a complexa trama que pode estar presente no vínculo dos trabalhadores de saúde com seu ofício. Focalizou-se particularmente o trabalho da enfermagem.

Apresentam-se então aqui resultados de uma pesquisa teórica, apoiada sobretudo na psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 1982, 1993, 2004, 2008A, 2012A, 2012B), utilizando-se, em caráter ilustrativo, de fragmentos de material empírico oriundo de uma pesquisa de campo ocorrida entre setembro de 2012 e junho de 2013, compreendendo entrevistas com trabalhadores de enfermagem de uma enfermaria oncológica e observação participante (FONSECA, 2014). Para este artigo, recortou-se a temática do vínculo dos trabalhadores com seu trabalho e a chamada ‘contaminação do tempo fora do trabalho’.

## O trabalho em saúde e suas dimensões intangíveis

O trabalho em saúde guarda especificidades que tornam seu gerenciamento mais complexo não só por se tratar de um trabalho que se dá entre sujeitos, portanto apresentando um caráter relacional central, mas também, principalmente, por significar intervir sobre a vida, os corpos e as paixões de sujeitos que se colocam no momento desse encontro como pacientes e usuários do sistema de saúde (SÁ, 2005; SCRAIBER, 1993).

É necessário compreender os desafios ou exigências que esse trabalho, por sua própria especificidade, impõe aos trabalhadores, bem como os impasses colocados pelo atual contexto de grandes mudanças na saúde pública e no gerenciamento dos serviços de saúde, especialmente dos hospitais, absorvidos na lógica dos resultados, indicadores e números – estes cobrados por instâncias superiores aos próprios serviços de saúde e por vezes incorporados pela lógica gerencialista dos gestores. A necessidade de metas, números e indicadores é justificável e justificada, tendo em vista as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e o imperativo de se garantir universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, com qualidade e eficiência no uso dos recursos públicos. No entanto, no setor de saúde, especialmente em áreas mais específicas, como a oncologia, por exemplo, as demandas crescem exponencialmente e nem sempre as condições de trabalho e de recursos humanos são condizentes com tais cobranças. Além disso, é importante considerar – o que será visto no presente artigo – que o trabalho em saúde possui uma dimensão intangível que é muito maior e muito mais definitiva para a qualidade do cuidado produzido do que aquilo que do trabalho pode ser mensurado ou apreendido por indicadores formais.

Por isso, é preciso observar mais de perto e buscar compreender o trabalho real (DEJOURS, 2008A, 2012A) dos operadores do cuidado, interrogando sobre sua distância e possíveis contradições com relação às prescrições, metas, aos indicadores e à dinâmica organizacional. O que esse tipo de trabalho demanda de seus trabalhadores? O que é visível e o que é invisível no trabalho de saúde? Esse trabalho seria plenamente passível de captura e mensuração pelos métodos disponíveis de gestão que se tem hoje? Como se expressa o vínculo entre trabalhador e organização/trabalho?

Que elementos condicionam tal vínculo e quais os efeitos deste para a qualidade do cuidado em saúde?

Para começar, é preciso que se tome o conceito de trabalho. Para tanto, será usada a concepção da psicodinâmica do trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours, que, baseada na ergonomia da atividade e em autores como Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, Kerguelen, distingue o trabalho prescrito do trabalho real, afirmando que há sempre uma diferença entre aquilo que é solicitado pela organização formal do trabalho e aquilo que de fato trabalhadores e trabalhadoras realizam em seu cotidiano, de acordo com os eventos, com as variabilidades e as diversas necessidades emergentes, que demandam que a lacuna entre trabalho prescrito e trabalho real seja preenchida (DEJOURS, 2004, 2008A, 2012A, 2012B).

Tal lacuna é preenchida por aquilo que os sujeitos que trabalham acrescentam de si às prescrições. Segundo Dejours:

O que ainda aparece para o clínico como a característica maior do 'trabalhar', é que, mesmo que o trabalho seja bem concebido, a organização do trabalho seja rigorosa, as instruções e os procedimentos sejam claros, é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem respeitadas escrupulosamente [...]. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. 'Assim, para o clínico, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados'. (DEJOURS, 2004, p. 28) [grifo das autoras].

O hiato gerado entre a organização prescrita do trabalho e a organização real solicitada – a todo momento – da parte daquele que opera o trabalho uma atividade de concepção (DEJOURS, 2004) e mesmo de interpretação do mundo à sua volta (SÁ, 2005). Sendo assim, o trabalho em saúde é também, como todo

trabalho, um trabalho de criação, de concepção, de produção de saber e de uso de capacidades e saberes tácitos.

É justamente no hiato entre estes dois polos, o trabalho prescrito e o trabalho real – hiato este geralmente invisível para os atuais métodos de gestão –, que se encontram boa parte das produções subjetivas daquele que trabalha: sua inteligência criadora, seu prazer e seu sofrimento.

No caso dos trabalhos em saúde, devido à sua natureza eminentemente relacional (MERHY, 2002; SÁ, 2005, 2009) e ao próprio objeto do trabalho, a vida, que é sempre dinâmica e preñe de variabilidades – o trabalhador está sempre acrescentando de si às prescrições, sempre ajustando as regras gerais, aos casos particulares e sempre lidando com situações singulares (BRITO, 2011; MARSIGLIA, 2011). No caso de trabalhos em saúde, como o da enfermagem, por exemplo, cujo aprendizado e trabalho prescrito se concentram principalmente na execução de procedimentos técnicos, a diferença entre o prescrito e o real fica ainda maior, na medida em que é preciso, além de aplicar as técnicas, lidar com um outro, em situação de extrema fragilidade, que se coloca à sua frente na qualidade de paciente e que está trazendo situações únicas e geralmente viscerais, plenas das mais intensas emoções, ligadas à vida, à morte, às dificuldades sociais. No entanto, a dimensão relacional desse tipo de trabalho nem sempre ganha seu peso seja na formação, no planejamento ou nos métodos de avaliação do trabalho.

Dejours (2012A) usa a metáfora do *iceberg* para definir o trabalho: aquilo que está acima da água e, portanto, é visível é apenas uma pequena parte do trabalho, o trabalho prescrito; o que está abaixo e que consiste em sua parte mais volumosa e invisível, principalmente para os métodos de gestão e avaliação, é o trabalho real, com suas variabilidades, imprevistos e com tudo aquilo que o trabalhador acrescenta de si para transformar a prescrição em algo concreto, em trabalho real.

## Os trabalhos de cuidado os desafios do reconhecimento

Tomando os trabalhos de cuidado como aqueles em que esta invisibilidade fica ainda mais acentuada, na medida em que há algo que lhe é fundamental e que escapa à visibilidade – aquilo que Dejours (2012B) e Pascale Molinier chamaram de ‘*savoir-faire* discreto’, o saber fazer discreto –, tem-se um problema no que tange aos métodos de avaliação: aquilo que o trabalho tem de essencial é invisível, não mensurável e imprescritível. Como trabalho invisível, é imaterial e difícil de ser capturado por métodos de gestão e avaliação, ainda que adquira extrema importância para a qualidade do cuidado.

Molinier (2012) destaca cinco dimensões dos trabalhos de cuidado: como ‘*savoir-faire* discreto’, tal como afirmado acima; como *gentleness*, no sentido de se antecipar às necessidades do outro sem lhe retirar seu estatuto de dignidade, como “trabalho sujo”, no sentido de um trabalho com “os humores do corpo e as patologias da alma” (MOLINIER, 2012, P. 34), com tudo aquilo que não se quer ter contato; como “trabalho inestimável” (MOLINIER, 2012, P. 36), no sentido de não ser passível de mensuração e, finalmente, como ‘narrativa ética’, no sentido de fazer aquilo que deve ser feito, não como bondade ou caridade, mas como imperativo ético. Tais dimensões não são passíveis de ser plenamente avaliadas, visto que dificilmente podem ser capturadas por mensurações, ao mesmo tempo, são essenciais ao cuidado.

Na pesquisa empreendida entre setembro de 2012 e junho de 2013 com uma equipe de enfermagem de uma enfermaria em um hospital de oncologia no Rio de Janeiro (FONSECA, 2014), dentre vários relatos de exercício do cuidado, destacou-se este, que condensa as dimensões enunciadas por Molinier, quando uma técnica de enfermagem conta como faz a higiene íntima dos pacientes, como limpa seus excrementos:

*Porque eu sei que aquele paciente não é aquele, aquele... não são aqueles excrementos. Que tudo aquilo é uma coisa natural. Que está em mim. Então, eu sempre me coloco, procuro me colocar no lugar daquele paciente. Como eu gostaria de ser manipulada se eu estivesse naquela situação? [...] Então, eu procuro manipular com meu toque. Na hora da higienização, de lidar com essas eliminações, esses excrementos e tal de uma forma mais natural possível [...]. A gente registra os odores, a gente registra, não tem como não registrar. Mas eu procuro ser o mais natural possível. E isso eu já observei que faz diferença. (Técnica de enfermagem).*

Este tipo de exercício do cuidado é de difícil avaliação para os métodos que consideram apenas as mensurações. Sendo de difícil avaliação, é também de difícil reconhecimento, a não ser em espaços informais entre pares ou entre usuários e trabalhadores. No entanto, é justamente uma dinâmica intersubjetiva, a dinâmica do reconhecimento, que é capaz de proporcionar a passagem do sofrimento ao prazer no trabalho (DEJOURS, 2008B, 2012A, 2012B).

A teoria da psicodinâmica do trabalho parte do princípio que o sujeito, em sua relação com o trabalhar, espera contribuir para a organização do trabalho, tal como a técnica de enfermagem acima procura contribuir e não ser uma mera executora. A isso, Dejours chama de ‘direito à contribuição’. A esta contribuição dada pelo trabalhador à organização real do trabalho é esperada uma retribuição que é fundamentalmente de natureza simbólica (DEJOURS, 2008D): o reconhecimento.

Essa retribuição simbólica confere sentido à experiência e à contribuição do trabalhador. A mesma técnica de enfermagem acima citada complementa: “Quando a gente faz de uma forma mais natural, o paciente percebe”. Este efeito no paciente lhe propicia alguma gratificação, uma retribuição pelo esforço empreendido na tarefa. Esforço não apenas de executá-la, mas de realizá-la de modo

sensível em relação às necessidades do paciente, de realizar a tarefa a seu modo, empregando seus saberes, sua ‘inteligência prática’.

É dessa dinâmica intersubjetiva, fina e quase impalpável, de contribuir para a organização do trabalho e sentir o efeito dessa contribuição, por meio da percepção de um paciente, de um colega ou de um superior, que depende a mobilização subjetiva para o trabalho. Segundo Dejours (2008c), essa mobilização está sempre presente em todos os trabalhadores, desde que não seja desmobilizada por uma organização do trabalho que frustre o ‘direito de contribuição’. A falta de reconhecimento da contribuição singular dos trabalhadores para a organização do trabalho se configuraria como obstáculo à emergência da mobilização subjetiva e, portanto, ao vínculo com o trabalho.

## Invisibilidade do trabalho e exigências da gestão

Considerando que boa parte dos trabalhos em saúde são de cuidado e que estes, por sua vez, possuem características que os tornam pouco visíveis, se não totalmente invisíveis para os métodos de gestão e, conseqüentemente, não passíveis de apreensão direta ou mensuração, está-se diante do problema da relação dos trabalhadores de saúde com suas organizações e os muitos métodos de gestão que vêm sendo implantados na atualidade, em uma perspectiva que Gaulejac veio a chamar de “quanto-frenia aguda” (GAULEJAC, 2007, P. 67).

Embora Gaulejac não se refira especificamente ao setor saúde e, ainda que reconhecendo que o setor público possui particularidades, se comparado às tendências gerenciais dominantes no setor privado, pode-se fazer uma reflexão acerca de tais questões no trabalho em saúde hoje no SUS, no Brasil. O contexto de implantação de novos modelos gerenciais nos serviços públicos de saúde, sem enfrentamento da situação de insuficiência de recursos humanos e, por

vezes, acompanhado de enxugamento dos quadros de pessoal, pode impor limites importantes para a qualidade do cuidado e para as próprias gerências intermediárias, no que tange ao exercício de uso de mecanismos necessários para dar condições dignas aos sujeitos que trabalham.

O exercício do cuidado descrito acima pela técnica de enfermagem é mais do que a execução de uma higiene íntima: ela contribui para a organização do trabalho e percebe o sentimento do paciente, retornando-lhe como algo que lhe gratifica e que opera a passagem da execução para a contribuição, construindo e reconstruindo o vínculo com o trabalho e o trabalhar. O ato de executar um procedimento passa a ser, para aquela técnica, no exemplo da ‘execução da higiene íntima’, uma atividade em que é possível acrescentar de si ao trabalho prescrito, transformar um ato que, apesar de inicialmente penoso (limpar os excrementos de um paciente), passa a lhe dar algum prazer, pelas sutilezas da resposta do paciente ao seu cuidado.

No entanto, nem sempre é possível aos operadores do cuidado dispor desse tempo. A demanda incessante por produtividade atravessa as mais altas esferas das hierarquias no campo da saúde pública e desce em cascata, demandando de diretores, gerentes e, como conseqüência, trabalhadores do cuidado, números, indicadores, metas que nem sempre têm contrapartida no número de trabalhadores e nas condições de trabalho. Não se faz gestão sem metas e indicadores, é verdade. Estes elementos são fundamentais. No campo da saúde pública, eles são necessários para garantir acesso, equidade e formulação de políticas. Todavia, a questão que se coloca é que, cada vez mais, eles vêm tomando o lugar da interação humana e das informações qualitativas sobre os processos de trabalho, que também devem ter seu lugar nos processos de gestão, assim como espaços de visibilidade justamente para uma dimensão do trabalho que fica à sombra: sua dimensão invisível e não mensurável.



Na pesquisa citada (FONSECA, 2014), foi detectado um certo grau de desmobilização para o trabalho a partir do relacionamento dos trabalhadores com a gestão. A mobilização, nesse caso, provinha tão somente da relação desses trabalhadores com os pacientes.

A desmobilização, expressa em falas, como “*Não falo mais nada*”; “*Não me manifesto mais*”, “*Não dou mais opinião*”, era oriunda principalmente de um sentimento de invisibilidade do esforço empreendido na tarefa de prover o cuidado para pacientes em condições não favoráveis ao exercício do cuidado no tempo que consideram adequado. Disse um técnico de enfermagem: “*É muito paciente com câncer para pouco leito e muito leito pra pouco profissional*”.

Uma enfermeira afirmou que “*quase errou uma quimioterapia*” e acrescentou: “*Quem diz que consegue assobiar e chupar cana está mentindo*”.

Na mesma direção, outra enfermeira afirmou: “*Eu não sou um polvo. Não posso. Eu falo. Eu não posso fazer três, como... Vai ficar uma porcaria tudo*”, apontando para a contradição entre qualidade do trabalho e metas e indicadores incompatíveis com a quantidade de trabalhadores disponíveis.

Entre esses trabalhadores, havia um ressentimento pela desvalorização, por parte da gestão, da dimensão humana, paralelamente à idealização da tecnologia e da técnica que atravessa as organizações de saúde, principalmente as de alta complexidade: “*O ser humano tem que usar a tecnologia, entendeu? Eles esqueceram que para utilizar a tecnologia precisa do humano.*” (Técnica na entrevista coletiva).

Essa mesma dimensão humana que, no trabalho em oncologia, demandava desses trabalhadores a lida cotidiana com a vida e a morte em suas faces mais intensas também provocava a chamada “contaminação do tempo fora do trabalho” (SANTOS, 2001, p. 155), isto é, o levar para a casa a preocupação com os pacientes e com as questões da enfermagem.

Expressões, tais como, “*da porta para fora*” (do hospital) e “*da porta para dentro*”,

procurando produzir no discurso uma separação fictícia entre essas duas esferas, eram frequentes durante as entrevistas e observações realizadas na pesquisa aqui citada (FONSECA, 2014). Assim, enquanto “*deixar as coisas do lado de fora*” significava para eles tentar ser profissional e não trazer as questões de casa para o trabalho; “*não levar coisas pra casa*” significava tentar resistir em levar as tristezas do trabalho para o âmbito doméstico. Enquanto para alguns trabalhadores essa influência recíproca era evidente, outros passaram a se interrogar a respeito dessa separação, à medida que iam refletindo mais profundamente. Ao longo de uma entrevista individual, um técnico falou: “*Eu não levo problemas para casa, eu acho que eu não levo... quer dizer agora já fiquei na dúvida até*”. Para outros trabalhadores, essa influência era evidente. Uma enfermeira confessou que quase bateu o carro ao sair de um plantão, tomada pelos eventos vividos na enfermagem. Uma técnica de enfermagem falou a respeito do falecimento de uma jovem:

*A Joana [nome fictício], quando morreu, ela estava com meu crachá na mão, segurando minha mão. Eu estou falando sério! Ela morreu, ela me chamava... 17 anos!!! Ela queria que eu ficasse do lado dela o tempo todo. E ela pra mim: 'Fica!'. Eu, na minha cabeça: 'Será que eu vou junto, depois dela? Ela está me chamando para eu ir com ela'. Que na cabeça da gente é umas coisas assim. Às vezes morre te chamando. Ela me chamava o tempo todo. Ela ficava: 'Maria, Maria' [nome fictício] e me chamando.*

A técnica foi para casa escutando a voz da jovem. Dejours (2012A) adverte que o trabalho não se esgota no espaço geográfico onde se dá o trabalhar, mas coloniza a subjetividade. Nos trabalhos em saúde e, de forma mais intensa, no trabalho em oncologia, há uma intensidade de vivências que penetram a vida dos sujeitos, homens e mulheres, que trabalham de forma mais punjente. Não foram poucos os relatos a respeito dessa ‘contaminação do

tempo fora do trabalho'. Apesar disso, tais trabalhadores, que possuem vínculo de 40 horas semanais, são convocados a dispender 100% dessa carga horária na atenção direta ao paciente, lidando com essa intensidade de experiências em tempo integral.

## Os desafios de gerir (sustentar) um trabalho de insustentável leveza

Pelo exposto até aqui, pode-se afirmar que a produção do cuidado em saúde se constitui essencialmente não apenas como um trabalho intangível, com muitas dimensões invisíveis, mas também, igualmente, como um trabalho que exige dos trabalhadores, daqueles que cuidam, um elevado esforço psíquico (no caso da enfermagem, na maioria das vezes, também grande esforço físico) para sustentar a necessária sensibilidade e leveza, na interação com os sujeitos e suas demandas de cuidado, em situações em geral atravessadas por muito sofrimento. Assim, trata-se de um trabalho que, embora exigindo leveza, é muitas vezes quase que insustentável. Por isso a alusão que fizemos no título deste artigo ao romance de Milan Kundera.

No entanto, diferentemente dos protagonistas do romance, para os quais a leveza na relação com o outro se traduzia pela fragilidade dos vínculos, pela dificuldade de responsabilização, o trabalho em saúde, aqui particularmente abordado através do trabalho da enfermagem, é exercido pela maioria dos profissionais como um trabalho de extrema intensidade de vínculos com os pacientes. Desse modo, para que possa ser bem exercido, precisa igualmente ser sustentado, e aqui destaca-se a importância da gestão em sua função de sustentação material e psíquica do trabalho em saúde.

O paradoxo apontado por um dos técnicos de enfermagem, quando afirma haver alta demanda de atendimento para poucos

leitos e muitos leitos para poucos profissionais, configura-se como um drama cotidiano no gerenciamento do trabalho em oncologia no SUS. No âmbito da assistência oncológica, aliada à intensa mobilização psíquica que em geral caracteriza a maioria das situações deste tipo de cuidado, a demanda vem crescendo exponencialmente, em oposição a uma insuficiência de recursos humanos disponíveis. Por outro lado, ao invés de processos e dispositivos de gestão que promovam suporte aos trabalhadores para o enfrentamento de tais desafios, predominam pressões por metas cada vez mais altas, indicadores e 'excelência'. Excelência não necessariamente pautada nas condições reais de produção do cuidado, mas na aquilo que Soboll e Horst (2013) chamaram de 'ideologia da excelência'.

Baseados em Christophe Dejours, esses autores afirmam que a ideologia de 'excelência', sistema de pensamento hegemônico no contexto atual de trabalho, que prima pelo 'mito da autossuperação e por resultados sempre superiores, subsidiando a crescente produtividade nas organizações', já pressupõe algo não partilhável, visto que, para ser 'excelente', é preciso que alguém esteja aquém:

O termo excelência, por sua vez, refere-se a algo que, de antemão, não é partilhável. Assumir uma conduta de excelência significa não partilhar esse objetivo com seus semelhantes. A excelência não é compartilhada. Para que um seja excelente é necessário outro que fique aquém. A busca da excelência tem como fundamento o individualismo e rompe com os laços de cooperação e de reconhecimento, essenciais para construção da identidade e da saúde do trabalhador. (SOBOLL; HORST, 2013, P. 225).

Quando se trata de trabalho em saúde e, especialmente, de trabalhos de cuidado, a ideologia da excelência pode ser particularmente nefasta, na medida em que tende a não considerar (porque não consegue avaliar) suas dimensões invisíveis e não palpáveis.

Centrada prioritariamente em metas e indicadores, imputa a responsabilidade sobre trabalhadores individualmente e não é capaz de reconhecer a importância da gestão não apenas para a garantia das condições materiais e tecnológicas para a realização do trabalho em saúde, mas também na promoção de espaços de sustentação subjetiva/inter-subjetiva deste trabalho. Assim,

[...] para além dos necessários esforços de reorganização e melhoria das condições e dos processos de trabalho - e também, obviamente, de maior eficiência no uso dos recursos e efetividades das ações - é necessário, [...] buscar, propor e/ou fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho que favoreçam a gestores

e trabalhadores de saúde o acesso a sua própria subjetividade - ao (re)conhecimento das fontes de seu sofrimento e prazer no trabalho, dos vínculos imaginários/afetivos que os ligam ao trabalho, às organizações, ao outro (profissional, usuário) e do sentido do trabalho em suas vidas. (SÁ, 2009, p. 658).

Trata-se, portanto, como já observado (SÁ, 2009) de buscar outros modos de se fazer gestão em saúde. Desenvolver capacidade de reconhecimento das dimensões intangíveis do trabalho em saúde e capacidade de escuta (e de resposta ou encaminhamento) do sofrimento (não só dos pacientes, mas também dos trabalhadores/gestores) e das demandas por sentido que atravessam a vida organizacional. ■

## Referências

- AYRES, J. R. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.
- BRITO, J. A. Ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: \_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- DEJOURS, C. *Trabalho vivo: sexualidade e trabalho*. Brasília, DF: Editora Paralelo 15., 2012a.
- \_\_\_\_\_. *Trabalho vivo: trabalho e emancipação*. Brasília, DF: Editora Paralelo 15., 2012b.
- \_\_\_\_\_. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELZAR, L. I. (Org.). *Chistophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília, DF: Ed. Paralelo 15., 2008a.
- \_\_\_\_\_. Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELZAR, L. I. (Org.). *Chistophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, DF: Ed. Paralelo 15., 2008b.
- \_\_\_\_\_. Sofrimento e prazer no trabalho: A abordagem pela psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELZAR, L. I. (Org.). *Chistophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, DF: Ed. Paralelo 15., 2008c.
- \_\_\_\_\_. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do Trabalho Real. In: LANCMAN, S.; SZNELZAR, L. I. (Org.). *Chistophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, DF: Ed. Paralelo 15., 2008d.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, Santa Catarina, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.
- \_\_\_\_\_. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 33, n. 3, maio/jun., 1993.

\_\_\_\_\_. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 54, n. 14, maio/jun. 1982.

FONSECA, M. L. G. *Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia*. 2014. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

GAULEJAC, V. *A gestão como doença social: Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Rio de Janeiro: Editora Idéias e Letras, 2007.

MARSIGLIA, R. M. G. Prefácio. In: BRITO, J; ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MERHY, E. E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOLINIER, P. Ética e trabalho do Care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do Care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

SÁ, M. C. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a*

vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. 453f. Tese (Doutorado em Psicologia) – São Paulo, Universidade de São Paulo, 2005.

\_\_\_\_\_. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 1, p. 651-664, 2009.

SANTOS, M. L. *Cuidados paliativos e organização do trabalho: a concepção na atividade de técnicas e auxiliares de enfermagem*. 2001. 221 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Fevereiro, 2001.

SCHAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. Editora Hucitec, São Paulo, 1993.

SOBOLL, L. A. P.; HORST, A. C. Ideologia da Excelência. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho*. Curitiba: Editora Juruá, 2013.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
Versão final em setembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática

*Performance evaluation of health interventions in Latin America: a systematic review*

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa<sup>1</sup>, Vanessa de Lima Silva<sup>2</sup>, Isabella Chagas Samico<sup>3</sup>, Eduarda Ângela Pessoa Cesse<sup>4</sup>

**RESUMO** Este estudo teve como objetivo investigar na literatura latino-americana os modelos teóricos de avaliação de desempenho de intervenções de saúde nessa Região. Para tanto, realizou-se revisão sistemática da literatura nas bases do Lilacs, Medline e Capes, com termos relacionados à avaliação e desempenho, durante o período 2008-2013. Utilizaram-se critérios da *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* para apreciação da qualidade bem como de matriz para análise dos atributos bibliométricos e dos modelos. Encontraram-se seis estudos explicitando o modelo de avaliação de desempenho de intervenções em saúde com destaque para modelos unidimensionais com abordagem sistêmica.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde; Modelos teóricos; América Latina; Revisão.

**ABSTRACT** *This study aimed to investigate, in Latin American literature, theoretical models to assess performance evaluation of health interventions in the Region. To this end, a systematic review of literature on the Lilacs, Medline and Capes' databases viewing assessment and performance-related terms for the period 2008-2013 was conducted. Criteria based on the Joint Committee on Standards for Educational Evaluation were applied to assess the quality of articles as well as a matrix to analyze bibliometric attributes array and models. Six studies were found explaining the assessment model of health intervention performance, especially for one-dimensional models with systemic approach.*

**KEYWORDS** *Health evaluation; Models, theoretical; Latin America; Review.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.  
julimartins.costa@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.  
vanelima@gmail.com

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip) - Recife (PE), Brasil.  
isabella.samico@gmail.com

<sup>4</sup>Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco (Fiocruz - PE), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.  
educesse@cpqam.fiocruz.br

## Introdução

O desempenho é uma preocupação crescente na gestão dos sistemas e serviços de saúde por todo o mundo (MARCHAL ET AL., 2014). O estabelecimento de mecanismos que auxiliem uma prática gerencial focada no aprimoramento da governança pública tem sido cada vez mais discutido na literatura (CARVALHO ET AL., 2012; HUNTER; NIELSEN, 2013; LAHREY; NIELSEN, 2013; MARCHAL ET AL., 2014).

A avaliação de desempenho surge nesse contexto, e objetiva melhorar a eficiência, eficácia e qualidade das intervenções (programas, serviços e sistemas) de saúde (CONTRANDIOPOULOS ET AL., 1997; CARVALHO ET AL., 2012; HATRY, 2013), bem como aumentar a responsabilização e a transparência da gestão pública (LAHREY; NIELSEN, 2013). Diversos Organismos Internacionais (WHO, 2000; OPAS, 2001; USAID, 2011) têm desenvolvido modelos teóricos para avaliar o desempenho de organizações de saúde, estimulando sua implantação e a instituição de sistemas de gerenciamento do desempenho.

Na América Latina, a avaliação de desempenho foi impulsionada pelo *'World Health Report 2000'* (WHO, 2000), pelo quadro de referência proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001) e por exigências de instituições financeiras, tais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Algumas iniciativas foram desenvolvidas na região com o intuito de propor modelos que se aproximassem da realidade local, como o Proadess, que delinea uma proposta para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde do Brasil (VIACAVA ET AL., 2004).

Apesar da importância crescente do tema, a delimitação do conceito de desempenho é uma das mais imprecisas em termos de teoria organizacional, surgindo, ao longo do tempo, inúmeras definições e modelos para avaliar o desempenho. Essa diversidade de abordagens gera confusão e dúvidas quanto à escolha do modelo teórico mais apropriado

à cada localidade e formas adequadas para sua operacionalização (VIACAVA ET AL., 2004; CHAMPAGNE ET AL., 2011).

A definição hegemônica de desempenho está ancorada na escola racional, que entende o desempenho como o grau de alcance dos objetivos e metas da organização (SICOTTE ET AL., 1998). Contudo, a teoria organizacional é vasta e apresenta uma profusão de modelos que carregam consigo visões diferenciadas sobre o desempenho. Alguns modelos valorizam a estabilidade e o controle; outros, a aquisição de recursos, o crescimento e a adaptação e, outros, a negociação e o compromisso (CHAMPAGNE ET AL., 2011; MARCHAL ET AL., 2014). Apesar dessa aparente discordância, Champagne et al. (2011) ponderam que todos os modelos são legítimos e focam dimensões diferentes do desempenho.

O aprofundamento no tema e a verificação da insuficiência das abordagens que valorizam uma única dimensão do desempenho, os denominados modelos unidimensionais, para avaliar organizações complexas como as do setor saúde levaram ao desenvolvimento de modelos multidimensionais (CHAMPAGNE ET AL., 2011; VIACAVA ET AL., 2004). Esses modelos permitem uma análise mais global e examinam o desempenho a partir da junção conceitual de dois ou mais modelos unidimensionais (CHAMPAGNE ET AL., 2011; TCHOUAKET ET AL., 2012).

Outra questão que vai além das concepções e abrangência dos modelos para avaliar o desempenho é o fato que muitos deles foram elaborados para avaliar o desempenho de organizações que estão fora do setor saúde ou, quando relacionados, focam serviços específicos (CHAMPAGNE ET AL., 2011; MARCHAL ET AL., 2014; TCHOUAKET ET AL., 2012) ou realidades bem diversas da encontrada na América Latina, o que traz a preocupação adicional no que tange à escolha daquele que seria o mais adequado para a realidade desses países.

Apesar de suas particularidades, os países latino-americanos apresentam características semelhantes no que tange à

sua conformação histórica, política e social. De maneira geral, caracterizam-se por uma elevada concentração de renda, desigualdades sociais e instabilidade política e econômica (SOUZA, 2011; HOMEDES; UGALDE, 2011). Além disso, a estruturação dos processos gerenciais e a baixa qualificação da gestão pública impõem para a região desafios comuns, tais como aumento insustentável nos custos, ineficiência no gasto público, baixa cobertura, acesso desigual, ausência de mecanismos de avaliação do desempenho e pouca transparência na prestação de contas para a sociedade (HOMEDES; UGALDE, 2011; OPAS, 2012).

Dessa forma, surge a necessidade de identificar os modelos teóricos adotados por pesquisadores latino-americanos para avaliar o desempenho de intervenções de saúde como forma de adicionar luz ao debate sobre o tema. Assim, este estudo teve como objetivo identificar na literatura latino-americana os modelos teóricos para avaliar o desempenho de intervenções de saúde. A intenção é a de que sirva de subsídio às futuras pesquisas que pretendam analisar a pertinência e adequação dos modelos à realidade destes países.

## Métodos

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, orientada pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais os modelos utilizados para avaliar o desempenho de intervenções de saúde presentes na literatura de países da América Latina, no período de janeiro de 2008 a outubro de 2013?

Para tanto, procedeu-se pesquisa bibliográfica de textos científicos (artigos, teses, dissertações e monografias) publicados no período de janeiro de 2008 a outubro de 2013, contendo temas relacionados à avaliação do desempenho de intervenções (programas, serviços e sistemas) de saúde, publicados nos idiomas, português, inglês ou espanhol. O período de estudo foi selecionado com o

intuito de identificar a produção científica mais recente sobre tema.

Modelos de avaliação de desempenho são esquemas teórico-conceituais que especificam os elementos utilizados para medir, monitorar e promover processo sistemático de melhoria do desempenho das intervenções de saúde (KLASSEN ET AL., 2009; CHAMPAGNE ET AL., 2011).

A pesquisa guiada sobre publicações foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2013 nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) a partir dos termos relacionados à avaliação em saúde ou desempenho que fazem parte da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponível no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

Para a pesquisa da produção científica, selecionaram-se os países latino-americanos constantes da classificação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), órgão da Organização das Nações Unidas, que distingue os países americanos de língua latina em latino-americanos e caribenhos. Dessa forma, foi pesquisada a produção científica dos seguintes países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

Utilizou-se a seguinte expressão de busca: 'avaliacao de desempenho' or 'avaliacao de impacto' or 'avaliacao de processos (cuidados de saúde)' or 'avaliacao de processos e resultados (cuidados de saude)' or 'avaliacao de programas' or 'avaliacao de programas e projetos de saude' or 'avaliacao de resultados (cuidados de saude)' or 'avaliacao do impacto na saude' or 'mecanismos de avaliacao em cuidados de saude' or 'benchmarking' or 'benchmarking em assistencia a saude' or 'avaliacao de servicos de saude' [descriptor de assunto] and '2008' or '2009' or '2010' or '2011' or '2012' or '2013' [ano de publicação] and 'argentina' or 'bolivia' or 'brasil' or

'chile' or 'colombia' or 'equador' or 'mexico' or 'paraguai' or 'peru' or 'uruguai' or 'venezuela' [país de afiliação].

Além dos artigos científicos, a *grey literature* foi pesquisada com o objetivo de incluir o maior número de modelos de avaliação de desempenho, principalmente a literatura científica ainda não publicada. Dessa forma, pesquisou-se o banco de teses da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), agência de fomento à pesquisa ligada ao Ministério da Educação do Brasil que congrega todos os programas de pós-graduação deste País. A chave de busca utilizada foi: 'desempenho' or 'avaliacao

de desempenho' and 'saude' [descriptor de assunto] and '2008' or '2009' or '2010' or '2011' or '2012' or '2013' [ano de publicação].

A leitura do título e autor(es) permitiu a exclusão de duplicidades. A seleção dos textos foi realizada em três etapas. A primeira consistiu na leitura dos resumos de cada trabalho, realizada por dois examinadores independentes, com base em critérios de inclusão e exclusão (*quadro 1*). Aplicou-se o índice de *Kappa* para análise de concordância entre os examinadores. Nos casos de discordância, realizaram-se reuniões de consenso com a presença de um terceiro examinador.

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão dos textos na revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Explicitar o modelo teórico para avaliar o desempenho de sistemas, serviços ou programas de saúde	Não explicitar o modelo utilizado para avaliar o desempenho de organizações de saúde Tratar do desempenho profissional, cuidados individuais ou do desempenho de tecnologias médicas e biomédicas Apenas apresentar o modelo teórico-lógico da intervenção (programa, serviço ou sistema de saúde)
Ter sido realizado no período de 1 de janeiro de 2008 até 31 de outubro de 2013	Ter sido realizado antes de janeiro de 2008
Estar publicado em português, inglês ou espanhol	Estar publicado em outras línguas que não o português, inglês ou espanhol
Ter como objeto de estudo a América Latina ou seus países componentes (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela), de forma isolada ou em conjunto com países de outras regiões (Europa, África, Ásia, Oceania e os da América do Norte, Central ou do Sul que não sejam classificados como latino americanos)	Ter como objeto de estudo unicamente países europeus, africanos, asiáticos, da Oceania, caribenhos e americanos (exceto os latino-americanos: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela)

Fonte: Elaboração própria.

Concluída essa fase, os textos com os resumos que preencheram os critérios de inclusão (*quadro 1*) foram selecionados para a segunda etapa, na qual se procedeu à leitura completa dos textos por dois examinadores independentes, incorporando nessa etapa mais um critério de inclusão: a identificação explícita no texto do modelo de avaliação do desempenho utilizado no estudo.

Ao término da leitura completa calculou-se o índice *Kappa*, após o que os textos incluídos passaram para a terceira e última etapa de seleção. Essa etapa consistiu na análise da qualidade dos textos selecionados. Para tanto, aplicaram-se os critérios de avaliação da utilidade e qualidade de estudos avaliativos propostos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*



(*JCSEE*), traduzidos e adaptados à realidade brasileira por Santos e Natal (2006).

Os critérios propostos pela *JCSEE* estão divididos em quatro parâmetros: a utilidade (sete critérios) verifica se a avaliação atende às necessidades de informação dos usuários; a factibilidade ou viabilidade (três critérios) analisa se o estudo é realista e moderado nos custos, de modo a justificar a sua realização; a propriedade (oito critérios) verifica se o processo avaliativo é conduzido eticamente, com respeito ao bem-estar dos envolvidos; e a acurácia ou precisão (doze critérios) analisa aspectos relativos à validade do julgamento de valor ou mérito realizado (SANTOS; NATAL, 2006).

Cada um desses critérios recebeu uma pontuação que variou de 0 a 10. Para julgar a qualidade calculou-se a média dos critérios por parâmetro classificados conforme os escores obtidos, segundo a seguinte classificação: excelente de 9,0 – 10,0; bom de 7,0 – 8,9; regular de 5,0 a 6,9; fraco de 3,0 – 4,9 e crítico < 3,0. Adotou-se como critério de exclusão escore crítico em qualquer um dos critérios avaliados (SANTOS; NATAL, 2006).

Os textos incluídos tiveram seu conteúdo analisado e sistematizado por meio de uma matriz de extração de dados. Nela, foram descritos: título; ano de publicação; idioma; país de afiliação; objetivo do estudo; modelo teórico utilizado para avaliar o desempenho; abordagem conceitual; tipo de inovação, tipo de modelo, dimensões avaliadas, nível de complexidade e fonte.

Na abordagem conceitual, classificou-se os modelos segundo os objetivos e características em três categorias denominadas de determinação social, centrado nos objetivos e sistêmico. Os modelos com a abordagem da determinação social são aqueles que possuem uma compreensão hierarquizada e integrada dos vários fatores que influenciam a saúde como um todo. Os que possuem uma abordagem centrada nos objetivos, consideram que uma intervenção apresenta um bom desempenho quando consegue atingir seus objetivos e metas. Os modelos ancorados na

abordagem sistêmica analisam a intervenção como um conjunto de elementos interconectados, de modo a formar um todo indivisível, podendo ser compreendido enquanto um sistema racional, no qual o desempenho é avaliado por normas não apenas de resultados, mas também, de processo e/ou estrutura, ou como um sistema de ação social, em constante transformação (REIS, 2012).

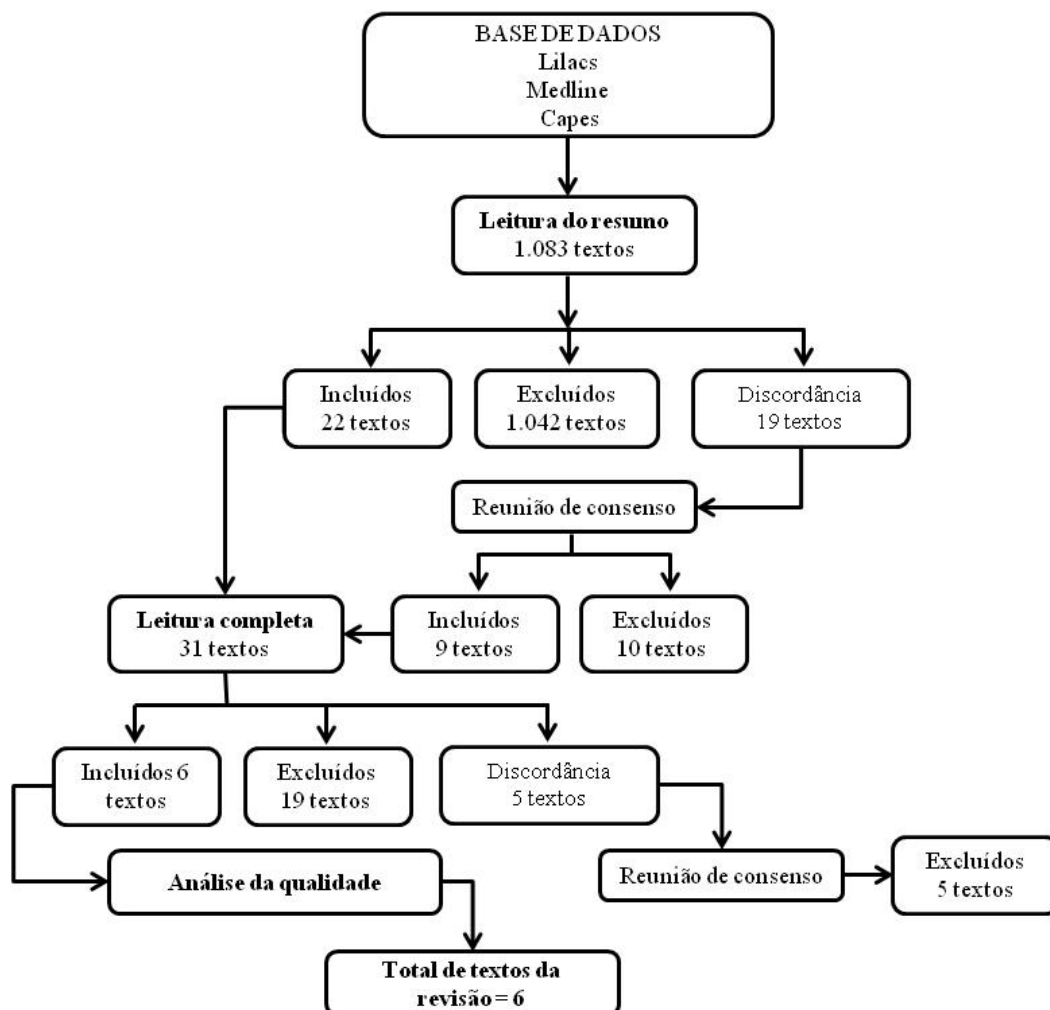
Em relação ao tipo de inovação, classificou-se os modelos quanto ao seu ineditismo, podendo ser um novo modelo ou aplicação de pré-existentes. O tipo de modelo considerou o quantitativo de dimensões envolvidas na avaliação de desempenho classificando-os em unidimensional, quando privilegia-se uma única dimensão do desempenho, ou multidimensional, quando há a junção conceitual de dois ou mais modelos unidimensionais (CHAMPAGNE, 2011; TCHOUAKET ET AL., 2012). O nível de complexidade da intervenção a ser avaliada considerou os recursos necessários para seu desenvolvimento classificando-os em programa, serviço ou sistema de saúde. A fonte de informação para a coleta de dados denominou-se de artigo científico ou *grey literature*.

## Resultados

A busca nas bases de dados levou à identificação de um total de 1.262 textos científicos (674 no Lilacs, 525 no *Medline* e 64 no portal de teses da Capes). Desses, 179 foram excluídos por duplicidade, restando 1.083.

Na leitura dos resumos, 1.042 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e 19 apresentaram discordância entre os examinadores. Para estes últimos, procedeu-se à leitura e análise por um terceiro examinador e uma reunião de consenso foi realizada, na qual foram incluídos nove e excluídos dez textos (*figura 1*). A concordância entre os examinadores foi substancial ( $Kappa = 0,69$ ;  $p > 0,05$ ). Assim, 31 textos foram selecionados para a etapa seguinte.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de textos da revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina



Na segunda fase da seleção, os 31 textos foram lidos na íntegra. Desses, seis foram selecionados, 20 não atenderam aos critérios e foram excluídos do estudo e cinco apresentaram discordância entre os examinadores. A análise da concordância entre examinadores foi substancial ( $Kappa = 0.60$ ;  $p > 0,05$ ). Após a reunião de consenso, todos os textos discordantes foram excluídos (figura 1).

Portanto, ao término da segunda etapa, foram selecionados seis textos que tinham por objetivo avaliar o desempenho de programas, serviços ou sistemas de saúde e que

explicitavam o modelo teórico para esta avaliação.

No que concerne à análise da qualidade, os textos apresentaram critérios de qualidade entre excelente e regular, não havendo exclusão de nenhum texto nessa etapa do estudo. De maneira geral, os artigos de Yavich, Báscolo e Haggerty (2010) Brizola, Cordoni Júnior, (2011), Moraes e Andrade (2011) apresentaram uma melhor qualidade do que as teses de Battesini (2008) Duarte (2009), Ponce (2012). Dentre os parâmetros analisados, a utilidade apresentou o escore mais baixo e a propriedade o mais alto (tabela 1).

Tabela 1. Avaliação da qualidade dos textos da revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina

<b>Crítérios</b>	<b>Batesini, 2008</b>	<b>Duarte, 2009</b>	<b>Yavich et al., 2010</b>	<b>Moraes &amp; Andrade, 2011</b>	<b>Brizola et al., 2011</b>	<b>Ponce, 2012</b>
Utilidade (U)	<b>8,6</b> ****	<b>7,0</b> ***	<b>7,9</b> ***	<b>7,3</b> ***	<b>8,7</b> ****	<b>6,4</b> ***
U1 - Identificação dos interessados	10	3	5	3	5	5
U2 - Credibilidade do avaliador	10	10	10	10	10	10
U3 - Escopo e seleção de informações	10	9	10	10	10	10
U4 - Identificação de valores	10	3	3	3	10	3
U5 - Clareza dos relatórios	10	10	9	7	8	3
U6 - Entrega a tempo e disseminação de relatórios	3	7	10	10	10	7
U7 - Impacto da avaliação	7	7	8	8	8	7
<b>Factibilidade (F)</b>	<b>9,7</b> *****	<b>7,7</b> ***	<b>9,3</b> *****	<b>8,3</b> ****	<b>7,7</b> ***	<b>8,0</b> ****
F1- Procedimentos práticos	10	10	10	10	5	8
F2 - Viabilidade política	9	5	8	5	10	8
F3 - Custo-efetividade	10	8	10	10	8	8
<b>Propriedade (P)</b>	<b>8,2</b> ****	<b>9,0</b> *****	<b>10,0</b> *****	<b>9,0</b> *****	<b>9,6</b> *****	<b>9,0</b> *****
P1 - Orientação para o serviço	10	9	10	10	10	10
P2 - Acordos formais	10	10	10	10	10	10
P3 - Direitos dos indivíduos	10	9	10	5	10	8
P4 - Relações humanas	3	10	10	10	10	7
P5 - Avaliação completa e justa	8	7	10	10	8	10
P6 - Disseminação de resultados	10	9	10	10	10	10
P7 - Conflito de interesses	10	10	10	10	10	10
P8 - Responsabilidade fiscal	10	9	10	5	10	8
<b>Acurácia (A)</b>	<b>8,3</b> ****	<b>8,6</b> ****	<b>8,0</b> ****	<b>8,8</b> ****	<b>8,5</b> ****	<b>8,5</b> ****
A1 - Documentação do programa	10	10	8	7	6	6
A2 - Análise do contexto	8	8	8	8	8	8
A3- Descrição dos propósitos e procedimentos	10	10	5	10	10	10
A4 - Fontes confiáveis de informação	8	9	8	10	8	8
A5 - Informações válidas	8	8	8	8	8	8
A6 - Informações confiáveis	6	8	8	8	8	6
A7 - Informação sistemática	10	10	8	10	10	10
A8 - Análise quantitativa	9	10			9	10
A9 - Análise qualitativa			7			
A10 - Conclusões justificáveis	5	5	5	9	9	9
A11 - Imparcialidade dos relatórios	9	9	5	9	9	10
A12 - Meta-avaliação	10	10	8	7	6	6
<b>Média</b>	<b>8,7</b> ****	<b>8,1</b> ****	<b>8,8</b> ****	<b>8,3</b> ****	<b>8,6</b> ****	<b>8,0</b> ****

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Excelente: \*\*\*\*\* Bom: \*\*\*\* Regular: \*\*\* Fraco: \*\* Crítico: \*.

A maioria dos estudos incluídos na revisão foi desenvolvida no Brasil (n=5), publicada em 2011 (n=2), da qual a metade era composta

de artigos indexados (n=3) e os demais (n=3) procederam da *grey literature* e eram provenientes de teses de doutoramento (*quadro 2*).

Quadro 2. Textos selecionados na revisão sistemática sobre modelos de avaliação do desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina

AUTOR	TÍTULO	ANO	PAÍS	TIPO
Battesini	Modelo multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal	2008	Brasil	Grey literature (Tese)
Duarte	Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: o caso do indicador de dor aguda no pós-operatório	2009	Brasil	Grey literature (Tese)
Yavich <i>et al.</i>	Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica	2010	Argentina	Artigo
Brizola <i>et al.</i>	Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde	2011	Brasil	Artigo
Moraes; Andrade	Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar	2011	Brasil	Artigo
Ponce	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto	2012	Brasil	Grey literature (Tese)

Fonte: Elaboração própria.

No que tange à abordagem conceitual, os estudos trabalharam com a abordagem centrada nos objetivos (n=1) e sistêmica (n=5). Já nos estudos que trabalharam com a abordagem sistêmica, dois grupos distintos foram identificados. O primeiro (BRIZOLA; CORDONI JÚNIOR, 2011; MORAES; ANDRADE, 2011; PONCE, 2012) trabalhou com a concepção do sistema racional, no qual o desempenho é avaliado por normas e não apenas por resultados, mas também, por processo e/ou estrutura. E o segundo, (BATESINI, 2008; DUARTE, 2009) com a concepção de sistemas da ação social, na qual as intervenções são consideradas sistemas da ação social em constante transformação (*quadro 3*).

Quanto ao tipo de modelo os estudos se ancoraram em modelos unidimensionais

(n=4) e multidimensionais (n=2). As dimensões mais frequentemente avaliadas nos estudos unidimensionais foram estrutura, processo e resultado, dois estudos cada. Nos estudos com modelos multidimensionais, não houve predominância de nenhuma das dimensões avaliadas (*quadro 3*).

Quanto ao nível de complexidade, os estudos abarcaram intervenções com diversos graus de complexidade, desde serviços, como hospitais (n=2) e serviços públicos de saúde (atenção primária, pronto atendimento e serviço especializado) (n=1), passando por programas, como vigilância sanitária (n=1) e reabilitação da deglutição (n=1), até sistemas de saúde (n=1) (*quadro 3*).

## Discussão

Apesar de o desempenho ser uma questão de grande importância para a gestão dos sistemas de serviços de saúde (VIACAVA ET AL., 2004; CHAMPAGNE ET AL., 2011; HATRY, 2013; MARCHAL ET AL., 2014), das tentativas da OMS (WHO, 200) e Opas (OPAS, 2001) em estimular o desenvolvimento de sistemas de gerenciamento do desempenho e da adoção do modelo de gestão por resultados em diversos países da América Latina, entre eles o Brasil, a Argentina e o México (DI GIÁCOMO, 2005; BASSIT; BLUM; MARTINS, 2009), poucos estudos explicitaram o modelo teórico para avaliar o desempenho de intervenções de saúde nesses países.

Diante dessa constatação, não se pode afirmar que pesquisas sobre a avaliação de desempenho não vêm sendo realizadas na região, configurando-se como um dos principais limites do estudo. Contudo, considerando a natureza complexa, paradoxal e contingente do desempenho de intervenções de saúde (SICOTTE ET AL., 1998; VIACAVA ET AL., 2004), bem como a profusão de modelos avaliativos disponíveis na literatura (VIACAVA ET AL., 2004; CHAMPAGNE ET AL., 2011), ressaltam-se a importância da delimitação teórica sobre o desempenho e a necessidade de explicitação das opções metodológicas adotadas para sua avaliação.

Esse aspecto é de grande importância diante das inúmeras definições e falta de consenso sobre o desempenho. Muitas vezes, o termo é utilizado como sinônimo de qualidade, efetividade ou eficiência, que não conseguem, sozinhos, representar todo o espectro de questões abarcadas pelo desempenho (SICOTTE ET AL., 1998; NAYLOR; IRON; HANDA, 2002; CHAMPAGNE ET AL., 2011), sendo insuficientes para promover o desenvolvimento de intervenções em saúde.

Segundo Champagne *et al.* (2011), o desempenho é um conceito genérico que envolve diversos aspectos relevantes do desenvolvimento organizacional, tais como a qualidade, a produtividade, a eficiência, sem,

contudo, se restringir a estes. Tais elementos são trabalhados como componentes ou sub dimensões do desempenho, conforme observado nos modelos propostos pelo governo canadense (ARAH; WESTERT, 2005), pelo EGIPSS (SICOTTE ET AL., 1998; CHAMPAGNE ET AL., 2011) e pelo Proadess (VIACAVA ET AL., 2004).

Ademais, os modelos são representações da realidade e têm sido bastante utilizados na avaliação como forma de delimitação e descrição do objeto a ser avaliado e de obtenção de consensos e comunicação entre os envolvidos (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; LAHREY; NIELSEN, 2013; REIS, 2012), além de ajudarem no esclarecimento das opções teóricas e na comparação entre estudos, apresentando-se como etapa fundamental na condução de avaliações orientadas pela teoria.

Outra questão de grande relevância, que pode se configurar como outro limite do estudo, é a ausência de termo específico que trate do desempenho de intervenções (programas, serviços e sistemas) de saúde nos DeCS, vocabulário estruturado utilizado para indexação e recuperação de textos científicos no Lilacs e Medline. Para superar tal dificuldade, utilizou-se uma ampla chave de busca envolvendo termos relacionados à avaliação em saúde e ao desempenho, e pesquisada a *grey literature*, como estratégia para aumentar a sensibilidade da pesquisa e captar o maior número de textos científicos (GALVÃO SAWADA; TREVIZAN, 2001), perdendo-se, contudo, a especificidade no processo de busca.

A inclusão do banco de teses da Capes como fonte de pesquisa (*grey literature*) revelou-se uma estratégia importante de captação de textos científicos (três dos seis selecionados foram provenientes dessa base de dados) por conseguir agregar em uma plataforma on-line informações bibliográficas das teses e dissertações defendidas nos programas de pós-graduação do Brasil. Sugere-se maior aproveitamento e exploração de tal fonte de dados para estudos e pesquisas, principalmente quando se procura

por informações atuais, dado o tempo necessário para a publicação de artigos científicos. Contudo, a ausência de bases de dados semelhantes nos demais países latino-americanos inviabilizou a busca desse tipo de literatura, constituindo-se uma das limitações deste estudo.

Todos os textos que preencheram os critérios de inclusão e exclusão explicitados no protocolo da pesquisa apresentaram uma boa qualidade segundo os critérios da *JCSEE* (SANTOS; NATAL, 2006). A qualidade das avaliações é uma preocupação crescente entre os estudiosos da avaliação de desempenho que vêm se dedicando à elaboração de critérios e ao desenvolvimento de meta-avaliações (ELLIOT, 2011; HARTZ, 2006). Essas meta-avaliações consistem na avaliação da qualidade das avaliações à luz de critérios bem definidos e vêm responder a uma necessidade fundamental das revisões sistemáticas, uma vez que seus resultados são dependentes da qualidade dos textos selecionados (GALVÃO SAWADA; TREVIZAN, 2001; HARTZ, 2006; ELLIOT, 2011).

Um aspecto que chama a atenção é a abrangência das intervenções em saúde (serviços, programas, sistemas) identificadas neste estudo, demonstrando a potencialidade da instituição de mecanismos para avaliar o desempenho em intervenções com diferentes graus de complexidade. Contudo, ressalta-se que a escolha das dimensões e indicadores mais apropriados, atores participantes, nível de agregação e análise dos dados modificam-se a depender do público alvo e das necessidades que a avaliação venha a suprir (COSTA ET AL., 2013; REIS, 2012; LAHREY; NIELSEN, 2013), e a escolha deve ser feita em consonância com o modelo e nível de análise desejado.

Em que pese os limites dos modelos unidimensionais para avaliar organizações de saúde (SICOTTE ET AL., 1998; CHAMPAGNE ET AL., 2011; MARCHAL., ET AL. 2014), este foi o tipo de modelo predominante encontrado neste estudo. Dentre os modelos unidimensionais, a abordagem conceitual baseada na tríade, estrutura, processo e resultados proposta

por Donabedian (2003) foi a mais frequentemente utilizada.

Revisão sistemática realizada por Klassen et al. (2009) estudou os modelos para medição e melhoria do desempenho de sistemas de saúde, educação e serviços sociais contidos nos artigos publicados em inglês nas bases de dados *Medline*, *CINAHL*, *Embase*, *Eric* e *PsycINFO* no período de 1986 a 2007. Esse estudo identificou o *Balanced Score Card (BSC)* como modelo multidimensional mais frequentemente utilizado, seguido pelo modelo unidimensional Donabediano. Apesar de o estudo não tratar especificamente da realidade latino-americana, identifica a preponderância do uso de modelos multidimensionais na literatura pesquisada (KLASSEN ET AL., 2009). Tais modelos têm se mostrado mais adequados para avaliar intervenções de saúde em um mundo globalizado, onde os governos necessitam lidar com realidades complexas e voláteis (BASSIT; BLUMM; MARTINS, 2009; MARCHAL ET AL., 2014) e com a dispersão do poder entre mercados e instituições internacionais (UUSIKYLÄ, 2013).

Os estudos desta revisão que utilizaram modelos multidimensionais (BATTESINI, 2008; DUARTE, 2009) adotaram a concepção de sistemas da ação social, modelos inspirados na Teoria Geral da Ação elaborada por Parsons (1977). Nessa perspectiva, o conceito de sistema se refere às estruturas sociais relativamente estáveis, dentro de um limite definido de variações compostas pelas relações entre o sistema e o meio exterior, os objetivos, a integração e a latência que corresponde à espécie de depósito de motivação acumulada e difusora de energia que assegura a fidelidade dos atores às normas e valores que o sistema inspira (PARSONS, 1977).

Esses modelos avaliam o desempenho sob a perspectiva integradora e do equilíbrio entre as funções básicas do sistema que se encontra em constante transformação (CHAMPAGNE ET AL., 2011). Além disso, a teoria da ação social propicia um meio adequado para a convergência de diversas perspectivas de análise organizacional com os vários

conceitos e dimensões do desempenho (SICOTTE ET AL., 1998; GUISET ET AL., 2002).

Os modelos multidimensionais são definidos na literatura como os mais adequados para avaliar intervenções na área da saúde devido à sua maior capacidade avaliativa e pela incorporação de relações de complementaridade entre as diferentes dimensões avaliadas (MARCHAL ET AL., 2014; REIS, 2012), dialogando com os conceitos de complexidade proposto por Morin (2012). Dessa forma, tais modelos estão mais aptos a lidar com as incertezas, ambiguidades e pluralidades dos ambientes externo e interno das organizações, nos quais deixa de existir um único padrão ordenador, mas uma necessidade crescente de combinação de alguma forma integradora de distintos padrões para o alcance dos resultados (BASSIT; BLUMM; MARTINS, 2009; CHAMPGNE ET AL., 2011; MARCHAL ET AL., 2014).

## Considerações finais

O debate em torno da necessidade e da pertinência da avaliação de desempenho de sistemas, serviços e programas de saúde é uma questão que encontra certo consenso na literatura. Contudo, o aprofundamento da discussão em torno das abordagens teórico-conceituais e dos modelos mais adequados para avaliar o desempenho de intervenções de saúde ainda é necessário.

A literatura internacional, principalmente norte americana e européia, apresenta

uma profusão de modelos teóricos para avaliar o desempenho de intervenções de saúde. Na América Latina, algumas iniciativas foram realizadas no intuito de elaborar modelos condizentes com a realidade e a necessidade dos sistemas e serviços de saúde de alguns de seus países.

Apesar de tais iniciativas, nesta revisão, apenas um pequeno número de estudos explicitou o modelo de avaliação de desempenho. Esse fato traz a necessidade de maior aprofundamento no que tange ao tipo de pesquisa aqui empregado, reforçando uma maior clareza das opções teórico-conceituais adotadas. Além disso, os achados da revisão demonstram o predomínio do uso de modelos unidimensionais, que, a despeito de sua aplicabilidade e importância, são restritos e não conseguem captar facetas importantes para a melhoria do desempenho de organizações de saúde.

Diante das restrições financeiras por que passam os países do estudo, a avaliação de desempenho deve ser concebida de forma a prover a gestão com informações estratégicas, oportunas e com níveis distintos de agregação. Para tanto, torna-se necessária a explicitação do significado de desempenho, suas dimensões e componentes, bem como o arcabouço metodológico utilizado para o julgamento de valor. Assim, os modelos de avaliação de desempenho ganhariam papel de destaque por permitirem maior delimitação teórica, transparência e facilidade na condução da avaliação. ■

---

## Referências

ARAH, O. A.; WESTERT, G. P. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 5, n. 76, p. 1-13, 2005.

BASSIT, M.; BLUMM, M.; MARTINS, H. F. Governança para resultados no Ministério da Saúde. In:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Mais Gestão é Mais Saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde*. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009, p. 27-43.

BATTESINI, M. *Método multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação*

- em nível municipal. 2008. 210 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2011, p. 65-78.
- BRIZOLA, J. B.; GIL, C. R. R.; CORDONI JÚNIOR, R. Análise do desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. *Rev Adm Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 7-22, 2011.
- CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. *et al.* (Org.). *Avaliação em saúde conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 19-40.
- CONTRANDIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.
- COSTA, J. M. B. S. *et al.* Monitoramento do desempenho da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013.
- DI GIÁCOMO, W. A. O New Public Management no Canadá e a gestão pública contemporânea. *Interfaces Brasil Canadá*, Canoas, v. 5, p. 155-170, 2005.
- DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance. In: BASHUR, R. (Org.). *Health care selecting approaches to assessing performance*. United Kingdom: Oxford University Press, 2003, p. 46-57.
- DUARTE, E. M. R. *Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: o caso do indicador de dor aguda no pós-operatório*. 2009. 201 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ELLIOT, L. G. Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. *Ensaio: aval pol públ Educ.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 73, p. 941-964, 2011.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-456, 2001.
- GUISSET, A. L.; SICOTTE, C.; LECLERCQ, P. *et al.* Définition de La Performance Hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des Hôpitaux. *Sciences Sociales et Santé*, Montrouge, v. 20, n. 2, p. 65-104, 2002.
- HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciênc saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.
- HATRY, H. P. Sorting the Relationships Among Performance Measurement, Program Evaluation, and Performance Management. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 19-32, 2013.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Reformas de Salud y equidad en América Latina. *Ciênc saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2696, 2011.
- HUNTER, D. E. K.; NIELSEN, S. B. Performance management and evaluation: exploring complementarities. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7-18, 2013.
- KLASSEN, A. *et al.* Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a Systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, v. 22, n. 1, p. 4-69, 2009.
- LARHEY, R.; NIELSEN, S. B. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation and results based management: observations from Canadá. *New Directions for Evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 45-56, 2013.



- MARCHAL, B. *et al.* Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health*, Londres, v. 14, p. 378-391, 2014.
- MORAES, D. P.; ANDRADE, C. R. F. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *J Soc Bras Fonoaudiol.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-94, 2011.
- MORIN, E. *Meu Caminho: entrevistas com Djenane Kareh Tager*. São Paulo: Bertrand Brasil, 2012.
- NAYLOR, C. D.; IRON, K.; HANDA, K. Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE). *Measuring up: improving health system performance in OCDE countries*. Paris: OCDE, 2002, p. 13-34.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Health systems performance assesment and improvmnt in the region of Americas*. Washginton, DC: OPAS, 2001.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Salud en las Américas: panorama regional y perfíles de país*. Washington, DC: OPAS, 2012.
- PARSONS, T. *Social Systems and the evolution of action theory*. New York: Free Press, 1977, 420 p.
- PONCE, M. A. Z. *Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto*. 2012. 97 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- REIS, A. C. G. V. *A noção de equilíbrio como Proxy da avaliação de desempenho de sistemas de saúde*. 2012. 103 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- SANTOS, E. M.; NATAL, S. *Um guia para conhecer modelos teóricos de avaliação*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Série Ensinando Avaliação).
- SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A conceptual framework for health care organizations Performance. *Health Serv. Manage. Res.*, London, v. 11, p. 24-38, 1998.
- SOUZA, A. América Latina, conceito e identidade: algumas reflexões da história. *PRACS: revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, Macapá, v. 4, p. 29-39, 2011.
- TCHOUAKET, E. N. *et al.* Health Care System Performance of 27 OCDE Countries. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, Kerman, v. 14, n. 2, p. 104 -129, 2012.
- UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). *Evaluation Policy*. United States: United States Agency for International Development, 2011, 14 p.
- UUSIKYLÄ, P. Transforming silo-steering into a performance governance system: The case of the Finnish central government. *Performance management and evaluation. New directions for evaluation*, Honolulu, v. 137, p. 7-17, 2013.
- VIACAVAL, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.
- YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P.; HAGGERTY, G. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 52, n. 1, p. 39-45, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The world health report 2000: health system: Improving performance*. Genebra: WHO, 2000.

---

Recebido para publicação em fevereiro de 2015  
 Versão final em outubro de 2015  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica

*The patient with severe mental disorders in general hospital: a literature review*

Marina Fernandes do Prado<sup>1</sup>, Marilene de Castilho Sá<sup>2</sup>, Lilian Miranda<sup>3</sup>

---

**RESUMO** A atenção integral em saúde mental é um desafio para os serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito ao acompanhamento não psiquiátrico. O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão bibliográfica acerca do atendimento ofertado ao paciente com transtorno mental grave, internado no hospital geral devido a complicações clínico-cirúrgicas. Como resultado, verifica-se que as publicações, ainda que escassas, indicam que o louco é considerado perigoso, violento e imprevisível. Assim, conclui-se que não basta criar no hospital geral leitos de atenção integral a pacientes com transtorno mental sem que se promova espaços de elaboração das representações negativas associadas à loucura.

**PALAVRAS-CHAVE** Hospital geral; Saúde mental; Assistência integral à saúde; Comorbidade.

**ABSTRACT** *Comprehensive health care practices in mental health represent a challenge for health services, mainly regarding non-psychiatric care. The aim of this paper is to present a bibliographic review of the care delivered to patients with severe mental disorders who were admitted to general hospitals due to clinical and surgical complications. We conclude that the scientific literature on this theme point out that the madman is considered dangerous, violent and unpredictable. The article highlights that it is not enough to create general hospital beds for comprehensive care practices to patients with mental disorder, without promoting spaces to elaborate negative representations associated with madness.*

**KEYWORDS** *General hospital; Mental health; Comprehensive health care; Comorbidity.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
marinaf.prado@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
marilene@ensp.fiocruz.br

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
lilian.miranda@ensp.fiocruz.br

## Introdução

Desde a década de 1970, vivencia-se um amplo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este fora protagonizado, inicialmente, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que disparou uma série de denúncias contra a violência permanente nos manicômios, a mercantilização da loucura, o monopólio de uma rede privada de assistência, além de questionar o saber psiquiátrico, sustentado no modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Atualmente, 40 anos mais tarde, são vistos os frutos da luta antimanicomial brasileira, que ainda operacionaliza a transformação das práticas de saúde voltadas aos sujeitos diagnosticados com transtorno mental. Com a aprovação da Lei 10.216, de 2001, e a construção do aparato normativo que a acompanhou, verificou-se um acelerado processo de desospitalização de pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos, bem como a expansão das unidades de saúde não hospitalares, entre as quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), serviços territorializados, cujas funções centrais são acompanhar integralmente pacientes psicóticos e neuróticos graves e ordenar a rede de saúde mental da região onde se inserem (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A partir de 2006, a maior parte do montante de gastos com saúde mental passou a destinar-se a serviços não hospitalares, a estratégias de reinserção social, como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa, oficinas de trabalho e centros de convivência (BRASIL, 2007).

Com isso, o Ministério da Saúde preciniza a utilização dos leitos de hospitalidade noturna, isto é, dispositivos de acolhimento noturno integrados à rede de atenção à saúde mental, tais como: leitos de Hospitais Gerais, de Caps III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (BRASIL, 2007). Esses leitos

devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente, sendo um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade.

Contudo, a despeito desses esforços, aspectos centrais para a gestão da atenção em saúde mental nos hospitais gerais ainda são negligenciados pelas pesquisas em saúde mental, de tal modo que Dias, Gonçalves e Delgado (2010) afirmam que os estudos acerca das Unidades de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral (UIPHG), ainda que muito cuidadosos, não discutem a questão da articulação e do papel desses serviços com a rede de atenção em saúde mental.

Ao lado disso, observa-se que poucas publicações científicas abordam o cuidado prestado ao paciente com transtorno mental grave internado em hospital geral em decorrência de uma complicação clínica e/ou cirúrgica. Essa temática ainda é pouco discutida no Brasil, seja no âmbito das políticas públicas, seja na própria academia.

Essa escassez de discussão contrasta com diversos estudos que afirmam que pacientes com transtorno mental apresentam maior risco de desenvolver algumas comorbidades somáticas – como a diabete e doenças do coração, doenças pulmonares, doenças da tireoide e doenças infecciosas, como tuberculose e hepatite B e C em decorrência do uso prolongado de certas medicações, como antipsicóticos –, e hábitos de vida não saudáveis, como uso de tabaco e outras drogas, falta de atividade física e alimentação adequada (ZOLNIEREK; CLINGERMAN, 2012; DE HERT ET AL., 2010; OUD ET AL., 2010; OUD ET AL., 2009; ZOLNIEREK, 2009; CARNEY; JONES; WOOLSON, 2006; DOMBROVSKI; ROSENSTOCK, 2004; LYKETSOS ET AL., 2002).

Ademais, o paciente com comorbidade psiquiátrica é menos propenso a receber cuidados primários de saúde por vários motivos: dificuldade de acesso, falta de credibilidade por parte dos profissionais

e redução da percepção de dor (CASHIN; ADAMS; HANDON, 2008; DOMBROVSKI; ROSENSTOCK, 2004; ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012). Acredita-se que todos esses fatores podem contribuir para a demora desses sujeitos em procurar o serviço de saúde. Os hospitais gerais também tendem a recusar o paciente com transtorno mental em função de entraves semelhantes (SULLIVAN ET AL., 2006).

Dessa forma, as pessoas diagnosticadas com transtorno mental chegam com mais frequência aos serviços de saúde de emergência (ZOLNIEREK, 2009; BARTELS, 2004) necessitando de intervenções mais invasivas, como cirurgias, em consequência do agravamento de suas doenças por dificuldade de acesso a cuidados básicos de saúde. Bouza, López-Cuadrado e Amate (2009) observaram que a hospitalização de pessoas com esquizofrenia, em decorrência de doenças clínicas, é mais frequente do que entre aquelas sem esquizofrenia.

Com base nesses estudos, entende-se que a chegada do paciente com transtorno mental grave ao hospital geral em decorrência de complicações clínicas não parece incomum, o que reforça a importância da discussão dessa temática e a obrigatoriedade das políticas de saúde em garantir a essa população uma assistência condizente com suas necessidades de saúde.

A literatura mostra que a dificuldade no manejo de pacientes diagnosticados com transtorno mental grave está presente mesmo naqueles serviços ou setores voltados ao atendimento dessa população, em caso de uma crise psíquica (PAULON, 2012; DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011; CAMPOS; TEIXEIRA, 2001), o que se leva a questionar o cuidado produzido pelas equipes de saúde em unidades não psiquiátricas do hospital geral, partindo do pressuposto de que, nesses setores, o contato com o dito louco poderia ser mais inesperado, já que não se destinam exclusivamente a essa população.

Considerando a complexidade dessa questão, este artigo tem como objetivo

apresentar os resultados de uma revisão bibliográfica sobre o atendimento ofertado ao paciente com transtorno mental grave, internado em unidades não psiquiátricas de hospital geral devido a uma intercorrência clínica e/ou cirúrgica.

## Metodologia

As bases de dados utilizadas para a revisão bibliográfica foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Pubmed*, *Scopus* e banco de teses da Capes. Foram termos de busca: saúde mental, comorbidade, comorbidade psiquiátrica, comorbidade clínica, hospital geral, hospitalização clínica, assistência hospitalar, paciente psiquiátrico, cuidado integral, doença mental, hospitalização não psiquiátrica. Foram realizadas várias combinações desses termos, utilizando o filtro 'título, resumo e assunto', 'disponibilidade de textos completos' e 'intervalo temporal para publicações de 2004 a 2014', considerando o período de 10 anos como suficiente para assegurar um conhecimento satisfatório e atualizado a respeito do material disponível.

Buscou-se em tais bases de dados trabalhos: de qualquer parte do mundo, oriundos de pesquisas baseadas em métodos quantitativos ou qualitativos, que abordaram a temática do cuidado ofertado ao paciente com transtorno mental grave, internado no hospital geral devido a complicações clínico-cirúrgicas. A decisão pela seleção das publicações científicas foi tomada pelo primeiro autor do presente artigo.

Os critérios de exclusão das publicações analisadas foram pesquisas que: a) abordaram serviços especializados em psiquiatria ou da atenção básica ou primária em saúde; b) tinham como temática o cuidado produzido a pacientes dependentes químicos ou diagnosticados com transtornos mentais leves e moderados, como depressão; c) analisaram

o percentual de pessoas com transtorno mental internadas no hospital geral.

A *tabela 1* apresenta as combinações dos termos citados acima, bem como os filtros e a quantidade de trabalhos encontrados nas diferentes bases de dados, exceto no banco de teses e dissertações da Capes. Neste último caso, não foi possível usar as mesmas combinações de termos e filtros,

pois estas não possibilitaram o acesso a qualquer trabalho. Assim, para essa base da Capes, foram utilizadas as seguintes combinações: saúde mental e hospital geral; paciente psiquiátrico e hospital geral; saúde mental e comorbidade; doença mental e hospital geral. Vale ressaltar que a base não permite a utilização de filtros. Desse modo, foram capturados um total de

Tabela 1. Trabalhos científicos selecionados por bases de dados segundo combinações de termos de busca

Combinações dos Termos	Base de Dados						Total (*)	
	BVS		SCOPUS		PUBMED		Capt. (n)	Selec. (n)
	Capt. (n)	Selec. (n)	Capt. (n)	Selec. (n)	Capt. (n)	Selec. (n)		
(saúde mental) and (comorbidade) and (assistência hospitalar)	179	7	24	-	20	-	273	7
(paciente psiquiátrico) and (comorbidade) and (hospital geral)	1	-	474	2	-	-	475	2
(saúde mental) and (hospital geral) and (comorbidade clínica)	5	1	387	1	-	-	392	2
(paciente psiquiátrico) and (hospital geral) and (comorbidade clínica)	-	-	385	6	-	-	385	6
(doença mental) and (hospitalização não psiquiátrica)	157	-	12	1	30	2	199	3
(saúde mental) and (hospital geral) and (cuidado integral)	3	-	141	1	-	-	144	1
(comorbidade psiquiátrica) and (hospital geral)	3	-	548	3	13	1	564	4
Total	348	8	1971	23	63	3	2382	25

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Foram utilizados os seguintes filtros: 'título, resumo, assunto', 'texto completo', (2004 - 2014).

(\*) O total de recuperados exclui as repetições e os quatro não encontrados na íntegra.

Capt. = Número de Capturados; Selec. = Número de Selecionados.

20 trabalhos, sendo que apenas 1 foi considerado pertinente e selecionado.

A seleção dos trabalhos se deu em três etapas, respectivamente: por meio do título, por meio do resumo e a partir da leitura do artigo completo. As combinações das palavras-chave foram iguais para a base BVS, Pubmed e Scopus, fazendo a tradução dos

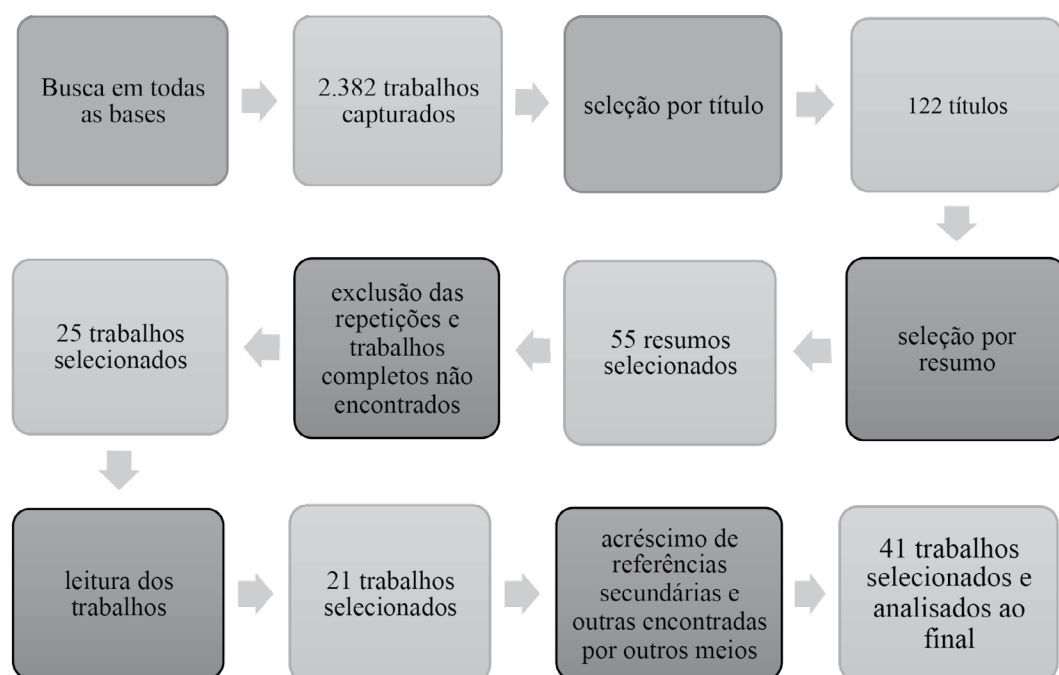
termos para o idioma inglês, no caso das duas últimas bases.

A *figura 1* apresenta o processo de revisão bibliográfica e seleção final dos trabalhos analisados. Os textos foram inicialmente selecionados pelo título, chegando-se a um total 122. Após essa etapa, iniciou-se a leitura dos resumos, sendo escolhidos 55 deles.

Excluindo-se as repetições, considerou-se 29 resumos. Desses, quatro publicações não foram encontradas na íntegra, portanto considerou-se o total de 25 trabalhos para leitura. Por fim, após a leitura crítica desses

artigos na íntegra, selecionou-se 20 artigos e 1 dissertação. Essa diferença numérica se deu em função da repetição dos textos nas diferentes bases (9 artigos se repetiram pelo menos uma vez), como à rejeição de outros

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção das referências bibliográficas.



por não se enquadrarem na delimitação deste objeto de estudo.

A partir dos artigos selecionados, buscou-se também as referências utilizadas pelos autores, aqui denominadas ‘referências secundárias’. Foram incorporados mais 18 artigos através dessas referências, totalizando, ao final desse processo, 39 artigos científicos analisados nesta pesquisa.

Além disso, teve-se acesso a duas dissertações de mestrado por outros meios: uma delas foi por intermédio de um seminário sobre saúde mental que aconteceu na

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo trabalho foi apresentado pelo autor (ASSIS, 2014), e a outra foi de forma mais aleatória, encontrada quando outro assunto estava sendo pesquisado. Dessa forma, considerando-se a introdução das referências secundárias e as produções recuperadas por outros meios, alcançou-se um total de 41 trabalhos científicos analisados.

Os resultados foram agrupados nas seguintes categorias de análise: a) Sujeitos da pesquisa; b) Afetos despertados nos profissionais de saúde em contato com o louco; c)

Quando o estigma compromete a qualidade do cuidado; d) Não apenas no hospital geral: dificuldades de acesso e baixa qualidade da atenção no sistema de saúde; e) Eventos adversos, custos e tempo de internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental; f) A capacitação profissional como uma das possibilidades de intervenção.

## Resultados

Considerando o total de 41 trabalhos analisados, 17 abordam, em alguma dimensão, a problemática da produção do cuidado ao paciente com transtorno mental severo no âmbito assistencial do hospital geral. Os demais trabalhos, embora não abordem diretamente essa problemática, voltam-se para questões igualmente importantes para a

contextualização e discussão do tema, como, por exemplo, as consequências de uma comorbidade psiquiátrica para os resultados de saúde desses pacientes, quando internados em enfermarias – clínicas ou cirúrgicas – no hospital geral, focando no tempo e nos custos dessas internações.

A maioria dos trabalhos foram realizados nos Estados Unidos das Américas (*quadro 1*). Com exceção de quatro dissertações de mestrado e dois artigos (ambos produtos dessas dissertações), não foram encontrados estudos no Brasil sobre a temática discutida. Algumas pesquisas brasileiras estão voltadas para o atendimento ao sujeito com transtorno mental no pronto atendimento do hospital geral em situações de crise psíquica, mas não se referem àqueles que precisaram de outros tratamentos em enfermarias não psiquiátricas (PAULON, 2012;

Quadro 1. Trabalhos recuperados, países de realização dos estudos e referências das categorias de análise

TRABALHOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS A PARTIR DAS BASES DE DADOS							
AUTOR (ANO)	PAÍS	CATEGORIAS DE ANÁLISE					
		A	B	C	D	E	F
ATKIN, K.; HOLMES, J.; MARTINS, C. (2005)	Reino Unido	enfermeiros	S	S	N	N	S
BARTELS, S. J. (2004)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	S	N
BOLTON, J. (2012)	Reino Unido	N	N	N	N	N	S
BOUZA; C.; LÓPEZ-CUADRADO, T.; AMATE, J. (2009)	Espanha	N	N	N	N	N	N
BRADSHAW, L. E. (2013)	Reino Unido	N	N	N	S	N	N
BRESSI, S. K.; MARCUS, S. C.; SOLOMON, P. L. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	S	N
CAI, X.; LI, Y. (2013)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	N
CAMARGO, R. M. P. (2011)	Brasil	enfermeiros	S	S	N	N	S
CARNEY, C. P.; JONES, L.; WOOLSON, R. F. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	N	N
CLARK, C.; PARKER, E.; GOULD, T. (2005)	Austrália	enfermeiros	S	N	N	N	S
CHIKAODIRI, A. N. (2009)	Nigéria	outros	S	N	N	N	S
DE HERT, M. et al. (2010)	Bélgica	N	N	N	N	N	N
DOMBROVSKI, A.; ROSENSTOCK, J. (2004)	Brasil	N	N	N	N	N	N
ELIAS, A. D.; TAVARES, C. M. M.; CORTEZ, E. A. (2012)	Brasil	enfermeiros	N	N	N	N	N
KHAYKIN, E. et al. (2010)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	S	N
KANNOPKA, A. (2011)	Alemanha	N	N	N	N	S	N
LYKOURAS, L.; DOUZENIS, A. (2008)	Grécia	N	N	N	S	N	N
MITCHELL, A. J.; DELAFFON, V.; LORD, O. (2012)	Reino Unido	N	N	S	S	N	N

Quadro 1. (cont.)

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. (2010)	Brasil	enfermeiros	S	N	N	N	N
RATHORE, S. S. et al. (2008)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	N
ZOLNIEREK, C. D. (2009)	Estados Unidos da América	N	S	S	N	N	S
<b>TRABALHOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS A PARTIR DOS ARTIGOS (REFERÊNCIAS SECUNDÁRIAS)</b>							
CASHIN, C. E.; ADAMS, N.; HANDON, B. (2008)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	S	S
DAUMIT, G. L. et al. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	S	N
DOLINAR, L. J. (1993)	Estados Unidos da América	N	N	N	S	N	N
HOCHLEHNERT, A. et al. (2011)	Alemanha	N	N	N	N	S	N
HOOVER, D. R. et al. (2004)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	S	N
DE JONGE, P. D. et al. (2001)	Europa (*)	enfermeiros	N	S	N	N	N
LETHOBA, K. G.; NETSWERA, F. G.; RANKHUMISE, E. (2006)	África do Sul	enfermeiros	N	S	N	N	S
MACDONALD, M. T. (2007)	Estados Unidos da América	N	S	N	N	N	N
MCDONALD, D. D. et al. (2003)	Estados Unidos da América	enfermeiros	N	S	N	N	S
MILENOVIC et al. (2011)	Sérvia	N	N	N	N	S	N
MINAS, H. (2011)	Malásia	outros	N	S	N	N	N
MUNRO, A.; WATSON, H. E.; MCFADYEN, A. (2007)	Escócia/Ama	enfermeiros	N	N	N	N	S
REED, F.; FITZGERALD, L. (2005)	Austrália	enfermeiros	S	N	N	N	S
RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. (2005)	Alemanha	N	N	N	N	N	S
SAYERS, S. L. et al. (2007)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	S	N
SULLIVAN, G. et al. (2006)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	N	N
ZOLNIEREK, C. D. (2011)	Estados Unidos da América	N	N	N	N	N	S
ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. (2012)	Estados Unidos da América	enfermeiros	S	S	S	N	S
<b>TRABALHOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS POR OUTROS MEIOS</b>							
ASSIS (2014)	Brasil	N	N	N	S	N	N
ELIAS, A. D. (2012)	Brasil	enfermeiros	N	N	N	N	S

Fonte: Elaboração própria.

Notas: A: sujeitos da pesquisa

B: Afetos despertados nos profissionais de saúde em contato com o louco

C: Quando o estigma compromete a qualidade do cuidado

D: Não apenas no hospital geral: dificuldades de acesso e baixa qualidade da atenção no sistema de saúde

E: Eventos adversos, custos e tempo de internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental

F: A capacitação profissional com uma das possibilidades de intervenção

S: Sim

N: Não.

(\*) países europeus não descritos.

DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011; CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Hildebrandt e Alencastre (2001), em seu artigo de revisão bibliográfica sobre a inserção da psiquiatria em hospital geral, afirmam existir uma ampla literatura nacional e internacional sobre a internação de pessoas com

doença mental em hospital geral devido a problemas psiquiátricos, o que difere dos achados deste estudo quando o assunto é a internação de pacientes com transtorno mental internados por outros problemas de saúde. Paes, Maftum e Mantovani (2010) foram responsáveis por um dos poucos trabalhos



nacionais encontrados que abordaram a problemática do cuidado produzido aos pacientes com transtorno mental no hospital geral.

O *quadro 1* apresenta, para cada trabalho científico recuperado – identificado por seu autor e ano de publicação –, o país onde o estudo foi realizado e as categorias de análise nas quais seus resultados foram agrupados. Vale ressaltar que um mesmo trabalho pode remeter a mais de uma categoria.

Além disso, cinco trabalhos inseridos no quadro não remetem a nenhuma categoria de análise, já que seus resultados não as abordavam centralmente, no entanto, seus achados foram úteis para introduzir ou contextualizar o tema da pesquisa. Abaixo serão apresentados os resultados de acordo com as categorias de análise definidas.

## Sujeitos das pesquisas

Observou-se que as publicações científicas que trataram do tema – o atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não-psiquiátricas – concentraram-se na percepção do profissional de enfermagem a respeito deste tipo de assistência/paciente (ELIAS, 2012; ELIAS; TAVARES, 2012; ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012; PAES, MAFTUM; MANTOVANI, 2010; MUNRO; WATSON; MCFADYEN, 2007; LETHOBA; NETSWERA; RANKHUMISE, 2006; CLARK, PARKER; GOULD, 2005; ATKIN; HOLMES; MARTIN, 2005; REED; FITZGERALD, 2005; MCDONALD *ET AL.*, 2003; DE JONGE *ET AL.*, 2001). Apenas dois artigos consideraram como sujeitos de pesquisa outros profissionais de saúde – médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas (MINAS *ET AL.*, 2011; CHIKAODIRI, 2009).

Nenhum dos estudos considerou a experiência do cuidado prestado no hospital geral a partir do olhar do paciente com transtorno mental. Entretanto, Shattell *et al.* (2006) desenvolveram uma pesquisa em um serviço psiquiátrico com o objetivo de investigar experiências de pacientes que já se sentiram compreendidos por profissionais de saúde de diversas categorias e especialidades, em algum momento da vida. Segundo os autores, mesmo os sujeitos

que relataram experiências de serem compreendidos, também descreveram vivências dolorosas anteriores, enfatizando sentimentos, como solidão, isolamento e vulnerabilidade.

Ainda que a literatura apresente lacunas quanto à escuta voltada para o paciente com transtorno mental no que diz respeito ao cuidado prestado por equipes não psiquiátricas, Zolnierek e Clingerman (2012) apontam para o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da importância da participação do paciente em seu tratamento.

Seguindo a tendência internacional, os pesquisadores Paes, Maftum e Mantovani (2010) também se dedicaram a estudar o cuidado de enfermagem prestado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em uma unidade de pronto atendimento no hospital geral.

## Afetos despertados nos profissionais de saúde em contato com o louco

Ao considerar o cotidiano dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros nos hospitais gerais, as publicações selecionadas descreveram os afetos despertados nesses sujeitos ao entrar em contato com a loucura.

Paes, Maftum e Mantovani (2010, p. 282) categorizaram seus achados em: “O cuidado é técnico e sem especificidade”; “Segurança e proteção ao paciente”; “Contenção física e química como medida de proteção”. Os autores afirmam que os profissionais de enfermagem, ao prestarem cuidado “[...] ao paciente com sintomas psiquiátricos, tendem a apresentar sentimentos como: medo de agressão e insegurança, que podem dificultar e até impedir o cuidado” (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010, p. 282). Os resultados dessa pesquisa evidenciaram a dificuldade no manejo desses pacientes e de percepção de suas necessidades pela equipe de enfermagem.

De modo geral, tais resultados se repetem em todos os artigos que abordaram a percepção e/ou o atendimento prestado ao paciente com transtorno mental no hospital geral,

seja devido a uma crise psíquica, seja devido a uma intercorrência clínica. As pesquisas evidenciam a dificuldade no manejo com esses pacientes e sugerem que as atitudes dos enfermeiros para com eles são consideradas negativas (ZOLNIEK, 2009).

Zolnierek e Clingeman (2012) definiram quatro categorias para caracterizar as experiências de enfermeiros no atendimento a pacientes com transtorno mental no hospital geral: tensão, desconforto, falta de satisfação profissional e dificuldade.

A categoria 'tensão' foi descrita como a necessidade sentida pelos enfermeiros de estarem constantemente em estado de vigiância para garantir a segurança do paciente, a sua própria e a dos outros. Paes, Mafum e Mantovani (2010) também apresentam a preocupação com a segurança e associam-na ao uso de contenção física e química. Segundo os autores, o uso da contenção física e química é muitas vezes justificado por esse motivo.

O desconforto foi descrito como o sentimento de estar despreparado (falta de formação/conhecimento) para lidar com esses pacientes. Esse último tópico é um argumento bastante frequente entre os profissionais de saúde. A maioria deles afirma não ter habilidade e formação, conhecimento e manejo com as comorbidades psiquiátricas para proporcionarem um cuidado adequado e de qualidade (ATKIN; HOLMES; MARTIN, 2005; CLARK; PARKER; GOULD, 2005; REED; FITZGERALD, 2005).

A falta de satisfação profissional está relacionada ao pensamento de ineficácia de suas ações, ou seja, os enfermeiros não acreditam que suas intervenções tenham algum resultado positivo para o paciente (ZOLNIEK; CLINGEMAN, 2012). Esse sentimento pode colaborar para a resistência dos profissionais de enfermagem em atender as pessoas com transtorno mental, como observado por Camargo (2011).

Por último, tem-se a categoria dificuldade, que está relacionada à ideia de que esses pacientes interrompem a estrutura e o fluxo do trabalho da equipe e requerem mais tempo e esforço desta (ZOLNIEK; CLINGEMAN, 2012). As dificuldades

em produzir o cuidado também são apontadas no trabalho de Camargo (2011) como geradoras de angústia na equipe de enfermagem.

Em outro estudo, realizado por Chikaodiri (2009), a equipe de saúde se posicionou a favor da criação de uma enfermaria psiquiátrica no hospital geral. Apesar disso, a maioria dos entrevistados não gostaria de trabalhar próximo desse setor. Os profissionais expressam medo em cuidar do paciente com transtorno mental (CHIKAODIRI, 2009).

Vale ressaltar que outros elementos interferem na qualidade do cuidado prestado ao paciente com transtorno mental grave. De acordo com Macdonald (2007) e Zolnierek (2009), alguns obstáculos encontrados no ambiente do hospital geral também podem contribuir para a dificuldade e, conseqüentemente, para a recusa dos profissionais em atender pacientes com transtorno mental. A organização do serviço, a estrutura, a restrição de recursos disponíveis nas enfermarias e a falta de tempo são alguns desses fatores apontados pelos enfermeiros. As regras rígidas do hospital, sua rotina rigorosa e o foco da atenção voltada às necessidades físicas desafiam a capacidade do profissional em prestar adequadamente o cuidado a esses pacientes (ZOLNIEK; CLINGEMAN, 2012).

### **Quando o estigma compromete a qualidade do cuidado**

As considerações anteriores estão relacionadas ao estigma que envolve a loucura, de modo que o diagnóstico psiquiátrico já é suficiente para rotular o paciente como sendo difícil dentro das enfermarias cirúrgicas de um hospital geral (ZOLNIEK, 2009). Portanto, não é difícil de presumir que essas representações influenciem negativamente a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

Camargo (2011) também elegeu como tema de discussão de sua pesquisa o preconceito que emergiu das falas dos enfermeiros de um hospital geral. Segundo o autor, o preconceito relacionado às pessoas com diagnóstico de

transtorno mental apareceu na fala dos sujeitos entrevistados, sugerindo distanciamento e podendo ser expressado de diferentes maneiras.

Na mesma direção, Minas *et al.* (2011) apresentaram uma pesquisa realizada com dois grupos de profissionais de saúde de um hospital geral. Um deles recebeu um caso de paciente diabético e outro um caso de paciente com transtorno mental, sendo que, depois, ambos foram orientados a responder a um questionário. Aqueles que responderam ao questionário a partir da vinheta de saúde mental deram medidas significativamente mais baixas para o cuidado e suporte prestado ao paciente e medidas mais altas em relação ao comportamento evitativo e à expressão de estereótipo negativo quando comparado com o grupo que respondeu ao questionário a partir do caso de diabetes.

Os resultados da pesquisa realizada por McDonald *et al.* (2003) estão de acordo com o estudo acima. Sessenta enfermeiros foram divididos em três grupos. Todos estes receberam a descrição do mesmo caso, configurando uma situação de infarto agudo que dera entrada em uma unidade de emergência. Entretanto, algumas diferenças em relação à medicação que esse paciente fazia uso foram apresentadas: um grupo recebeu a vinheta que acrescentava o uso de um ansiolítico, o outro grupo recebeu a vinheta que descrevia várias medicações psicotrópicas e o grupo controle não recebeu essas informações.

O grupo que recebeu o caso que configurava uma descrição de um paciente psicótico foi menos propenso a avaliar o quadro como sendo de um infarto. De acordo com os autores, o reconhecimento de que o estereótipo negativo direcionado a pacientes com comorbidades psiquiátricas pode influenciar suas atitudes é importante para auxiliar os profissionais na produção do cuidado (MCDONALD *ET AL.*, 2003).

Em geral, os enfermeiros do hospital geral consideram os pacientes com transtorno mental como difíceis e problemáticos

(ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012), perturbadores (ATKIN; HOLMES; MARTIN, 2005), mais complexos (DE JONGE *ET AL.*, 2001) e imprevisíveis (LETHOBA; NETSWERA; RANKHUMISE, 2006).

### **Não apenas no hospital geral: dificuldades de acesso e baixa qualidade da atenção no sistema de saúde**

A literatura também aponta que os pacientes com comorbidades psiquiátricas recebem pior atendimento nos serviços de saúde de modo geral, trazendo implicações para a saúde dessa população (BRADSHAW *ET AL.*, 2013; CAI; LI, 2013; RATHORE *ET AL.*, 2008; MITCHELL; DELAFFON; LORD, 2012; LYKOURAS; DOUZENIS, 2008).

Assis (2014), sobre o atendimento de uma paciente esquizofrênica em uma unidade de atenção básica, diagnosticada com hanseníase, afirma que o acesso dela foi facilitado quando uma de suas parentes mencionou o diagnóstico clínico alto e bom som na recepção do serviço. No entanto, o atendimento foi dificultado, no mesmo dia, quando a paciente foi considerada da 'psiquiatria'. Segundo o autor, "[...] ser considerado paciente psiquiátrico era um empecilho para ser recebido nos serviços que formavam a rede de saúde e não exclusivamente de saúde mental" (ASSIS, 2014, P. 191).

É importante considerar que os serviços de psiquiatria também demonstram dificuldade em lidar com pacientes que apresentam comorbidades clínicas além do diagnóstico para transtorno mental (DOLINAR, 1993). Mitchell, Delaffon e Lord (2012) afirmam que pacientes psiquiátricos, principalmente aqueles que fazem uso de medicação antipsicótica, são menos submetidos a exames clínicos e monitoramento de sua saúde física nos serviços de psiquiatria.

### **Eventos adversos, custos e tempo de internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental**

Entre os estudos capturados na revisão bibliográfica, alguns apontam maior número

de eventos adversos presentes nas internações não psiquiátricas de pacientes com transtorno mental do que naquelas da população em geral. Daumit *et al.* (2006) afirmam que durante as hospitalizações médicas e cirúrgicas, pessoas com esquizofrenia tinham pelo menos duas vezes mais chances de sofrer eventos adversos graves quando comparados com pacientes sem esquizofrenia que sofriam do mesmo problema de saúde. Segundo os autores, tais eventos adversos foram associados com resultados clínicos ruins durante a hospitalização, aumentando o tempo de internação, os custos, o uso de Unidade de Terapia Intensiva e óbito hospitalar para pacientes com esquizofrenia.

Os achados de Daumit *et al.* (2006) estão de acordo com a pesquisa realizada por Khaykin *et al.* (2010). Estes últimos afirmam que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm maior probabilidade de sofrer os tipos mais comuns de erros médicos.

Em relação à interação medicamentosa, pode-se considerar que o tratamento farmacológico de pacientes com transtorno mental se apresenta como grande desafio aos profissionais médicos em geral. Milenovic *et al.* (2011) afirmam que a interrupção abrupta de medicamentos psicotrópicos pode levar ao agravamento (desestabilidade) da doença. Ao mesmo tempo, a combinação de psicotrópicos com anestésicos e medicamentos pós-operatórios, por exemplo, pode levar à intoxicação do paciente. Diante dessa realidade, ambos os trabalhos consideram a importância da interconsulta com psiquiatras e farmacêuticos no *setting* do hospital geral para auxiliar os outros profissionais.

Por fim, pôde-se observar que o aumento dos custos e do tempo de internação de pacientes com comorbidade psiquiátrica foram enfatizados em vários artigos (BARTELS, 2004; HOOVER, 2004; BRESSI; MARCUS; SOLOMON, 2006; DAUMIT *ET AL.*, 2006; SAYERS *ET AL.*, 2007; CASHIN; ADAMS; HANDON, 2008; HOCHLEHNERT *ET AL.*, 2011; KONNOPKA *ET AL.*, 2011). Além disso, algumas pesquisas mostram um aumento de internações não psiquiátricas

por pessoas com transtorno mental (SAYERS *ET AL.*, 2007; CASHIN; ADAMS; HANDON, 2008).

## A capacitação profissional como uma das possibilidades de intervenção

A falta de capacitação e/ou conhecimento na área de Saúde Mental foi citada, em diferentes estudos, como um aspecto que interfere de modo negativo na qualidade do cuidado (ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012; CAMARGO, 2011; ATKIN; HOMES; MARTIN, 2005; CLARK; PARKER; GOULD, 2005; REED; FITZGERALD, 2005).

Como medida de intervenção para a melhoria do cuidado produzido pelos profissionais de saúde aos pacientes com transtorno mental em hospitais gerais, a literatura aponta para a importância da implementação de unidades especializadas e interconsultas psiquiátricas (ZOLNIEREK, 2009); formação de equipes multidisciplinares (CASHIN, ADAMS; HANDON, 2008); desenvolvimento de processos educativos e aumento do contato dos profissionais com pacientes psiquiátricos, podendo mudar o estereótipo negativo e influenciar positivamente as respostas dos profissionais (MCDONALD *ET AL.*, 2003; REED; FITZGERALD, 2005; RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005; LETHOBA; NETSWERA; RANKHUMISE, 2006; CHIKAODIRI, 2009; ZOLNIEREK, 2009; ZOLNIEREK; CLINGEMAN, 2012).

Os profissionais de psiquiatria que responderam ao questionário realizado por Bolton (2012) sugeriram o treinamento em saúde mental para estudantes de medicina e de enfermagem como a principal forma de combater o estigma da doença mental, corroborando os estudos supracitados. Já para Zolnierek (2011), embora a interconsulta com profissionais de saúde mental possa ser uma ferramenta importante, ela não é suficiente. Segundo a autora, ambientes favoráveis à prática dos enfermeiros devem ser capazes de estabelecer uma relação entre profissional e paciente, produzindo um cuidado centrado na pessoa.

Munro, Watson e McFadyen (2007) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de

testar o impacto do treinamento de equipes de saúde que prestam cuidado às pessoas com comorbidade psiquiátrica e uso de substâncias. Os resultados mostram melhoria das atitudes terapêuticas por parte dos participantes que lidam com esses pacientes tanto imediatamente após o treinamento quanto durante seis meses de acompanhamento. Segundo os autores, o treinamento também foi importante para melhorar o conhecimento geral sobre álcool, drogas e comorbidades.

Elias (2012) aposta no potencial de oficinas de sensibilização para enfermeiros não especialistas para cuidar do paciente psiquiátrico em situação de uma emergência clínica. Estando de acordo com os demais autores, também defende que uma formação adequada “[...] é capaz de intervir positivamente no imaginário da loucura” (ELIAS, 2012, P. 71).

## Discussão

A pouca bibliografia encontrada sobre o tema do presente artigo faz com que se fique diante da problemática da produção do cuidado a partir da perspectiva da integralidade. O trabalho de revisão desenvolvido neste estudo aponta para a necessidade de acompanhamento clínico contínuo de pacientes com transtorno mental grave, uma vez que essa população tem de duas a três vezes mais chances de desenvolver diversas doenças crônicas (ZOLNIEREK; CLIGERMAN, 2012). No entanto, o que se vê é a redução da abordagem a esses pacientes ao campo psiquiátrico.

Percebe-se que as questões do cuidado produzido aos pacientes com transtorno mental grave não se restringem à negligência de um ou outro serviço de saúde, mas reflete um problema de toda a rede de atenção em saúde. As dificuldades de acesso dessa população aos serviços básicos de saúde reforçam as lacunas da rede.

Observa-se ainda que o profissional de enfermagem é um personagem central das pesquisas, quando se discutem as crenças,

pensamentos e concepções a respeito da presença do louco no hospital geral. É provável que este protagonismo se dê porque os enfermeiros e técnicos de enfermagem são aqueles que passam mais tempo com o paciente em seu leito. São eles que regem a rotina do paciente no hospital e que fazem, muitas vezes, a mediação entre paciente/familiar e médicos (CARAPINHEIRO, 1998).

No entanto, é importante ressaltar que muitos trabalhos se dedicaram a analisar os resultados clínicos de internações de pacientes com transtornos mentais graves em unidades não psiquiátricas de hospitais gerais. Os custos e o tempo de internação não psiquiátrica desses pacientes foram considerados fortes indicadores para analisar a qualidade da assistência prestada. Zolnierek (2009) já apontava para ampla literatura focando esses dois indicadores, mas, ao fazer uma leitura crítica desses achados, enfatiza que o cuidado ao paciente com transtorno mental não pode se reduzir a esses aspectos, pois deve considerar o manejo dos sintomas psiquiátricos, bem como a experiência de cuidado do paciente.

Entende-se que o cuidado prestado nos serviços de saúde aos pacientes, com ou sem comorbidades psiquiátricas, vai além desses fatores abordados pela literatura. Essa discussão precisa ser ampliada, assim como a compreensão de cuidado que atravessa as práticas de saúde. Com base em autores como Merhy (2002) e Ayres (2000), compreende-se o cuidado como produto de uma ‘con-vivência’, como resultado de práticas exigentes do olhar para o sujeito que se apresenta com sua história, desejos, sentimentos e pensamento. Trata-se de um trabalho que exige conhecimento técnico para as intervenções, bem como consideração do saber prático acumulado por experiência da vida, e apreensão ampliada das necessidades de saúde.

Observa-se que o cuidado assistencial a crises somáticas prestado ao sujeito com transtorno mental grave no hospital geral

parece ser uma questão de difícil manejo para os profissionais de saúde. Os afetos comumente descritos pelos profissionais de saúde em contato com a loucura estão relacionados ao imaginário produzido em torno desse fenômeno. O louco, visto como imprevisível, inconstante e problemático, desperta angústia, medo e ansiedade, pois, acredita-se estar diante de algo desconhecido, que foge do controle, colocando os profissionais no lugar de impotência e gerando frustração.

O comportamento negativo ou evitativo ante o paciente com transtorno mental grave pode ter consequências sobre a qualidade da assistência prestada. Os achados bibliográficos apontam para o afastamento do profissional de saúde desses pacientes, o que compromete a integralidade do cuidado.

Além disso, o maior número de eventos adversos e o aumento dos custos e do tempo de internação clínica de pacientes com transtorno mental nos hospitais gerais, embora não sejam indicadores suficientes para avaliar a qualidade da assistência prestada, como já afirmado, faz com que se questione a postura dos profissionais de saúde diante do louco e de que forma ela influencia esses achados.

Essa postura que distancia, que repele esses sujeitos, pode impossibilitar a construção de processos de identificação entre o profissional de saúde e o paciente. Como já observado em outro trabalho (SÁ, 2009), a identificação, como processo intersubjetivo e interpéssico, constitui-se como uma das condições centrais tanto para percepção do sofrimento alheio como para a mobilização contra ele.

O cuidado, como produto do encontro entre pelo menos dois sujeitos, exige que se considerem os diferentes afetos que atravessam a cena terapêutica, afetos esses muitas vezes contraditórios. O ódio, a indiferença e a violência são sentimentos tão humanos como o amor, a empatia e a solidariedade.

A experiência da loucura, historicamente entendida como um fenômeno que transgride

as leis da sociedade, como algo estranho, que afasta o 'sujeito de si e do mundo', enfraquece extremamente o desenvolvimento de processos de identificação positivos por parte dos trabalhadores da saúde para com os pacientes, o que pode afetar fortemente a produção do cuidado.

A angústia que esse contato pode produzir nos profissionais de saúde que se veem impossibilitados de dar uma resposta imediata, de saber o que fazer diante desse outro tão desconhecido, coloca para o trabalhador o perigo de se haver com suas limitações, com a experiência da frustração que, de certo modo, ameaça o desejo de onipotência do sujeito, ou seja, de se sentir suficiente, capaz de controlar uma situação, dando-lhe um desfecho positivo.

Diante dos diferentes afetos negativos que podem emergir do contato com a loucura, os profissionais de saúde podem desenvolver mecanismos de defesas inconscientes como uma forma de blindagem àquilo que lhe provoca sofrimento (SÁ, 2005, 2009; AZEVEDO, 2002, 2005).

Na mesma direção, Campos (2005) faz uma reflexão sobre as produções inconscientes, próprias a qualquer trabalho que envolve relações intersubjetivas, apontando que a realidade de trabalho em saúde, caracterizada essencialmente pelo contato com a dor (física e psíquica) e a morte, produz sintomas. Estes se expressam nas narrativas dos trabalhadores através de alusão a estados passionais, ideologização, somatização e burocratização, sensações de onipotência e impotência, bem como vivências persecutórias. Consequentemente, podem ser observadas ações pautadas, muitas vezes, por uma espécie de passagem ao ato, o que implica a impossibilidade de elaboração de estratégias de cuidado e o risco de negação do sofrimento do outro (AZEVEDO, 2010).

Nesse sentido, esta revisão bibliográfica realizada reforça a negatividade a que está associada a experiência de contato com a loucura. É como se a loucura se desse por

contágio, um contágio imaginário. A loucura como algo enigmático, portanto, imprevisível, aciona as mais primitivas ansiedades nos trabalhadores de saúde.

## Conclusão

A maior parte da produção científica que trata do tema ‘o atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não psiquiátricas’ se baseia em estudos cujos sujeitos das pesquisas são enfermeiros. Estes, de modo geral, relatam sentir medo e despreparo para lidar com o louco, visto como aquele imprevisível, que costuma interromper a rotina dos serviços. Nesse sentido, vários autores apontam que o estigma que envolve a loucura não deixa de incidir sobre os profissionais e de prejudicar a assistência. Tal prejuízo não se restringe ao espaço hospitalar, podendo ser notado em toda a rede de serviços de saúde. Nos hospitais, a baixa qualidade do cuidado se expressa através do maior número de erros médicos e eventos adversos relacionados a pacientes com transtorno mental, o que torna as internações desses sujeitos mais longas e caras. Para lidar com essas questões, são sugeridos trabalho em equipe interdisciplinar, realização de interconsultas e processos de capacitação ou sensibilização, acreditando-se que estes podem impactar positivamente sobre o estigma da loucura.

Assim, a produção do cuidado integral parece ser um desafio tanto para os serviços de saúde em geral que recebem pacientes com comorbidades psiquiátricas como para os serviços de psiquiatria que recebem pacientes com comorbidades clínicas. Os hospitais, por

serem espaço de alta densidade/concentração tecnológica, elevada padronização de procedimentos e rotinas, apresentando, em geral, pouco espaço para interações mais livres entre pacientes e profissionais, apresentam muitos obstáculos à produção do cuidado na perspectiva da integralidade e mais ainda à escuta sensível das necessidades de pacientes com transtorno mental.

A experiência da loucura é vista pelos profissionais de saúde sob a ótica do perigo, da violência, do imprevisível, daquilo que perturba, que rompe com a rotina, que provoca angústia. Essas impressões podem comprometer fortemente a produção do cuidado. O distanciamento e a repulsa que, muitas vezes, os profissionais sentem ao lidar com pacientes com comorbidades psiquiátricas graves impossibilita a produção do cuidado a partir de uma perspectiva relacional, que não pode prescindir da consideração da subjetividade e do saber.

Acredita-se que, sem considerar os entraves, desafios e lacunas à produção do cuidado identificados nesta revisão de literatura, as iniciativas governamentais de prover a integralidade da atenção dificilmente terão o êxito esperado. Ou seja, não basta criar no hospital geral leitos de atenção integral a pacientes com transtorno mental nem, tampouco, exigir seu atendimento, se não trabalhar, do ponto de vista da gestão e da reorganização dos processos de trabalho em saúde, no sentido de superar a negatividade associada à experiência da loucura. Coloca-se também como um imperativo o provimento de condições materiais, tecnológicas e simbólicas para que os profissionais possam refletir sobre dimensão relacional/intersubjetiva inerente ao cuidado em saúde. ■

---

## Referências

ASSIS, A. D. “Viver livremente”: trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. 2014. 201 f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

- ATKIN, K.; HOLMES, J.; MARTIN, C. Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. *Int J Geriatr Psychiatry*, Manchester, v. 20, p. 1081-1083, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface (Botucatu)*, Botucatu, n. 6, fev. 2000.
- AZEVEDO, C. S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 977-986, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Sob o domínio da urgência o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*. 2005. 350 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- \_\_\_\_\_. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 349-361, 2002.
- BARTELS, S. J. Caring for the Whole Person: Integrated Health Care for Older Adults with Severe Mental Illness and Medical Comorbidity. *Jags*, New York, v. 52, supl. 12, p. S249-S257, 2004.
- BOLTON, J. 'We've got another one for you!' Liaison psychiatry's experience of stigma towards patients with mental illness and mental health professionals. *The Psychiatrist*, London, v. 36, p. 450-454, 2012.
- BORGES, C.; BAPTISTA, T. W. R. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 24, v. 2, p. 456-468, 2008.
- BOUZA, C.; LÓPEZ-CUADRADO, T.; AMATE, J. M. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *General Hospital Psychiatry*, New York, n. 32, p. 156-163, 2009.
- BRADSHAW, L. E. et al. Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with co-morbid mental health problems indicate complexity of care needs. *Age and Ageing*, London, n. 42, p. 582-588, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório da gestão 2003-2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRESSI, S. K.; MARCUS, S. C.; SOLOMON, P. L. The Impact of Psychiatric Comorbidity on General Hospital Length of Stay. *Psychiatr Q*, New York, v. 77, n. 3, p. 203-209, 2006.
- CAI, X.; LI, Y. Are AMI Patients with Comorbid Mental Illness More Likely to be Admitted to Hospitals with Lower Quality of AMI Care? *PLoS One*, San Francisco, v. 8, n. 4, p. 107, 2013.
- CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.
- CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B., O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 141-9, 2001.
- CAMARGO, R. M. P. *Transtornos mentais no hospital geral: percepções elaboradas por enfermeiros*. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- CARAPINHEIRO, G. A caracterização sociológica dos serviços. In: \_\_\_\_\_. Saberes e poderes no hospital: uma



- sociologia dos serviços hospitalares. 3 ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.
- CARNEY, C. P.; JONES, L.; WOOLSON, R. F. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: a population-based Controlled Study. *J Gen Intern Med.*, Philadelphia, v. 21, n. 11, p. 1133-7, 2006.
- CASHIN, C. E.; ADAMS, N.; HANDON, B. Excess Non-Psychiatric Hospitalization Among Medi-Cal Beneficiaries with Serious Mental Illness in California. *California Mental Health Policy Forum*, Garden Grove, Calif, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2008.
- CHIKAODIRI, A. N. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Annals of General Psychiatry*, London, v. 8, n. 19, p. 1-7, 2009.
- CLARK, C.; PARKER, E.; GOULD, T. Rural generalist nurses' perceptions of the effectiveness of their therapeutic interventions for patients with mental illness. *Aust. J Rural Health*, Malden, v. 13, n. 4, p. 205-213, 2005.
- DAUMIT, G. L. *et al.* Adverse Events During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, Chicago, v. 63, p. 267-272, 2006.
- DE HERT, M. *et al.* Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry*, Paris, v. 25, supl. 2, jun. p. 22-8, 2010.
- DE JONGE, P. D. *et al.* Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 36, n. 3, p. 355-363, 2001.
- DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Leitões de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- DOLINAR, L. J. Obstacles to the care of patients with medical-psychiatric illness on general hospital psychiatry units. *Rev. Gen. Hosp. Psychiatry*, New York, v. 15, n.1, p. 14-20, 1993.
- DOMBROVSKI, A.; ROSENSTOCK, J. Bridging general medicine and psychiatry: providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. *Curr Opin Psychiatry*, Philadelphia, v. 17, 2004, p. 523-529.
- DUARTE, M. L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 64, n. 4, p. 698-703, 2011.
- ELIAS, A. D. *Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral: real e imaginário*. 2012. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.
- ELIAS, A. D.; TAVARES, C. M. M.; CORTEZ, E. A. Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em emergência geral: inspiração Sociopoética. *Online Braz. J. Nurses*, [internet] v.11, n. 2, 2012. Disponível em: <[http://www.journalmailing.com/article/view/1255/pt\\_BR/cuidado-de-enfermagem-ao-paciente-psiquiátrico-em-emergencia-geral--inspiracao-sociopoetica](http://www.journalmailing.com/article/view/1255/pt_BR/cuidado-de-enfermagem-ao-paciente-psiquiátrico-em-emergencia-geral--inspiracao-sociopoetica)>. Acesso em: 25 jul. 2015.
- HILDEBRANDT, L. M.; ALENCASTRE, M. B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. *Rev.Gaúcha. Enferm*. Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 167-186, jan. 2001.
- HOCHLEHNERT, A. *et al.* Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: Costs, net gain, and length of hospitalization. *Journal of Psychosomatic Research*, London, v. 70, p. 135-139, 2011.
- HOOVER, D. R. *et al.* Mental illness and length of inpatient stay for medicaid recipients with AIDS. *Health Serv Res.*, Chicago, v. 39, n. 5, p. 1319-39, out. 2004.
- KHAYKIN, E. *et al.* National estimates of adverse events during nonpsychiatric hospitalizations for persons with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, v. 32, p. 419-425, 2010.

- KONNOPKA, A. Effects of psychiatric comorbidity on costs in patients undergoing disc surgery: a cross-sectional study. *The Spine Journal*, New York, v. 11, p. 601-609, 2011.
- LETHOBA, K. G.; NETSWERA, F. G.; RANKHUMISE, E. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis*, Pretoria, v. 29, n. 4, p. 4-11, 2006.
- LYKETSOS, C. G. *et al.* Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics*, Washington, DC, v. 43, n. 1, p. 24-30, 2002.
- LYKOURAS, L.; DOUZENIS, A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Current Opinion in Psychiatry*, Philadelphia, v. 21, n. 4, p. 398-402, 2008.
- MACDONALD, M. T. Nurse-Patient Encounters: Constructing Harmony and Difficulty. *Advanced Emergency Nursing Journal*, Philadelphia, v. 29, n. 1, p. 73-81, 2007.
- MCDONALD, D. D. *et al.* Effect of a Psychiatric Diagnosis on Nursing Care for Nonpsychiatric Problems. *Research in Nursing & Health*, New York, v. 26, n. 3 p. 225-232, 2003.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MILENOVIC, M. *et al.* Preoperative assessment and management of patient with psychiatric comorbidity. *Acta Chir Iugosl.*, Beograd, v. 58, n. 2, p. 143-9, 2011.
- MINAS, H. *et al.* Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. *BMC Public Health*, London, n. 11, p. 1-10, 2011.
- MITCHELL, A. J.; DELAFFON, V.; LORD, O. Let's get physical: improving the medical care of people with severe mental illness. *Advances in psychiatric treatment*, London, v. 18, p. 216-225, 2012.
- MUNRO, A.; WATSON, H. E.; MCFADYEN, A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, v. 44, n. 8, p. 1430-1438, 2007.
- LOUD, M. J. *et al.* Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract*, London, n. 11, n. 92, p. 1-6, 2010.
- \_\_\_\_\_. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract*, London, v. 10, n. 29, 2009.
- PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Rev. Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 309-316, abr./jun. 2010.
- PAULON, S. M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. *Rev. Polis e Psique*, v. 2, n. temático, p. 73-94, 2012.
- RATHORE, S. S. *et al.* Mental Disorders, Quality of Care, and Outcomes Among Older Patients Hospitalized With Heart Failure: An Analysis of the National Heart Failure Project. *Arch Gen Psychiatry*, Chicago, v. 65, n. 12, p.1402-1408, dec. 2008.
- REED, F.; FITZGERALD, L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, Chicago, v. 14, p. 249-257, 2005.
- RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, Paris, v. 20, n. 8, p. 529-539, 2005.
- SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

-32832009000500016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. *Em busca de uma porta de saída: os desatinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. 2005. 454 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SAYERS, S. L. *et al.* Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. *J Am Geriatr Soc.*, New York, v. 55, n. 10, p. 1585-91, oct. 2007.

SHATTELL *et al.* “She Took the Time to Make Sure She Understood”: Mental Health Patients’ Experiences of Being Understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, Orlando, v. 20, n. 5, p. 234-241, oct. 2006.

SULLIVAN, G. *et al.* Disparities in hospitalization for diabetes among people with and without cooccurring mental disorders. *Psychiatric Services*, Washington, DC, v. 57, n. 8, p. 1126-1131, 2006.

ZOLNIEREK, C. D. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v. 65, n. 8, p. 1570-83, 2009.

ZOLNIEREK, C. D. The importance of knowing the Patient. *Mental Health Nursing*, Manchester, n. 32, p. 392-393, 2011.

ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. A Medical-Surgical Nurse’s Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, St. Louis, v. 18, n. 4, p. 226-235, 2012.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em novembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos

Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>1</sup>, Luciana Dias de Lima<sup>2</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>3</sup>, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato<sup>4</sup>, Vera Lucia Luiza<sup>5</sup>, Ruben Araújo de Mattos<sup>6</sup>

## Introdução

Gastão Wagner de Sousa Campos é médico sanitário e professor titular da Universidade Estadual de Campinas. Militante da Reforma Sanitária, Gastão é um defensor intransigente do Sistema Único e Saúde (SUS) e uma referência notória no campo da Saúde Coletiva no Brasil. Em agosto de 2015, durante o XI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em Goiânia (GO), foi eleita uma nova diretoria da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) tendo Gastão como Presidente.

Nessa entrevista, o professor reflete sobre os avanços e os problemas do SUS, bem como os significados da crise atual e os desafios da formação e pesquisa em Saúde Coletiva e na área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Editoria: Fale brevemente de sua trajetória profissional e dos fatores que motivaram sua atuação no campo da Saúde Coletiva.

Gastão Wagner de Sousa Campos: Fiz graduação em medicina na Universidade de Brasília. O curso era inovador, organizados em blocos interdisciplinares e que combinavam formação teórica e prática. A medicina preventiva e comunitária e a saúde pública ocupavam grande parte de nosso currículo. Tive vários professores que me estimularam a trabalhar no campo do que seria Saúde Coletiva: Carlile Lavour, Henry Jouval, entre outros. Fiz residência em clínica médica e depois fui para a Universidade de São Paulo (USP) fazer especialização em Saúde Pública e mestrado em Medicina Preventiva.

Editoria: Na sua opinião, quais os principais avanços alcançados com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)?

GW: O principal é a própria existência concreta do SUS, um sistema com grandes problemas, mas que ampliou o direito à saúde. Além da utilidade, o SUS tem exercido um papel simbólico, ao demonstrar a possibilidade e a importância da solidariedade, ao confirmar a necessidade de haver espaço social de não mercado, em que a gestão e o planejamento se orientam a partir das necessidades sociais e não da sobrevivência do mais apto.

Editoria: Que problemas identifica e quais as perspectivas para a universalização efetiva da saúde no Brasil?

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Campinas (SP), Brasil. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) - Brasil. [gastaowagner@mpc.com.br](mailto:gastaowagner@mpc.com.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [luciana@ensp.fiocruz.br](mailto:luciana@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Brasil. [frizon@terra.com.br](mailto:frizon@terra.com.br)

<sup>4</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social - Niterói (RJ), Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Brasil. [lenauralobato@uol.com.br](mailto:lenauralobato@uol.com.br)

<sup>5</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [vera@ensp.fiocruz.br](mailto:vera@ensp.fiocruz.br)

<sup>6</sup>Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [rubenm@uol.com.br](mailto:rubenm@uol.com.br)

GW: Os principais problemas do SUS são o financiamento inadequado, um modelo de gestão fragmentado, e que tem dificultado o uso intensivo dos recursos existentes, e ainda a inadequada política de pessoal para a saúde, desde a formação até a inexistência de carreira pública. Outro problema é a hegemonia da racionalidade empresarial que tende a invadir o espaço do SUS que deveria funcionar segundo uma racionalidade pública. A perspectiva de avanço do direito à saúde depende da sociedade civil, de nossa capacidade e disposição para defender a existência de políticas públicas e da democracia radical.

Editoria: Como o Sr. está vendo a crise política atual e como ela afeta ou pode afetar a saúde e o SUS?

GW: A crise política atual reflete o acirramento da luta de classes. O capital faz um esforço mundial para resgatar para sua esfera os recursos orçamentários destinados às políticas públicas, por mais desastrosa e cruel seja essa iniciativa. Entretanto, o SUS não se constitui em prioridade para nenhuma das administrações da União desde sua constituição. Ninguém se declara abertamente contra, mas não se observou esforço governamental significativo para consolidação do SUS.

Editoria: Quais os desafios atuais da formação e pesquisa no âmbito da pós-graduação em Saúde Coletiva e, especialmente,

na área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde?

GW: A formação em Saúde Coletiva se ampliou, inclui cursos de graduação, especialização, residência, mestrado profissional e pós-graduação acadêmica (mestrado e doutorado). É urgente a construção de uma carreira para os sanitaristas no SUS, de preferência uma carreira com âmbito nacional, que integre a criação de postos de trabalho nos três âmbitos federativos. A pesquisa em Saúde Coletiva se expandiu nos últimos anos, mas, mesmo assim, se ressentiu do predomínio de um sistema de gestão e de avaliação com critérios reduzidos de julgamento e com importante grau de exclusão e de concentração de recursos em professores e grupos com suposta excelência.

Editoria: Como vê a importância da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)<sup>1</sup> no contexto atual das políticas de saúde e da pós-graduação?

GW: A Abrasco faz parte do movimento de reforma sanitária. Tem zelado tanto pela construção do direito à saúde e do SUS, quanto de pesquisas e de projetos coletivos, de vigilância e promoção à saúde. ■

---

<sup>1</sup> As principais propostas para a gestão da Abrasco 2015/2018 encontram-se consolidadas no 'Programa para Abrasco 2015: um projeto aberto'. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/07/programa-para-abrasco-2015-um-projeto-aberto/>>.



## FLEURY, S. *Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local.* Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014.

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues<sup>1</sup>

É com prazer que recebi a incumbência de fazer esta resenha do livro ‘Democracia e inovação na gestão local da saúde’, de Sonia Fleury, militante, fundadora e ex-presidente do Cebes (2006-2009), em coautoria com Assis Mafort Ouverney, Felipe Barbosa Zani, Renato Cesar Möller e Thais Soares Kronenberg. O livro resulta de duas pesquisas desenvolvidas em 1996 e 2006, foi coeditado pelo Cebes e pela Editora Fiocruz e aborda um tema desafiador da reforma sanitária brasileira: o papel da gestão local da saúde e sua relação com a democratização das políticas públicas. Não foi sem dificuldades que fiz a resenha, afinal tinha de elaborar um texto que não fizesse feio perante o competente prefácio de Fernando Abrucio e perante a profundidade e extensão da obra. São ainda raras as pesquisas longitudinais, como esta que busca detectar a evolução da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é um dos grandes méritos do livro, que ao mesmo tempo explica uma limitação: como a segunda pesquisa teve de manter coerência com a primeira, para permitir a comparação, não pôde aprofundar certos temas sobre os quais a discussão avançou recentemente. Este é um caso típico, entretanto, em que os méritos são maiores do que os prejuízos.

Os dois eixos do livro são a ‘democratização’, pela via da municipalização, e a ‘inovação’ na gestão local da saúde. Temas presentes desde o início da formulação da reforma sanitária brasileira. Foi, afinal, em municípios que ocorreram algumas experiências inovadoras que contribuíram para a inspiração e para o desenvolvimento da

reforma. Antes do SUS, pode-se recordar, entre outros: o Projeto Montes Claros, que inovou na estruturação da rede de saúde e na participação comunitária, ainda nos anos 1970 (SCOREL, 1998); o Projeto Niterói, que inovou na atenção primária e na organização distrital dos serviços de saúde (MOYSES, 1989); além do Projeto Papucaia (Cachoeiras de Macacu), na incorporação do saber popular nas práticas de saúde (CESPP, 2015), ambos nos anos 1980. Deve-se registrar nessa linha, também: o Programa de Desenvolvimento de Comunidades Urbanas do Rio de Janeiro (1981-1986), talvez a primeira experiência brasileira com agentes comunitários de saúde, conduzida por Karen Giffin (RODRIGUES, 1988); a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial, em Santos, e do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, por gestões petistas logo no início do SUS, que contribuíram para a reforma psiquiátrica em curso (LUZIO; L'ABBATE, 2006). Outros exemplos importantes são as experiências de Icapuí e Quixadá, nos anos 1980, também em gestões petistas, que inspiraram a criação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará e Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (LOTTA, 2006). Fico por aqui, assumindo o risco da omissão de importantes experiências.

O tema da municipalização da saúde foi caro e central desde relativamente cedo no movimento da reforma sanitária. O ideal da municipalização buscou inspiração no princípio da democratização das políticas públicas e não deixava de idealizar e simplificar a experiência da *Ágora* grega, e na menos

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Estácio de Sá (Unesa), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Centro de Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Brasil. [pharodrigues@gmail.com](mailto:pharodrigues@gmail.com)

falada, maior facilidade que lideranças do movimento sanitário tiveram inicialmente de penetrar na gestão da saúde pela via municipal. Afinal a primeira era bastante restrita, uma vez que dela só participavam os homens ricos, com mais de 26 anos, e foi efetivamente pela via municipal que diversos líderes da Reforma Sanitária estrearam na gestão do SUS. A própria pesquisa que originou o livro partiu “da hipótese de que a descentralização levaria à democratização da esfera local de governo” (2014, p. 18), que é o tema central do primeiro capítulo. O texto aponta o perigo que a ênfase recente dos estudos sobre “governança” tende a deslocar a discussão sobre as políticas públicas do âmbito político das relações entre o Estado e a sociedade e enxerga os cidadãos principalmente como consumidores. No capítulo, Sonia Fleury faz conclamação para a necessidade de se focar a discussão sobre as políticas públicas nas questões da democratização do Estado e da construção de cidadania emancipatória.

O segundo capítulo, ‘A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas’, de Assis Monfort Ouverney, aborda os caminhos da municipalização do SUS, iniciados pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), e que tanto entusiasmou o movimento sanitário. Tal entusiasmo pode ser medido pelo lema ‘a municipalização é o caminho’, da IX Conferência Nacional de Saúde (BRASÍLIA, 1992), e por medidas tomadas pelos reformadores já no Ministério da Saúde, a partir de 1988. Foi o caso, principalmente, das Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 (BRASIL, 1993) e 01/96 (BRASIL, 1996). Para melhor caracterizar o clima pró-municipalização vigente nos anos 1990, é importante lembrar que a NOB 01/93 tinha por inspiração o documento ‘Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei’, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em abril de 1993.

O texto de Ouverney destaca a NOB 01/93 como o início efetivo da municipalização e mostra que ela não “estabeleceu qualquer

estratégia específica da indução de arranjos regionalizados de serviços de saúde” (2014, p. 97), assim como a NOB 01/96 também revelava uma interpretação do “federalismo integrado de bases claramente municipalistas” (2014, p. 101), embora proponha os primeiros elementos de indução da regionalização – as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e a Programação Pactuada Integrada (PPI). Não aborda, entretanto, consequências da adoção entusiasmada e acrítica da municipalização pelo movimento sanitário, que deixou de considerar o papel do município na formação do Estado brasileiro. O afã municipalizador abstrai, em primeiro lugar, que os governos locais são, desde os tempos coloniais, a base do poder da oligarquia agrária no Estado brasileiro e suas práticas patrimonialistas e do clientelistas (RODRIGUES, 2014). Tal abstração pode-se explicar, em parte, pela consciência um tanto difusa que o movimento tinha da frágil base de sustentação social da Reforma. Afinal, os trabalhadores haviam sido capturados nos anos 1970 pela miragem da saúde privada, fenômeno que ainda está à espera de elucidação pela crítica política e pela pesquisa acadêmica. O frágil suporte social do SUS certamente facilitou a aceitação da aliança com o conservador movimento municipalista brasileiro (RODRIGUES, 2014).

O papel do município no Estado brasileiro é abordado parcialmente no capítulo quatro, de Fleury e Ouverney, ao tratar da renovação das elites locais da saúde – perfil dos secretários de municipais de saúde. O capítulo aponta dificuldades para a democratização do poder local, por conta das tradições do coronelismo, mandonismo e clientelismo que dificultam o “acesso dos cidadãos o interior aos benefícios do poder público” (2014, p. 204). A análise dos resultados de ampla gama de dados sugere que o perfil dos secretários estaria alinhado com a maior democratização do poder, entre outras coisas, em função da diversificação crescente do seu perfil, maior presença de “profissões qualificadas”, maior participação das mulheres e “de

grupos minoritários ou em desvantagem socioeconômica” (2014, p. 284). É pena que a pesquisa não tenha inquirido sobre os possíveis laços pessoais e familiares dos gestores com os proprietários rurais, detentores de grande parcela de poder nos menores municípios, nem com o setor privado de saúde, que disputa com o SUS pelo controle de recursos.

Os capítulos cinco e seis tratam da governança local no SUS e da modernização da gestão local. Os autores enxergam evidências de maior democratização da relação Estado e sociedade na gestão local da saúde, por conta da maior identificação dos atores com a mesma embora pouco, ainda, em relação à gestão orçamentária. Continuaria havendo, contudo, elevada influência do Ministério da Saúde sobre a agenda local do setor, o que indica uma limitação da descentralização política e administrativa. O capítulo sete apresenta conclusões otimistas sobre a oferta de serviços e inovações na gestão. Aponta a existência de diferentes padrões de inovação, predominando a média e baixa difusão desta, de insuficiente capacidade de identificação da demanda reprimida e dos mecanismos de organização da oferta nos menores municípios e que o “modelo de indução do centro para a periferia” (2014, p. 410) adotado pelo Ministério da Saúde pode estar contribuindo e inibindo a inovação na gestão e reduzindo a “autonomia dos municípios para pensar em soluções originais” (2014, p. 411). O tom do texto é favorável à municipalização e avança pouco em relação à “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 1990), o segundo aspecto estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde para a efetivação do princípio da “descentralização político-administrativa” (BRASIL, 1990).

Embora não seja analisado pela pesquisa, outro aspecto também abstraído pelo movimento sanitário ao abraçar a causa da municipalização é o fato de que 85% dos 5.565 municípios brasileiros têm menos de 50 mil habitantes, o que inviabiliza que contem com sistemas de saúde completos.

Ora, dizem os defensores da municipalização, tal problema pode ser corrigido pela regionalização do sistema, prevista na LOS. De fato, 12 anos da aprovação do SUS pela Constituição, tal objetivo passou a ser perseguido, embora sem muito sucesso, por diversas medidas do Ministério da Saúde, como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), de 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde, de 2006, e mais recentemente, pelo Decreto Presidencial n.º 7.058, de 2011. São várias, entretanto, as dificuldades para o sucesso de tais iniciativas.

A mais imediata e visível diz respeito ao problema da gestão cooperativa, através dos frágeis, frouxos e instáveis ‘condomínios regionais’ que constituem as nossas regiões de saúde. Elas são compostas por um número geralmente excessivo de municípios autônomos entre si e dirigidos por forças e interesses políticos distintos. Cada município controla separadamente seus próprios recursos – unidades de saúde, profissionais e recursos financeiros. Nenhum outro sistema universal de saúde existente no mundo aventurou-se a montar uma gestão fragmentada desse tipo. Todos contam com algum tipo de autoridade sanitária regional que controla o conjunto dos recursos da rede de ações e serviços de saúde, inclusive os financeiros. Algumas regiões de saúde brasileiras são tão grandes que tornam sua governabilidade altamente improvável, como é o caso, entre muitos, da macrorregião de saúde de Belo Horizonte, composta por 102 municípios que somam mais de seis milhões de habitantes (SANTOS, 2013).

Ligado a esse fator, houve abstração por parte do movimento sanitário do papel dos municípios no sistema político eleitoral brasileiro. Eles constituem a base desse sistema, cujas circunscrições eleitorais correspondem ao território dos estados, uma vez que não contamos com nenhum tipo de distrito eleitoral. Circunscrições eleitorais tão grandes obrigam candidatos aos cargos eletivos estaduais e federais a buscar votos



em muitos municípios, espalhados por territórios maiores do que muitos países. As campanhas eleitorais no Brasil ficam caras demais por esta razão e dependem de acordos e compromissos eleitorais em diversos municípios, onde a saúde costuma ser importante moeda de troca. Ainda há pouco estudo e baixa consciência sobre como isso torna ainda mais complexa a pretendida e necessária regionalização do nosso sistema público de saúde.

O sistema político-eleitoral democrático é de natureza competitiva e não cooperativa, o que contradiz o falso ideal do ‘federalismo cooperativo’, para o qual muitos apelam para resolver as consequências da fragmentação municipalista do SUS. As autoridades políticas municipais vizinhas tendem mais a competir politicamente do que a cooperar entre si para um funcionamento mais integrado da rede de serviços. São incentivadas a isso pelo sistema político-eleitoral, porque quando prefeitos, vereadores e mesmo secretários

de saúde se candidatam a cargos eletivos nas esferas estadual e federal, precisam angariar votos em diversos municípios dos respectivos estados, particularmente nos vizinhos imediatos, onde tendem a ser mais conhecidos. Uma cooperação muito estreita que fortaleça serviços de saúde localizados em outros municípios costuma ser vista como uma forma de ‘colocar a azeitona na empada dos outros’.

Alguns dos aspectos acima apontados vêm sendo crescentemente reconhecidos pelo movimento sanitário e constituem a munção tanto para preocupações críticas com os rumos da municipalização como para as levantadas por importantes defensores da reforma sanitária, como fizeram os sanitaristas e militantes do Cebes Jairnilson Silva Paim, em artigo publicado em 1992, e Gastão Wagner Souza Campos (SANTOS; CAMPOS, 2014) ao propor a transformação do SUS em uma autarquia pública, organizada a partir das regiões de saúde. ■

## Referências

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. 1993. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 20 maio 1993. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à

saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 05 nov. 1996. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

CENTRO DE ESTUDOS DE SAÚDE DO PROJETO PAPUCAIA (CESPP). *Quem somos*. Disponível em: <[http://www.projetopapucaia.org/#!/about\\_us/csgz](http://www.projetopapucaia.org/#!/about_us/csgz)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FLEURY, S. *Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local*. Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014.

LOTTA, G. S. *Saber e poder: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas*. 170 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração

Pública) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

LUZIO, C. A.; LABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, 2006.

MOYSES, N. M. N. Projeto Niterói: uma tentativa de recuperação da história recente. *Rev. Adm. Públ.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 46-63, jan. 1989.

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

RODRIGUES, P. H. A. *Extensão dos serviços públicos às comunidades de baixa renda no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ibam/Unicef, 1988.

———. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-59, 2014.

SANTOS, D. L. *Política, saúde da família e acesso a serviços de média e alta complexidade: o caso de Rio do Prado*. 107 f. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. *SUS Brasil: a região de saúde como caminho*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2014. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/img/File/regi%C3%A3o%20de%20saude%20lenir%20e%20gast%C3%A3o%20v\\_%204%20\(1\).pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/regi%C3%A3o%20de%20saude%20lenir%20e%20gast%C3%A3o%20v_%204%20(1).pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2015.

# Revista Saúde em Debate

## Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

### Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

### Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

**1. Artigo original:** resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**3. Revisão sistemática:** revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

### Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

### Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br).

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

### Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br).

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

## Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

## Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br). Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária<sup>1</sup>.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

## Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

### Citação direta

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais". (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

## Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

### Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

### Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

### Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação

social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

### Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <[http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas\\_publicacoes.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2010.

## Documentação obrigatória

As declarações de 'Autoria e Responsabilidade' e de 'Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa' devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizadas e enviadas para o e-mail da revista ([revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)), depois do artigo aprovado:

### 1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

### 2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais-, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

### 3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

## Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Revista Saúde em Debate

## *Instructions to authors for preparation and submission of articles*

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes) that aims to disseminate studies, researches and thoughts that contribute to the debate in the field of national and international health policies.

### Editorial policy

Published quarterly since 2010, in March, June, September and December, a hard copy of RSD is delivered to all members up to date with their fees. In addition to regular issues, RSD also publishes special issues following the same process of assessment and publication.

RSD accepts unpublished works in the form of original articles, essays, systematized review, case studies, opinion articles, reviews of books of academic, political and social interest, as well as testimonies and documents. The works must contribute to the scientific knowledge of the field.

Works submitted to the RSD cannot be simultaneously submitted to other journals, partially or in full.

Cebes does not charge fees for the submission of works to RSD. The Center publishing output is the result of collective work and institutional and individual supports. Contributions for allowing the Review to remain as a democratic forum for the dissemination of critical knowledge in the health field can be made by means of joining the Center, at <http://cebes.org.br>.

### Modalities of work accepted for evaluation

**1. Original paper:** final results of scientific research that can be generalized or replicated. The text must contain between 10 and 15 pages.

**2. Essay:** critical analysis on a particular topic of relevance and interest to the Brazilian and international health policies. The text must contain between 10 and 15 pages.

**3. Systematized review:** critical review of literature on current topic by applying a research method. It aims to answer a question of relevance to health. The work must detail the adopted methodology. The text must contain between 12 and 17 pages.

**4. Opinion piece:** exclusively upon invitation of the Scientific

Editor. The text must contain between 10 and 15 pages. This format does not require Abstract.

**5. Case study:** description of academic, care or extension experiments. The text must contain between 10 and 12 pages.

**6. Book review:** review of books of interest to the field of public health policies, selected at the discretion of the Editorial Board. Texts must contain an overview of the work, its theoretical assumptions and the public to whom it is addressed. The text must contain up to three pages.

**7. Document and testimonial:** work on topic of historical or cyclical interest, selected at the discretion of the Editorial Board.

The maximum number of pages does not include the coversheet and references.

### Copyright

Copyrights are of exclusive property of the Review and must be transferred through the 'Copyright Transfer Statement' signed by all the authors, as model available at the Review page. The total or partial reproduction of works is allowed since source and authorship be identified.

### Submission and assessment process

Works must be submitted exclusively through the website [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br).

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

### Flow of originals submitted for publication

Every original received by Cebes is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval.

In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non-restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at <http://www.saudeemdebate.org.br>.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

### Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. The identification number must appear at the end of the Abstract.

### Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.
- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.
- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.
- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

- Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
- Objective description of the methods.
- Results and comments can be approached in a same item or separately.
- Conclusion.
- The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

- Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
- Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
- Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
- In the case of funding research, inform the funder.
- Abstract in Portuguese and English, or in Spanish and English, containing a maximum of 700 characters, spaces included; the goals, method employed and main conclusions must be clearly stated.
- Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
- At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnote markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform<sup>1</sup>.

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- A maximum of five pictures and tables are allowed, in total, per article.

- Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.
  - They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.
- In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

## Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

### Direct quotation

The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização - PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

### Indirect quotation

Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainties that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

## Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

### Book

CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington: American Psychological Association, 1991.

### Book chapter

O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation*. In: WAINRIB, B.R. (ed.). *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

### Journal

PETITTI D.B. et al. *Blood pressure levels before dementia*. *American Neurological Association*, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

## Internet source

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review*. Available at: <[http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas\\_publicacoes.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf)>. Access on: 9 jun. 2010.

## Mandatory documents

The documents 'Statement of Authorship and Responsibility' and the 'Approval of the Committee of Ethics in Research' must be signed and posted or digitalized and sent to the journal's e-mail address ([revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)), after approval:

### 1. Statement of authorship and responsibility

According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>.

### 2. Ethics in research

In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council - research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials -, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

### 3. Conflict of interests

The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover-sheet.

## Mailing address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 - Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)



**Diagramação e editoração eletrônica**

*Layout and desktop publishing*

HG Design Digital

**Design de capa**

*Cover design*

Alex I. Peirano Chacon

**Normalização e revisão de texto**

*Normalization and proofreading*

Aline Miranda Barbosa (português e inglês)

Ana Karina Furginelli (inglês)

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Christian Lupovici (português e inglês)

Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro (Inglês)

Frederico Azevedo (normalização)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Simone Basílio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

**Impressão**

*Printing*

Imos Gráfica e Editora

**Tiragem**

*Number of Copies*

1.000 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>

Miolo em papel Offset LD 90 g/m<sup>2</sup>

*Cover in ensocoat card LD 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in Offset LD 90 g/m<sup>2</sup>*

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2015.

v. 39. n. especial; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)