

A ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADA PELA APS: CONSTRUINDO AS REDES DE ATENÇÃO NO SUS

Contribuições para o debate

NAVEGADORSUS

Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, Nº 2



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

**A ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENADA PELA APS:
CONSTRUINDO AS REDES DE ATENÇÃO NO SUS**

Contribuições para o debate

NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, nº 2.

Brasília-DF

2011

© 2011 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Os títulos que integram a série NAVEGADORSUS estão disponíveis para download em new.paho.org/bra/apsredes.

Tiragem: 1.ª edição – 2011 – 2000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Coordenação:
Renato Tasca

Elaboração:
Renato Tasca
Félix Rigoli
Celina Kawano
Adail Rollo
Ana Paula Sóter
Carmem Lavras
Eugênio Vilaça
Flávio Goulart
Renilson Rehem

Revisão técnica:
Celina Kawano

Apoio técnico:
Alessandro Moraes, Adriana Trevizan, Newton Lemos, Rosane Gomes, Márcia Pinheiro, Rosa Silvestre, Thiago Sacoman.

Capa e Projeto Gráfico:
All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Organização Pan-Americana da Saúde

A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

111 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

ISBN: 978-85-7967-065-7

1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde.
II. Título.

NLM: W 84



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
--------------------	---

PARTE I - INTRODUÇÃO

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA RESPOSTA À CRISE GLOBAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE	9
A crise contemporânea dos sistemas de saúde.....	11
As redes de atenção à saúde	15
A atenção primária à saúde (APS) nas redes de atenção à saúde.....	27

PARTE II

O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	33
O SUS: uma política pública de saúde exitosa	35
O (Sub)Financiamento do SUS	43
Relações interfederativas, regionalização e pacto pela saúde	51
APS renovada como estratégia de reordenamento do SUS.....	55

PARTE III

CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADAS PELA APS	59
1. Relações interfederativas mais harmônicas e produtivas no SUS	63
2. O papel do MS na promoção de redes de atenção à saúde no SUS	66
3. O (sub)financiamento do SUS	69
4. Consolidar as redes de atenção à saúde no SUS.....	73
5. Redes de atenção: a saúde coordenada pela APS	81
Anexo I	95

APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde considera a estratégia das redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) como princípio essencial para enfrentar o complexo cenário contemporâneo das necessidades de saúde e acabar com a fragmentação que enfraquece a maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil.

Assim é que, na última década, os corpos diretivos da Organização Mundial da Saúde têm dedicado importantes esforços ao estudo e à formulação de propostas sobre tal tema, como o atesta uma série de documentos emanados nesse período, entre os quais podem ser citados *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas* (OMS, 2003); *Atenção Primária à Saúde Renovada* (OPAS, 2005); *Relatório Mundial de Saúde: APS agora mais do que nunca* (OMS, 2008), bem como o *Documento de Posição sobre as Redes Integradas de Assistência à Saúde* (OPAS, 2010).

Como parte de seu processo de cooperação técnica com o Brasil, rumo a esse objetivo, a OPAS vem desenvolvendo, junto às três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, esforços intensivos para estimular o debate sobre o tema de Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela Atenção Primária, bem como para evidenciar e valorizar experiências, práticas e instrumentos inovadores relacionados ao mesmo. Com isso, tem sido possível produzir, gerenciar e divulgar conhecimentos úteis para os gestores envolvidos na construção e gestão dessas redes de atenção. Esse esforço foi perseguido mediante uma série de encontros do “Ciclo de Debates” na sede da OPAS do Brasil e por meio de instrumentos inovadores e de amplo acesso, como a série técnica *NavegadorSUS* e o *Portal para Gestores do SUS*.

A presente iniciativa, que temos a honra de colocar à disposição dos gestores do SUS e demais interessados, representa uma contribuição da OPAS/OMS no Brasil para aprofundar as discussões atuais sobre os desafios da implantação

de redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando oferecer elementos estratégicos ao gestor federal para o fortalecimento do SUS.

Para realizar a presente tarefa, a OPAS constituiu um grupo de trabalho integrado por consultores próprios (Félix Rigoli, Renato Tasca e Celina Kawano) e por profissionais brasileiros com conhecimentos e experiência na gestão do SUS (Adail Rollo, Ana Paula Sóter, Carmem Lavras, Eugênio Vilaça, Flávio Goulart e Renilson Rehem).

Depois de três oficinas para formação de consenso (junho, agosto e setembro 2010), o grupo de trabalho elaborou um “documento síntese”, contendo um texto base, e mais 30 afirmativas relativas a diferentes aspectos relevantes para a implantação de redes de atenção no SUS, todas elas objetos de consenso por parte do grupo.

Esse documento foi enviado para 66 atores estratégicos, com experiência significativa na gestão do SUS ou atuantes em centros de estudos qualificados nesses temas, a quem foi solicitado dar sua opinião sobre as afirmativas constantes no documento. As opiniões foram sintetizadas por uma escala de concordância, de zero a cinco (de discordo totalmente até concordo totalmente). Dos consultados, 47 responderam, ou seja, 71% do total. As contribuições configuraram um conjunto extremamente rico e profundo de observações e reflexões, que proporcionaram elementos objetivos para melhorar a formulação e a argumentação das idéias, propostas e mensagens originais.

Diego Victoria

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde
AE: Atenção Especializada
APS: Atenção Primária à Saúde
AVAls: Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
Cacon: Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CGR: Colegiado de Gestão Regional
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DC: Diretrizes Clínicas
EC: Emenda Constitucional
ESF: Estratégia Saúde da Família
FAEC: Fundo de Ações Estratégicas
GC: Gestão da Clínica
LC: Linhas de Cuidados
MAC: Média e Alta Complexidade
MS: Ministério da Saúde
ODM: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS ou OPS: Organização Pan-Americana da Saúde
PAB: Piso da Atenção Básica
PDI: Plano Diretor de Investimento
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PIB: Produto Interno Bruto
PNAB: Política Nacional da Atenção Básica
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

PPI: Programação Pactuada Integrada

PSF: Programa Saúde da Família

RAS: Redes de Atenção à Saúde

SNT: Sistema Nacional de Transplante

SUS: Sistema Único de Saúde

TIC: Tecnologia de Informação e Comunicação

TRS: Terapia Renal Substitutiva

UE: Urgência e Emergência

VS: Vigilância em Saúde



PARTE I - INTRODUÇÃO

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA RESPOSTA À CRISE GLOBAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE



A CRISE CONTEMPORÂNEA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades das populações que se expressam nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia fina entre essas necessidades e a forma como os sistemas de saúde se organizam para respondê-las socialmente. Não é o que está ocorrendo em todo o mundo.

CRISE: INCOERÊNCIA ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE E RESPOSTAS SOCIAIS

Há uma relação muito estreita entre a transição da situação de saúde e a transição dos sistemas de saúde, aspectos que, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determinam a transição dos sistemas de saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde, expressa, especialmente, pelas situações demográficas e epidemiológicas, e os sistemas de saúde¹. Quando essa coerência se rompe, como ocorre nesse momento em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de saúde.

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SÉCULO XXI E SISTEMA DE SAÚDE DO SÉCULO XX

A causa fundamental da crise dos sistemas de saúde contemporâneos reside na discrepância entre os seus fatores contextuais e internos. Os sistemas de saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional, sistemas de financiamento e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de saúde mudam em ritmo muito mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de saúde não tenham a

capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais. Nisso reside a crise universal dos sistemas de saúde, concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a verdadeira “epidemia” contemporânea das condições crônicas^{2,3}. O resultado é que se tem uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de saúde desenvolvido no século XX, que se volta, principalmente, para a lógica do atendimento às condições e aos eventos agudos, agenda essa que foi hegemônica do século passado.

Assim, a emergência muito rápida de fatores contextuais como a transição demográfica, a transição epidemiológica e a incorporação tecnológica não tem sido respondida, de forma oportuna, por mudanças adaptativas nos sistemas de saúde.

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E CONDIÇÕES CRÔNICAS

Documento oficial da Organização Mundial da Saúde² alerta os países-membros para o desafio de uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de uma situação epidemiológica que acumula as doenças infecciosas e parasitárias, os problemas de saúde materno-infantis, as causas externas e as condições crônicas, com a predominância relativa dessas últimas. E o faz de forma enfática ao afirmar:

“Os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona... O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo dominante”.²

NECESSIDADES DE MUDANÇAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde de todo o mundo, incluindo os países ricos, vivem uma crise de adaptação entre a situação de saúde das populações e as respostas sociais engendradas para enfrentá-las.

A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde identifica-os como sistemas fragmentados.

A diretora da Organização Pan-Americana da Saúde, Mirta Roses, afirma:

“A maioria dos países de nossa Região requerem profundas mudanças estruturais nos seus sistemas de saúde para que possam contribuir de maneira efetiva à proteção social, à garantia dos direitos à saúde de todos os cidadãos e à coesão social. Entre essas mudanças é essencial a superação (...) da fragmentação organizacional (...). Isso eleva os custos por duplicação e por maiores custos de transação, bem como gera diferentes tipos e qualidades de prestações de serviços”⁴.

FRAGMENTAÇÃO COMO CAUSA DE DESCONTINUIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisas realizadas em países das Américas, referendadas pela Organização Pan-Americana da Saúde⁵, mostram que a credibilidade do sistema fragmentado é baixa, tanto entre usuários como gestores. Não se trata apenas de uma questão técnica, portanto. Tais pesquisas demonstram que apenas uma quinta parte dos usuários entrevistados e pouco mais de 1/3 dos gestores e prestadores de serviços consideram que os sistemas de referência e contrarreferência da atenção primária para os serviços especializados realmente funcionam. É crença difundida entre tais atores, também, no que diz respeito ao local de atendimento, que cerca da metade das pessoas hospitalizadas poderia ser tratada em ambiente não hospitalar, assim como aponta o fato de que as pessoas são geralmente

atendidas de forma descontínua e não pela mesma equipe que as acolheu na atenção primária. Pode-se dizer que existe hoje uma percepção generalizada que sistemas fragmentados de saúde fracassaram internacionalmente. Com certeza, também não poderiam ter melhor desempenho no Brasil.

Efeitos negativos da fragmentação

A fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população⁵. O destaque a seguir resume alguns aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde.

Os sistemas fragmentados de saúde:

- Organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros.
- São incapazes de prestar uma atenção contínua à população.
- Não contemplam uma população adscrita de responsabilização.
- A atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde.
- Os sistemas de apoio e os sistemas logísticos funcionam desvinculados da APS.
- A atenção é fundamentalmente provida de forma reativa e episódica e centrada na doença.

A superação da fragmentação dos sistemas de saúde tem sido buscada em vários países do mundo por meio da organização de redes de atenção à saúde.

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

REDES DE ATENÇÃO – UM POUCO DE HISTÓRIA

A proposta de redes de atenção à saúde não é nova. Na realidade, é quase secular, tendo em vista que sua origem está no Relatório Dawson, produzido em 1920, no Reino Unido, um documento fundante do Serviço Nacional de Saúde⁶. A partir dos anos 90 as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos e surgiram, então, várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados: sistemas organizados de serviços de saúde, nos Estados Unidos⁷; sistemas integrados de saúde, no Canadá⁸; sistemas clinicamente integrados, no Reino Unido⁹; organizações sanitárias integradas, na Espanha¹⁰.

Recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento oficial¹¹ propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde prevalente em seus países-membro. O documento preliminar dessa publicação serviu de base para que os países da Região das Américas e do Caribe aprovassem, na reunião do 49º Conselho Diretivo da OPS, realizada em Washington, no período de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009, a Resolução CD49.R22¹², em que se comprometem a implantar, nos respectivos países, as redes de atenção à saúde.

DEFINIÇÃO E ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS

A rede de atenção à saúde é definida, nesse documento, como *“uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”*¹¹.

O mesmo documento define 14 atributos das redes de atenção à saúde, distribuídos por quatro âmbitos de abordagem: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivos, conforme se vê no destaque seguinte. Esses atributos devem ser obedecidos para que as redes de atenção à saúde cumpram suas funções nos sistemas de saúde.

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS⁵

1. Modelo assistencial:

Atributo 1: População e territórios definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços.

Atributo 2: Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde pessoais e os serviços de saúde pública.

Atributo 3: Um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e que serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.

Atributo 4: Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e que se oferecem preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.

Atributo 5: Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.

Atributo 6: Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.

2. Governança e estratégia:

Atributo 7: Um sistema de governança único para toda rede.

Atributo 8: Participação social ampla.

Atributo 9: Ação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.

3. Organização e gestão:

Atributo 10: Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.

Atributo 11: Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.

Atributo 12: Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes.

Atributo 13: Gestão baseada em resultados.

4. Alocação de recursos financeiros e incentivos:

Atributo 14: Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Primeiro elemento das redes de atenção: a população

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e cadastrada na atenção primária à saúde. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das redes de atenção à saúde. A atenção à saúde baseada na população é a capacidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica sob sua responsabilidade, de acordo com riscos, bem como de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências¹³.

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde é aquela que vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é categorizada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária à saúde.

São os seguintes os momentos de tal processo:

- Territorialização; cadastramento das famílias.
- Classificação das famílias por riscos socio sanitários.
- Vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do programa de saúde da família.
- Identificação de subpopulações com fatores de riscos.
- Identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos.
- Identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Segundo elemento das redes de atenção: a estrutura operacional

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes, a saber:

- Centro de comunicação, a atenção primária à saúde.
- Pontos de atenção secundários e terciários (atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária).
- Sistemas de apoio (sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência).
- Sistemas logísticos (o registro eletrônico em saúde, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde).
- Sistema de governança da rede de atenção à saúde.

Terceiro elemento das redes de atenção: o modelo de atenção

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

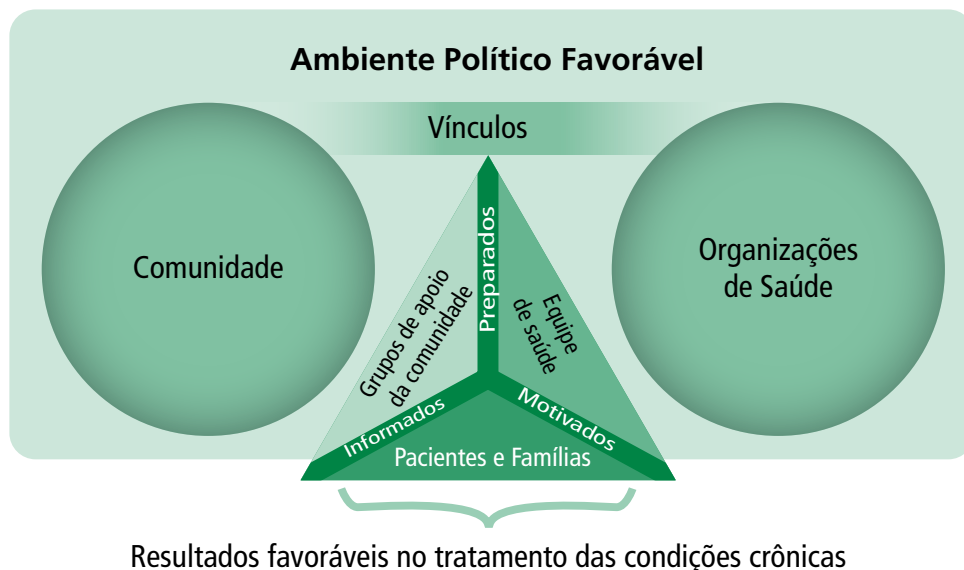
Modelos de Atenção nas RAS

- Modelo de Atenção às condições crônicas

A crise contemporânea dos sistemas de saúde, provocada especialmente pelas dificuldades em lidar com o incremento vertiginoso das condições crônicas, levou a busca de soluções por meio da construção de modelos de atenção às condições crônicas. O modelo seminal, reelaborado e aplicado em diferentes países, é o modelo de atenção crônica¹⁴.

Uma das reelaborações do modelo de atenção crônica foi feita pela Organização Mundial da Saúde² que desenvolveu o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas para ser implementado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Ele está representado na Figura 1.

Figura 1: O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2003²

A expansão do modelo de atenção crônica, perseguido pelo modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas, deriva de sua inserção em um contexto político mais abrangente que envolve as pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde. Por isso, propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: no nível micro, os indivíduos e as famílias; no nível meso, as organizações de saúde e a comunidade; e no nível macro, as macropolíticas de saúde.

O modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas é entendido assim:

“Inovar o tratamento significa reorientar os sistemas de saúde de forma a que os resultados valorizados pelo sistema sejam efetivamente produzidos. Os resultados esperados para os problemas crônicos diferem daqueles considerados necessários para os problemas agudos. As necessidades dos pacientes com condições crônicas também são distintas. Os pacientes com problemas crônicos precisam de maior apoio, não apenas de intervenções biomédicas. Necessitam de cuidado planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Esses indivíduos precisam de atenção integrada que envolva tempo, cenários de saúde e prestadores, além de treinamento para se autogerenciarem em casa. Os pacientes e suas famílias precisam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes para a prevenção ou gerenciamento eficaz das condições crônicas. O tratamento otimizado para as condições crônicas requer um novo modelo de sistema de saúde”².

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos mais complexos que operam sobre todo o ciclo de uma condição crônica, de forma integral, envolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde e, buscando uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos. O destaque a seguir faz uma síntese de tais aspectos.

MUDANÇAS NECESSÁRIAS PARA IMPLANTAÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- Planejamento estratégico das mudanças
- Introdução do trabalho multiprofissional no cuidado
- Oferta de novas formas de encontros entre profissionais de saúde e usuários, além das consultas individuais face-a-face
- Acompanhamento rotineiro dos usuários na comunidade
- Utilização de uma clínica centrada na pessoa e na família
- Utilização rotineira de planos de cuidados estabelecidos cooperativamente pela equipe de saúde e usuário
- Oferta de ações de autocuidado apoiado e o monitoramento contínuo dos planos de autocuidado
- Integração entre o cuidado dos generalistas e dos especialistas
- Educação permanente dos profissionais de saúde
- Educação em saúde dos usuários
- Utilização de prontuários clínicos eletrônicos capazes de registrar os usuários por estratos de riscos e de prover alertas e *feedbacks* aos profissionais de saúde e aos usuários
- Ligação estreita entre os serviços de saúde, as organizações comunitárias e os movimentos sociais

• Modelo de Atenção às condições agudas

Os modelos de atenção às condições agudas são construídos para atender na lógica do agudo que tem sua variável-chave no tempo resposta do sistema de saúde. Na experiência internacional esses modelos operam a partir de algum tipo de triagem que determina, com base em sinais de alerta e segundo os riscos, o tempo-alvo para se prestar o atendimento no ponto de atenção à saúde com as condições tecnológicas para, de forma oportuna, efetiva, eficiente e de qualidade, responder à necessidade das pessoas em situações de urgência ou emergência.

EVIDÊNCIAS DO IMPACTO DAS REDES DE ATENÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Há evidências de que a implantação das redes de atenção à saúde produz resultados positivos nos sistemas de saúde. Essas evidências, provindas de diferentes trabalhos feitos em vários lugares, estão assinaladas no documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde¹¹. Os impactos principais são resumidos no destaque que se segue:

EVIDÊNCIAS DO IMPACTO DAS REDES DE ATENÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

- Reduzem a fragmentação da atenção
- Melhoram a eficiência global do sistema
- Evitam a multiplicação de infraestrutura e serviços
- Respondem melhor às necessidades e às expectativas das pessoas
- Melhoram o custo efetividade dos serviços de saúde
- Reduzem hospitalizações desnecessárias
- Diminuem a utilização excessiva de serviços e exames
- Diminuem o tempo de permanência hospitalar
- Produzem economias de escala e de escopo
- Aumentam a produtividade do sistema
- Melhoram a qualidade da atenção
- Produzem uma oferta balanceada de atenção geral e especializada
- A continuidade da atenção gera maior efetividade clínica
- Facilitam a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas
- Aumentam a satisfação dos usuários
- Facilitam o autocuidado pelas pessoas

GESTÃO DA CLÍNICA*

Ferramenta essencial na organização das RAS é a gestão da clínica (GC), compreendida como tecnologia aplicável aos serviços de saúde, destinada a não só assegurar e otimizar os padrões clínicos, como a incrementar a eficiência da prestação de serviços, reduzir riscos para usuários e profissionais, melhorando, assim, a qualidade da atenção à saúde. A tecnologia-mãe da gestão da clínica é representada pelas diretrizes clínicas e dela deriva um conjunto de ferramentas associadas, tais como a gestão da condição de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica e as listas de espera.

As diretrizes clínicas (DC) são construtos elaborados a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com focos na integralidade, nas evidências clínicas e de gestão, na saúde coletiva, bem como na autonomia dos pacientes. As DC orientam as decisões assistenciais, seja na prevenção, promoção ou na organização de serviços, tendo em foco a relevância sanitária das diversas condições de saúde. Elas se desdobram em protocolos assistenciais ou guias de prática clínica que, por sua vez, orientam linhas de cuidado, de forma a viabilizar

* Texto baseado em Mendes, 2009¹³.

a comunicação entre as equipes e serviços, com focos na programação das ações a serem prestadas e na padronização de recursos.

As linhas de cuidado (LC) constituem uma estratégia de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção em determinado território, visando a condução adequada (oportuna, ágil e singular) das diversas possibilidades de diagnóstico e terapia, frente aos usuários do sistema de saúde, como resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

O exercício da LC pressupõe respostas globais e não-fragmentadas dos diversos profissionais envolvidos no cuidado. Por meio das LC se dá a coordenação do *continuum* assistencial, tendo como processos estruturantes a pactuação, a contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas entre diferentes pontos de atenção e os profissionais respectivos. A implantação das LC se dá, obrigatoriamente, a partir das unidades de APS, aqui consideradas como responsáveis pela coordenação do cuidado e pelo ordenamento da RAS.

Os diversos procedimentos relacionados à GC devem ter como pressupostos a garantia de recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; a integração e a co-responsabilização das unidades de saúde; a interação entre equipes; a garantia de educação permanente das equipes envolvidas; a gestão de compromissos pactuados e de resultados, sob responsabilidade de grupos técnicos locais, monitorados pelas instâncias regionais de gestão da saúde.

As ferramentas associadas à GC estão sumarizadas a seguir¹³.

Gestão da condição da saúde	Refere-se aos processos de uma condição ou doença, envolvendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção de determinada condição ou doença, bem como de tratamento e reabilitação. Tem foco na população adscrita, na identificação de pessoas em risco de adoecer ou adoecidas e também na intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde dentro das premissas de melhoria da qualidade e da obtenção de bons resultados clínicos, com custos compatíveis e base em evidências.
------------------------------------	---

Gestão dos riscos coletivos e ambientais	Trata da vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, com foco na identificação oportuna de problemas de saúde na população, na identificação das causas e fatores desencadeantes, na descrição de comportamentos, na proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Foco coletivo, não individual. Inclui tanto as doenças transmissíveis, como as doenças crônicas não transmissíveis, além de outros agravos à saúde, tais como violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou do ambiente de trabalho.
Gestão de caso	Processos que se desenvolvem entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde, voltados para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Objetivos: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção.
Auditoria clínica	Consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento e o uso dos recursos e os resultados para pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Compreende três enfoques principais: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; auditoria por meio de eventos-sentinelas.
Listas de espera	Tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda. Ela normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, de forma a promover a transparência.

A SUPERANÇA DOS PROGRAMAS VERTICAIS

As redes de atenção à saúde diferem dos programas verticais que são dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados. Esses programas verticais são ineficientes e apresentam problemas de sustentabilidade nos médio e longo prazos. Nas RAS, propostas tematicamente, a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema

de governança são comuns a todas as condições de saúde. Os únicos componentes especializados são os pontos de atenção secundários e terciários, o que é imposto pela divisão técnica do trabalho. As RAS consolidam, na saúde pública, um posicionamento que supera a dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, em que se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organiza, transversalmente, a atenção primária à saúde, os sistemas logísticos, os sistemas de apoio e o sistema de governança.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde tem sua base na APS. Sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade.

A proposta original da APS está, também, contida no Relatório Dawson ⁶, mas sua institucionalização nos sistemas de saúde foi feita após a reunião de Alma-Ata, realizada em 1978¹⁶. Desde então, diferentes interpretações de APS surgiram na prática social dos sistemas de saúde^{17,18}.

INTERPRETAÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Há três interpretações principais da APS: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de saúde e a APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde. Essas três categorias da APS são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo.

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de saúde interpreta-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns.

A interpretação da APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde.

APS: ESTRATÉGIA DE REORDENAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

A inserção da APS em redes de atenção à saúde implica, necessariamente, a sua interpretação como estratégia de reordenamento do sistema de saúde. Isso significa, na prática, superar as visões de atenção seletiva e de mero nível de atenção. Por isso, há quem fale de APS “colocada no banco do motorista” e conduzindo todo sistema de saúde¹⁹, em “sistemas de saúde baseados na APS”⁴, ou em “redes integradas de serviços de saúde baseadas na APS”¹¹.

No documento de posição sobre a renovação da APS nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde afirma:

“Um sistema de saúde baseado na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e garante o primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação. Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para obter qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde”⁴

O destaque a seguir mostra os atributos e principais funções da APS na organização dos sistemas de saúde.

ATRIBUTOS DA APS²⁰

1. **Primeiro contato:** implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.
2. **Longitudinalidade:** manifesta a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
3. **Integralidade:** pressupõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.
4. **Coordenação:** conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde.
5. **Focalização na família:** impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar.
6. **Orientação comunitária:** coloca o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.
7. **Competência cultural:** exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

FUNÇÕES ESSENCIAIS DA APS

Resolubilidade: inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população.

Comunicação: expressa o exercício, pela APS, do papel de centro de comunicação das redes de atenção à saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

Responsabilização: manifesta o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita.

RELATÓRIO MUNDIAL OMS 2008: “APS: AGORA MAIS DO QUE NUNCA”

Em comemoração aos 30 anos de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Mundial de Saúde 2008, lançou uma convocação internacional de forte apelo sobre a APS: “*Agora mais do que nunca*”⁵. Isso significa reconhecer que três décadas depois da histórica reunião realizada em Alma-Ata, na atual República do Cazaquistão, o foco do movimento da APS deve mudar fortemente nas dimensões apresentadas no destaque seguinte⁵:

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS
<ul style="list-style-type: none"> • Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres 	<ul style="list-style-type: none"> • Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Concentração em mães e crianças 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção à saúde para toda a comunidade
<ul style="list-style-type: none"> • Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças
<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do saneamento e da educação em Saúde no nível local 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> • Participação com mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de <i>accountability</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
<ul style="list-style-type: none"> • Gestão da escassez 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda e cooperação técnica bilateral 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidariedade global e aprendizagem conjunta
<ul style="list-style-type: none"> • APS como antítese do hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • APS como coordenadora de uma resposta bem ampla em todos os níveis de atenção
<ul style="list-style-type: none"> • APS é barata e requer modestos investimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

EFICÁCIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE BASEADOS NA APS

Estudos internacionais mostraram que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para os usuários quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas baseados na APS possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades dos mais pobres; melhoraram a equidade porque foram menos cus-

tosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e reduziram os gastos em saúde; liberaram recursos para atender às necessidades dos excluídos; empoderaram grupos vulneráveis; minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, que são mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de saúde, ao instituírem a cobertura universal; reduziram as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; asseguraram acesso e primeiro contato; melhoraram os resultados sanitários; beneficiaram outros níveis do sistema; e permitiram reduzir os cuidados de urgência e emergência.

Muitos estudos demonstram que as pessoas que tiveram uma fonte regular de APS durante sua vida ficaram mais satisfeitas com o sistema de saúde^{21,22,23,24,4}.

APS – CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO

As redes de atenção à saúde têm, na APS, o seu centro de comunicação. Nos sistemas de saúde estruturados em redes é a APS que ordena os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Um dos elementos essenciais das redes de atenção à saúde é uma população a ela adscrita, colocada sob sua responsabilidade sanitária, que se organiza socialmente em famílias e que vive em territórios. A população se inclui nas redes de atenção à saúde na APS.

Finalmente, para implementar redes de atenção à saúde e modelos inovadores de atenção à saúde é fundamental construir sistemas de educação permanente dos profissionais de saúde. A educação permanente dos profissionais de saúde tem como sujeitos pessoas adultas e deve se estruturar em alguns pontos fundamentais: a aprendizagem adquire uma característica centrada no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou a aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é rica fonte de aprendizagem por meio da discussão e solução de problemas em grupos; e a aprendizagem é baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para se chegar à solução²⁵.



The background is a vibrant green with a complex, abstract design. At the center is a sphere covered in a grid of white squares, resembling a digital globe. Surrounding the sphere are several concentric, overlapping circular bands of varying shades of green. Scattered throughout the design are binary digits (0s and 1s) and small white plus signs, creating a high-tech, digital atmosphere.

PARTE II

O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

O SUS: UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EXITOSA

O SUS é uma política recente, com pouco mais de duas décadas de existência. Apesar disso, foi capaz de institucionalizar um sistema público de saúde sólido e que apresenta resultados importantes para a sociedade brasileira.

O SUS se constitui na política pública mais inclusiva praticada no Brasil. Antes da Constituição Federal de 1988²⁶, os brasileiros eram desigualmente divididos entre uma minoria que tinha emprego formal e acessava os serviços da previdência pública e os que não o possuíam e que eram tratados como indigentes ou por meio de políticas de saúde pública seletivas. A instituição do SUS permitiu incluir, de forma rápida e extensiva, milhões de brasileiros como cidadãos portadores de direitos no campo da saúde.

SUS – ESTRUTURA, PROCESSOS, RESULTADOS

Os avanços do SUS, na oferta de serviços de saúde, podem ser examinados na dimensão das estruturas, dos processos e dos resultados, conforme alguns números selecionados e mostrados no destaque a seguir.

Tabela 1 Panorama do SUS em números, Brasil, anos 2000.

DADOS BÁSICOS SOBRE A ESTRUTURA DO SUS	
Rede hospitalar	Mais de 6 mil hospitais
Leitos	Mais de 400 mil
Unidades ambulatoriais	Mais de 60 mil
Equipes de ESF (jun. 2010)	30.996
Equipes saúde bucal (jun. 2010)	19.609
Municípios cobertos ESF	5.272
População coberta ESF	98 milhões (51,6% do total)

DADOS BÁSICOS SOBRE A ESTRUTURA DO SUS	
ACS	238.304
Cobertura ACS	116 milhões (61,4% do total)
DADOS BÁSICOS SOBRE PROCESSOS/ANO DO SUS	
Procedimentos ambulatoriais	2,3 bilhões
Transplantes de órgãos	16 mil
Cirurgias cardíacas	215 mil
Internações hospitalares	11,3 milhões
Procedimentos quimio / radioterapia	9 milhões
ALGUNS RESULTADOS EXPRESSIVOS DO SUS	
Mulheres de mais de 25 anos que fizeram mamografia	Incremento 48,8% (2003 a 2008)
Mulheres de 25 a 59 anos, com realização de exame preventivo de câncer de colo de útero	Incremento de 82,6% para 87,1% (2003 a 2008)
Mulheres com 25 anos ou mais submetidas ao menos uma vez a exame clínico das mamas	Incremento 28,5% (2003 a 2008)
% de população que realizou uma consulta médica	67,7% nos últimos 12 meses

Fonte: Conass²⁷, Temporão JG²⁸, IBGE²⁹

SUS E QUEDA DA MORTALIDADE INFANTIL

Além de avançar nas estruturas, nos processos e de ter desenvolvido programas nacionais de excelência, o SUS tem contribuído para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira. Tome-se a mortalidade infantil no Brasil que, no período 1997 a 2009, caiu de 31,3 para 20,0 óbitos em menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos³⁰. Essa queda deu-se de forma sustentada em todas as regiões brasileiras. Uma vez que dois terços dessas mortes ocorrem no período neonatal, fica clara a contribuição dos serviços públicos de saúde na redução dos óbitos infantis.

POLÍTICAS INOVADORAS DO SUS

O SUS apresenta, em sua trajetória, processos permanentes e incrementais de transformações e acumulações, boa parte deles inovadores nas políticas públicas nacionais e, até mesmo, internacionais. A forma como se desenhou e se implementou o pacto federativo na saúde com a utilização de mecanismos cooperativos e de decisão consensuada (CIT, CIB e Colegiados Regionais), o repasse fundo-a-fundo, o pagamento por captação (PAB) e a atenção primária à saúde desenvolvida pela saúde da família são exemplos desses mecanismos criativos, alguns deles replicados por outras políticas sociais brasileiras³¹.

RECONHECIMENTO INTERNACIONAL

O reconhecimento internacional, indicativo do sucesso do caminho seguido pelo Brasil com a Estratégia de Saúde da Família, pode ser apreciado em editorial recente do prestigioso British Medical Journal (BMJ 2010; 341:c4945), assinado por Matthew Harris e Andy Haines³², dois especialistas em saúde pública renomados na Grã-Bretanha.

Harris e Haines afirmam que a ESF deve ser reconhecida, hoje, como uma real política de sucesso, advinda da criação do SUS, sistema no qual uma mudança expressiva se traduz no foco dado a uma APS integral, gratuita, com financiamento público, muito próxima aos termos da Declaração de Alma-Ata. Os resultados de tal política são bastante visíveis nos últimos 20 anos, entre eles se destacando a queda da mortalidade infantil, de 48/1.000 para 17/1.000; a diminuição das internações hospitalares devidas a diabetes e acidente vascular cerebral, em 25%; a redução da proporção de crianças abaixo de cinco anos com baixo peso em 67%; o fato de que 75% das gestantes hoje dispõem de sete ou mais consultas de pré-natal; as cifras superiores a 95% na cobertura de vacina de tríplice (DPT) em crianças menores de um ano na maioria dos municípios, entre outros aspectos favoráveis. Destacam ainda que mesmo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas foram menos ambiciosos do que isso.

Tais mudanças podem ser consideradas como resultados diretos da variante brasileira da APS, o Programa (ou Estratégia) de Saúde da Família, que hoje alcança 95% dos mais de 5,6 mil municípios brasileiros, cobrindo, assim, em torno de 55% da população do país, ou seja, 85 milhões de pessoas. Na opção brasileira, recebe especial ênfase o papel exercido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável pelo acompanhamento de até 120 famílias, com a realização de pelo menos uma visita mensal a cada um dos domicílios sob sua responsabilidade, tendo como requisito obrigatório a residência na área em trabalhado. Em apenas 15 anos, o Brasil recrutou um exército de 250 mil desses agentes.

Chama ainda a atenção dos autores o modelo de política que coloca responsabilidades de suporte logístico e financeiro aos municípios, o que confere flexibilidade e autonomia no provimento desse modelo de APS, sem perder de vista, entretanto, que o financiamento do modelo está fortemente vinculado ao nível federal. Em todo caso, um avanço como esse, uma autêntica reforma de saúde, não encontra precedentes no país e mesmo fora dele, continuando a expandir em direção a uma cobertura universal.

Sem deixar de reconhecer avanços notáveis, alguns desafios de monta ainda rondam a ESF, tais como: dificuldades no recrutamento e retenção de médicos com formação adequada na APS; variação acentuada na qualidade da prestação de serviços; integração precária e fragmentada dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário do sistema; dificuldades de expansão em grandes centros urbanos; manutenção de adequado suporte financeiro.

Resumem os autores:

O PSF do Brasil é provavelmente o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e bom custo-efetividade, embora seus êxitos ainda não tenham recebido o merecido reconhecimento internacional. [...] Países de renda elevada poderiam aprender como este programa alterou a interação com as doenças crônicas, com a demanda por serviços de cuidados terciários e com a promoção da saúde. [...] A ascensão política e econômica

do Brasil no mundo deve englobar também seu papel de liderança na APS. Todos temos muito a aprender com o Brasil.

SUS: “UMA SOLUÇÃO COM PROBLEMAS”, NÃO “PROBLEMA SEM SOLUÇÃO”

O SUS é uma política pública exitosa e há muito que celebrar. Mas há que se reconhecer que há muitos problemas a serem superados. Dentre eles devem ser mencionados a segmentação entre o sistema público e os sistemas privados, a forma de estruturação fragmentada do sistema de saúde, o subfinanciamento e a persistência de padrões de iniquidades, nos âmbitos das pessoas e das regiões.

Uma idéia-síntese da situação do sistema público de saúde brasileiro está contida num documento de posição do CONASS: *“O SUS não deve ser visto como um problema sem solução, mas como uma solução com problemas”*³³.

A situação de saúde dos brasileiros e a fragmentação do SUS

A crise contemporânea dos sistemas de saúde manifesta-se, inequivocamente, no SUS, apesar dos significativos avanços que esse sistema apresentou para a população brasileira em pouco mais de duas décadas de existência. A razão principal é que há uma incoerência entre a situação de saúde e a resposta social a essa situação, estabelecida pelo sistema público de saúde brasileiro. A situação de saúde no Brasil está fortemente influenciada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças.

Transição demográfica

Do ponto de vista demográfico, o percentual de pessoas de mais de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens³⁴. Em algumas regiões, o percentual de pessoas idosas já atinge, em 2010, 10% da população total. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa, prospectivamente, um crescente incremento relativo das condições crônicas porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A PNAD 2008 demonstrou que com o aumento da

idade aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relataram ser portadores de alguma doença crônica; 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, tinham alguma doença crônica; e 5,9% dessa população total apresentavam três ou mais doenças crônicas²⁸.

Tripla carga de doença e predomínio das condições crônicas

Em relação à situação epidemiológica, a análise da carga de doenças no Brasil, medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI), mostrou a seguinte composição: doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição, 14,7%; causas externas, 10,2% condições maternas e perinatais, 8,8%; e doenças crônicas, 66,3%¹.

Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função da produção social de condições crônicas, a partir de uma prevalência significativa e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como o tabagismo, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outras drogas, a alimentação inadequada e outros³⁵.

A situação epidemiológica brasileira é muito singular e define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e parasitárias, das condições maternas e perinatais, das causas externas e das doenças crônicas; as chamadas “contratransições”, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes.

Essa complexa situação tem sido definida como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso ou obesidade, inatividade

física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e outros; e o forte crescimento das causas externas³⁶.

Fragmentação no SUS

Uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo das condições crônicas, não pode ser enfrentada por um sistema fragmentado de saúde voltado, prioritariamente, para as condições agudas e que opera de modo reativo, episódico e sem uma participação protagônica das pessoas no autocuidado de sua saúde.

O (SUB)FINANCIAMENTO DO SUS

Como é demonstrado exaustivamente no Brasil e nos demais países do mundo, um aspecto essencial das mudanças é o financiamento das ações de saúde, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo. A tese apresentada nesta seção é que o subfinanciamento do SUS é indiscutível e decorre do fato de que o mandamento constitucional generoso de um sistema público universal não foi acompanhado de dispositivos que garantissem, do ponto de vista econômico, essa universalidade.

SUBFINANCIAMENTO DO SUS: UM PROBLEMA COMPLEXO

Essa grave condição de subfinanciamento que afeta o SUS constitui um fator limitante na busca de soluções efetivas para a crise do sistema e, consequentemente, para a implantação das redes de atenção à saúde.

Cabe ressaltar que, além das consequências diretas decorrentes do insuficiente volume de gastos públicos em saúde, observa-se um geral desalinhamento dos incentivos econômicos com os objetivos de uma atenção integral e integrada.

A questão do financiamento insuficiente do SUS deve ser encarada em toda sua complexidade para não transformá-la em um problema que pode ser solucionado pelo aumento puro e simples dos recursos financeiros. Recursos novos para o SUS são absolutamente necessários, porém é fundamental um esforço concomitante de mudança da forma como o SUS está organizado, de um sistema fragmentado para um sistema integrado.

GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NO BRASIL

Gasto público em saúde: Brasil x outros países latino-americanos

A análise das informações sobre gastos em saúde da Organização Mundial da Saúde³⁷, relativas a 2007, proporciona uma perspectiva internacional de análise sobre financiamento dos sistemas de saúde.

O gasto total em saúde, no Brasil, atingiu 8,4% do PIB, o que é um valor percentual próximo ou superior aos de alguns países desenvolvidos. Contudo, ao se analisar o gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde, o Brasil atingiu um valor de 41,6%. Esse percentual de gastos públicos tem sido considerado como um indicador de prioridade em saúde pelos países³⁸. No Brasil, esse percentual é muito baixo, inferior ao de países latino-americanos como: Argentina (50,8%); Chile (58,7%); Colômbia (84,2%); Costa Rica (72,9%); Cuba (95,5%); e México, (45,4%). É inferior, inclusive, ao percentual encontrado nos Estados Unidos, um sistema fortemente segmentado, que foi de 45,5%³⁷.

Gasto público em saúde: Brasil x outros países com sistema de cobertura universal

Os países que, efetivamente, implantaram sistemas de saúde públicos universais, sejam beveridgeanos, sejam bismarkianos, despendem, sem exceção, mais de 70% do gasto total em saúde com seus sistemas públicos: Alemanha, 76,9%; Canadá, 70,0%; Dinamarca, 84,5%; Espanha, 71,8%; Finlândia, 74,6%; França, 79,0%; Itália, 81,3%; Noruega, 84,1%; Portugal, 70,6%; Reino Unido, 81,7%; Japão, 81,3%; Suécia, 81,7%³⁷. Portanto, as evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas públicos implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais em saúde.

Na verdade, o percentual de gastos públicos brasileiro é comparável aos países que mantêm sistemas públicos de saúde com esquemas de “pacotes básicos universais” e acesso regulado pelo mercado para os procedimentos de maior custo e complexidade.

Orçamento público e gasto em saúde

O baixo gasto público deriva do baixo percentual dos gastos em saúde nos orçamentos públicos no Brasil que foi de, apenas, 5,4%. Esse valor percentual é muito baixo comparado com o de outros países desenvolvidos e em desenvolvimento: Argentina, 13,9%; Canadá, 18,1%; Chile, 17,9%; Colômbia, 18,8%; Costa Rica, 25,8%; Cuba, 14,5%; Estados Unidos, 19,5%; Finlândia, 12,9%; França, 16,6%; Itália, 13,9%; Japão, 17,9%; México, 15,5%; Noruega, 18,3%; Portugal, 15,4%; Reino Unido, 15,6%; e Suécia, 14,1%³⁷.

Gasto *per capita*

Os gastos totais *per capita* com saúde no Brasil foram, em dólar médio, de US\$ 606,00 e, em dólares com paridade de poder de compra, de US\$ 837,00.

Os gastos públicos *per capita* foram, em dólar médio, de US\$ 252,00 e, em dólar com paridade de poder de compra, de US\$ 348,00. É um valor baixo comparado com outros países, para o que é melhor utilizar o dólar corrigido pelo poder de compra: Argentina, US\$ 671,00; Chile, US\$ 507,00; Costa Rica, US\$ 656,00; Cuba, US\$ 875,00; México, US\$ 372,00. Isso sem considerar os países desenvolvidos como: Canadá, US\$ 3.086,00; Espanha, US\$ 1.917,00; Estados Unidos, US\$ 3.317,00; França, US\$ 3.709,00; Itália, US\$ 2.056,00; Portugal, US\$ 1.613,00; e Reino Unido, US\$ 2.446,00³⁷.

Evolução dos gastos públicos em saúde na história do SUS

Consideram-se gastos públicos com saúde, de acordo com a Constituição Federal (1988)²⁶ e a Lei nº 8.080/90³⁹, aqueles destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população em geral, financiados com recursos fiscais dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal. O crescimento dos gastos públicos observado a partir da promulgação da EC 29/2000⁴⁰ deve-se em grande parte, ao crescimento dos gastos estaduais e municipais.

A participação relativa dos municípios no financiamento do SUS foi progressivamente aumentando, em especial no tocante à atenção primária em saúde. Enquanto em 1993 o governo federal contribuía com 72% dos recursos para o SUS e os municípios com 16% em 2002 esses percentuais tinham se alterado para 58% e 22%, respectivamente, enquanto os estados contribuía com os restantes 20% ⁴¹.

Crítérios de transferência de recursos financeiros do nível central para estados e municípios

Ao longo da implantação do SUS, as Normas Operacionais e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde desempenharam o papel de definir e aperfeiçoar os critérios para transferência de recursos financeiros do nível central para os estados e municípios. Os estados e municípios devem constituir, pela legislação brasileira, fundos de saúde para que possam operar as transferências federais fundo a fundo. Todos os recursos do SUS devem ser aplicados seguindo regras definidas pelos planos de saúde e pela Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Gasto público na atenção primária

Quanto ao gasto público, a construção do SUS na última década foi marcada por uma forte expansão da atenção básica, tendo na estratégia de Saúde da Família o seu principal propulsor. Esse processo se deu com forte indução financeira do governo federal e pequena participação dos governos estaduais, ocorrendo em paralelo, em um caminho de mútuo fortalecimento, a reorganização (na maioria dos municípios a implantação) da atenção básica e a ampliação das responsabilidades da gestão local do SUS⁴².

O Piso de Atenção Básica (PAB)

Cabe destacar que foi fundamental para a indução da ampliação da atenção básica a criação do Piso de Atenção Básica (PAB)⁴³ com repasses de recursos financeiros para atenção básica com base em critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de serviços nesse nível. Esse processo foi aprimorado

com a criação do PAB variável, o estabelecimento de repasses em função do número de equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde em atividade nos municípios.

Outro aspecto importante é que a implantação do PAB se deu após um período de quatro anos de gastos decrescentes do governo federal em programas de saúde, com essas despesas orçamentárias reduzindo em 21% entre 1995 e 1998⁴⁴.

APS x atenção de média e alta complexidade

Segundo Solla *et al*⁴⁵, comparando-se a transferência de recursos federais para atenção básica com os da atenção especializada ambulatorial e hospitalar (MAC) – sem o Fundo de Ações Estratégicas (FAEC) – observa-se que os da atenção básica representaram 18,6% do total gasto com MAC em 1998, 27,1% em 1999, ficando em 32,6% e 35,6% entre 2000 e 2002. Em 2003 cresceu para 38,8%, em 2004 para 44%, e em 2005 foi igual a 47,2%, chegando a um montante próximo a 50% dos valores aplicados em MAC.

Mas mesmo com todo esse crescimento dos recursos para a APS, de acordo com os dados do Fundo Nacional de Saúde, publicados na Sala de Situação⁴⁶, os recursos transferidos para atenção básica obtiveram um crescimento de 289%, enquanto as transferências para Média e Alta Complexidade cresceram 375%, no período compreendido entre 2002 e 2009.

Nos últimos 12 anos, desde o Governo de Fernando Henrique Cardoso perpassando todo o Governo Lula, além da expansão expressiva das equipes de saúde da família persiste certo privilegiamento das ações de alta complexidade com expansão dos Cacon, da terapia renal substitutiva (TRS), do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), das redes de cardiologia, neurologia, ortopedia e de outras, que aconteceram sem o enfrentamento dos problemas da média complexidade – ambulatorial e hospitalar.

O GASTO PRIVADO EM SAÚDE NO BRASIL

Os gastos privados em saúde no Brasil representaram 58,4% dos gastos totais, sendo, aproximadamente, 40% em gastos com o sistema de saúde suplementar e 60% gastos diretos do bolso das famílias. Essa composição de gastos privados fortes, com presença hegemônica de gastos diretos dos bolsos da família, contribui para uma iniquidade no financiamento da saúde⁴⁷. Tem-se, hoje, cerca de 26% da população com planos de saúde²⁹ e o setor movimentou cerca de 70 bilhões de reais no ano de 2009, mesma ordem de grandeza do orçamento federal para os 190 milhões de brasileiros para as ações universais e, principalmente para os 74% da população que tem o SUS como sua opção única. O *per capita* da Saúde Suplementar é praticamente três vezes o do SUS. Ou seja, o setor privado suplementar conta hoje com valores aproximadamente três vezes maiores por beneficiário do que o SUS por usuário, para oferecer uma cobertura bem mais restrita.

IMPACTO DO AUMENTO DOS GASTOS EM SAÚDE SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

A experiência internacional produziu evidências robustas de que não há uma relação linear entre aumento dos gastos em saúde e melhores níveis de saúde. Em alguns casos, verificaram-se relações inversas^{48,49,50,51}. O que se encontrou é que mais dinheiro leva a maior oferta de procedimentos, mas nem sempre aos procedimentos necessários que melhoram a saúde da população. A partir dessa constatação, foi-se formando uma convicção de que os sistemas de financiamento devem mudar de um enfoque baseado no volume do dinheiro para uma abordagem com base na capacidade dos recursos financeiros gerarem valor para a população^{52,53,54}.

DISTORÇÕES E EFEITOS PERVERSOS DO SUBFINANCIAMENTO

De maneira geral, toda população brasileira é beneficiária do SUS e favorecida pelos seus avanços nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, da rede de urgência e emergência e da melhoria dos indicadores de saúde que proporcionam maior bem-estar social. A iniquidade do SUS, segundo Médici⁵⁵, não está no grau de utilização do sistema por ricos e pobres, mas na natureza dos procedimentos disponibilizados pelo sistema aos mais ricos, que utilizam o SUS de forma complementar aos planos de saúde, na busca por atendimentos de alto custo e de alta tecnologia.



RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS, REGIONALIZAÇÃO E PACTO PELA SAÚDE

RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS NO MARCO DO SISTEMA FEDERATIVO DO BRASIL

O Brasil apresenta um sistema político federativo constituído por três esferas de governo, sendo 26 estados, o Distrito Federal e 5.564 municípios. Os estados e municípios apresentam uma grande diversidade de características sociais, econômicas e populacionais que vão desde estados como Roraima com apenas 279 mil habitantes até São Paulo com mais de 36 milhões de habitantes e municípios com pouco mais de mil habitantes até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes⁵⁶.

O sistema federativo é, a princípio, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, esse tipo de sistema impõe certa complexidade à implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesse caso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos de articulação entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementaridade⁵⁷.

PECULIARIDADES DO FEDERALISMO BRASILEIRO RELEVANTES PARA A ÁREA DA SAÚDE

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos

municípios brasileiros - em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, em face da complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que toda a sua história foi marcada por períodos de centralismo autoritário, e a redemocratização do país ainda é, relativamente, recente. O processo de construção de redes de atenção à saúde no SUS tem que estar totalmente coerente com o contexto institucional do federalismo brasileiro.

RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS E IMPLANTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

A estruturação de redes de atenção à saúde no SUS apresenta-se como um desafio voltado à consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso do usuário a qualquer instância do sistema, favoreça a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes. Para que essas redes possam ser estruturadas, há que se estabelecer um amplo processo de cooperação solidária entre estados e municípios, assim como entre os municípios de uma determinada região sanitária, consolidando, assim, de forma inovada a descentralização e a regionalização do sistema.

Pacto pela Gestão e diretrizes de regionalização do SUS

O processo de regionalização do SUS é atualmente favorecido pelo Pacto pela Saúde, firmado pelos gestores em 2006 com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto representou uma mudança significativa no processo de gestão do SUS, pela relevância que a diretriz de regionalização assumiu no contexto do Pacto pela Gestão³¹. Este ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia

essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das responsabilidades gerais da gestão compartilhada pelas três esferas de Estado “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região”. No Pacto pela Gestão, a regionalização é definida como o eixo estruturante a partir do qual serão delineadas e ordenadas as ações para o cumprimento pelos gestores estaduais e municipais das respectivas responsabilidades relativas à descentralização, ao financiamento, ao planejamento, à programação, ao controle social e à educação em saúde.

Pacto de gestão como estratégia inovadora de descentralização e integração

Essa estratégia foi motivada pela necessidade de aprofundar o processo de descentralização sob novos formatos espaciais e instrumentais para o planejamento, tendo em vista a fragmentação do SUS desde então observada em um universo de 5.564 municípios, no qual, aproximadamente 72% desses possuem menos de 20 mil habitantes⁵⁶, com os reflexos correspondentes em termos de acesso, resolutividade, capacidade de planejamento, gestão, financiamento, entre outros. Se, por um lado, o processo a partir daí induzido oferece maior flexibilidade na pactuação entre os gestores do sistema, por outro, exige desses gestores um maior entendimento sobre o sistema e uma maior capacidade de planejamento e articulação regional.

Pacto como espaço para efetivação de acordos interfederativos

A implantação dos Pactos vem possibilitando a efetivação de acordos interfederativos entre as três esferas governamentais, voltados à promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, com vistas a fortalecer regionalmente a capacidade de resposta do sistema às necessidades de saúde da população, bem como assegurar a equidade social. Com efeito, a implantação dos compromissos definidos nos pactos requer a articulação dos gestores estaduais e municipais para a pactuação dos fluxos de referências intermunicipais em uma nova perspectiva, a de organização loco-regional do SUS voltada à estruturação de redes regionais de atenção à saúde. A organização de Colegiados de Gestão

Regional e a proposição de utilização de um conjunto de instrumentos (PDI, PDR, PPI, etc.) devem ser destacadas como elementos facilitadores na efetivação dessas pactuações.

Assim, alguns resultados da gestão descentralizada do SUS já podem ser identificados, como a ampliação de acesso aos serviços, a criação de instâncias de pactuação, a incorporação de novos atores e o fortalecimento do controle social⁵⁸.

O Pacto: novo formato de condução das relações entre as esferas de Estado

Dessa maneira, o Pacto pela Saúde introduz novas estratégias de integração e articulação da política de saúde ao instituir como marcos fundamentais de consolidação institucional do SUS um novo formato de condução das relações entre as esferas de Estado e o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas nacionais. Estabelece, ainda, que o espaço regional é o *locus* privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A centralidade estratégica do Pacto decorre das especificidades que o caracterizam em termos de natureza federativa, amplitude territorial e singularidades sociais. Portanto, o espaço regional é adequado para permitir a construção concomitante dos dois marcos fundamentais do Pacto: relações de cooperação entre as esferas de Estado e articulação e integração de políticas e programas de saúde. Essa percepção fica evidente quando se considera que, para o cumprimento pela maioria dos municípios brasileiros das metas relativas às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, são necessárias articulações de sistemas intermunicipais, ou mesmo interestaduais, nos casos de necessidade de serviços de maior densidade tecnológica, o que torna a regionalização um processo essencial para o cumprimento do Pacto pelos estados e municípios brasileiros.

APS RENOVADA COMO ESTRATÉGIA DE REORDENAMENTO DO SUS

A atenção primária à saúde renovada, tal como tem sido proposta por organismos internacionais^{4,5}, exige afirmá-la como a estratégia de reordenamento do SUS. É assim que se concretizará, na prática social do SUS, o discurso oficial do Ministério da Saúde de uma estratégia da saúde da família⁵⁹.

APS E RESPONSABILIZAÇÃO POR DETERMINADA POPULAÇÃO/TERRITÓRIO

A apropriação da APS pela população requer passar de uma gestão baseada na oferta para uma gestão de base populacional. A organização de redes de atenção à saúde, em sistemas públicos como o SUS, implica também a definição de uma dimensão territorial, vez que esses territórios são parte da determinação social da saúde e de uma lógica racional de organização dos sistemas de saúde, especialmente na busca de economias de escala e de escopo, além da qualidade da atenção à saúde.

A dimensão territorial implica a definição de diferentes territórios sanitários nas redes de atenção à saúde: os territórios de responsabilização dos agentes comunitários de saúde, os territórios de responsabilização da APS, os territórios municipais, os territórios mesorregionais, os territórios estaduais, os territórios interestaduais e o território nacional. Mas são os microterritórios de vida da população que se organizam em torno dos espaços da APS que marcam mais fortemente as relações de responsabilização das redes de atenção à saúde com as pessoas e as famílias.

APS E INOVAÇÃO NO MODELO DE PLANEJAMENTO

A delimitação de espaços de responsabilização na APS transforma o modelo de planejamento que deixa de ser realizado por padrões de oferta, em geral

parâmetros construídos a partir de séries históricas, para um planejamento realizado por meio de parâmetros epidemiológicos que expressam as necessidades de saúde da população adscrita às redes na APS.

É mediante a APS que se programam não só os cuidados primários, como também os secundários, terciários e as ações de apoio nos sistemas de saúde, porque este é o lócus onde todas as pessoas são conhecidas por nome, local de moradia, idade, sexo, características familiares e condições de saúde estratificadas por riscos. Por exemplo, é perfeitamente possível saber, já na APS, quantas gestantes de alto risco vão necessitar de atenção, seja na própria atenção primária, nos centros de referência secundária ou nas maternidades de alto risco.

A OPÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A APS tem, na experiência internacional, diferentes possibilidades de organização. O SUS, a partir de 1994, fez uma opção ousada pela saúde da família. A visão da estratégia da saúde da família implica a superação dos enfoques mais restritos da APS seletiva ou como o primeiro nível de atenção de uma rede de atenção à saúde. Além disso, carece superar os problemas que têm impedido a institucionalização do APS como estratégia: a fragilidade institucional, a baixa densidade tecnológica, a carência de infraestrutura adequada, a baixa profissionalização da gestão, os problemas educacionais na graduação e na pós-graduação, os problemas nas relações de trabalho, a carência de políticas de carreiras e salários; a fragilidade do trabalho multiprofissional; e as deficiências dos modelos de atenção à saúde. Não obstante esses problemas, a APS cobre, com esse modelo, mais de 50% da população brasileira⁶⁰.

PECULIARIDADE DA PROPOSTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SUS

Deve-se ressaltar que a proposta da ESF brasileira traz elementos de singularidade em relação a outras experiências de saúde da família que se praticam no mundo. Especialmente nos sistemas públicos de saúde dos países desenvolvidos,

vige uma prática com foco na medicina familiar, ou seja, com tendência ao papel dominante do médico. Por exemplo, no Canadá, apenas 32% dos médicos de família daquele país trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde, sendo que apenas 22% trabalham conjuntamente com enfermeiros⁶¹.

A ESF avançou em sua concepção em dois aspectos principais. Primeiro, optou por um modelo de saúde da família que se propõe a atuar segundo os princípios da determinação social da saúde por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças. Segundo, incorporou, desde o princípio, a ideia de uma equipe multiprofissional que envolve médico generalista, enfermeiro generalista, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de saúde bucal e, eventualmente, outros profissionais de saúde. A introdução do agente comunitário é um enorme diferencial do modelo de PSF porque cria um relacionamento íntimo entre as equipes e as famílias.





PARTE III

CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADAS PELA APS NO SUS

Grandes avanços já foram obtidos com o SUS, em termos de instituição de direitos universais, da afirmação de valores de solidariedade e justiça social, da realização de uma ampla reforma de Estado, da expansão da atenção primária, da implantação de programas de sucesso (como, por exemplo, DST/AIDS e Imunizações) e da construção de diversas experiências exitosas de sistemas locais de saúde. Entretanto, ainda se observa a permanência de insuficiências na capacidade de garantir os princípios da universalização, da integralidade, da equidade, da qualidade e da eficiência na organização e gestão dos serviços de saúde prestados à população.

São necessárias mudanças no SUS para que o mesmo possa responder, de forma eficiente, efetiva, com qualidade e com equidade aos desafios da situação de saúde nacional. De forma diferente de outros países, no Brasil se apresentam alguns fatores favoráveis, tanto no campo gerencial quanto no assistencial, que podem contribuir para a superação da crise determinada pela fragmentação do sistema de saúde. Apesar disso, será preciso introduzir mudanças significativas no SUS. O sentido dessas mudanças deverá ser a integração do sistema por meio da implantação de redes de atenção à saúde.

AS DIMENSÕES DO SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA

Os desafios estruturais, sob a forma de elementos de fragmentação do sistema, dificultam a consolidação do caráter único e integrado do SUS e sua capacidade de cumprir os princípios constitucionais. A concretização plena do caráter único e integrado do SUS exige a articulação adequada de diversas dimensões que fazem parte de uma estrutura policêntrica de seu arcabouço institucional.

Essas dimensões são as seguintes:

- Processos de pactuação, planejamento e gestão intergovernamentais (relações internas ao Estado).
- Formação de vontade política e do controle social (relações Estado-Sociedade).
- Contratação de unidades de provisão de serviços (relações Estado-Mercado).

- Aporte e alocação de recursos financeiros (relações entre financiadores).
- Decisões legislativas e judiciais (relações entre os Poderes de Estado).
- Organização dos modelos de atenção (relações entre provedores, profissionais e cidadãos).
- Articulação com outras políticas sociais (relações de intersectorialidade na seguridade social).

A superação dos referidos desafios exige a formulação de estratégias e políticas capazes de atuar de forma concomitante no enfrentamento dos conflitos políticos e na proposição de soluções inovadoras de construção institucional para integrar plenamente o sistema.

A PORTARIA 4.729, DE 30/12/2010⁶²

No final da gestão do segundo Governo Lula, o Ministério da Saúde finalizou um longo e intenso processo de negociação e pactuação com os gestores estaduais e municipais com a publicação da Portaria 4.729/2010, que trata da organização de Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Essa estratégia visa superar a fragmentação da atenção e cria as condições normativas para uma correta gestão regional do SUS. Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS. O conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁵⁹, a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS)⁶⁰, nas orientações para a implementação no SUS da Regionalização Solidária e Cooperativa⁶¹, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados. A portaria define os elementos constitutivos da rede, as principais ferramentas de gestão dos serviços, os atributos das redes de atenção à saúde no SUS e as diretrizes para a implementação destas.

A Portaria nº 4.729/2010 é um marco fundamental na definição do arranjo organizacional do sistema público de saúde brasileiro, que abre as portas para uma efetiva institucionalização dessa estratégia no Brasil. No contexto da cooperação técnica internacional, a emanção dessa norma oferece um exemplo concreto para os países da Região que pretendem acabar com a fragmentação e melhorar cobertura, qualidade e eficiência das ações de atenção à saúde perseguindo a integração regional.

No quadro seguinte são reportadas as sete diretrizes estratégicas indicadas na portaria.

Diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no SUS

- I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção
- II. Fortalecer o papel dos CGR no processo de governança da RAS
- III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde.
- IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS
- V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS
- VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS
- VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS

1. RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS MAIS HARMÔNICAS E PRODUTIVAS NO SUS

ASSUMIR A REGIONALIZAÇÃO COMO BASE PARA A REDEFINIÇÃO DO MODELO DESCENTRALIZADO DO SUS

Os marcos legais e programáticos mais recentes da política de saúde do Brasil apontam a regionalização como processo principal de integração do SUS, capaz de aportar elementos importantes para a superação de seus principais obstáculos estruturais de consolidação como política pública. Como foi analisado na parte II, a regionalização no SUS assume o status de processo principal de redefinição dos pressupostos do modelo de descentralização estabelecido, que passa a ser orientado pelos princípios de territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade e participação e controle social.

Os objetivos estabelecidos no Pacto Pela Saúde, para orientar a regionalização, são a garantia de acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços, a integralidade na atenção, o fortalecimento do papel dos estados e municípios e a otimização de recursos. Portanto, o efetivo cumprimento do Pacto somente ocorrerá pela suspensão das fronteiras municipais e estaduais com a valorização e institucionalização do espaço regional como base de organização, gestão e governança do sistema de saúde. A regionalização como processo de integração exige, fundamentalmente, a construção de estratégias para buscar a unidade de orientação e direção dos processos decisórios, de forma a compor linhas de comando coerentes e articuladas, aproximando-se de uma efetiva coordenação regional da gestão.

DAR PRIORIDADE À REGIONALIZAÇÃO E FAVORECER A AÇÃO ARTICULADA ENTRE UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS

Ao longo das duas décadas de construção do SUS, a municipalização da saúde tem se mostrado muito vantajosa e tem exercido um papel fundamental para

o cumprimento do princípio da universalidade. No entanto, subsistem alguns problemas, por exemplo, derivados do pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, o que afeta a racionalidade de escala e compromete a eficiência do sistema de saúde, em termos de resolutividade e qualidade.

Nessa direção, o fortalecimento dos papéis da gestão federal, estaduais e municipais é fundamental para a governança do SUS como um todo e do sistema com formato de redes em particular.

A construção de redes de atenção integradas e resolutivas implica uma permanente ação articulada entre União, estados e municípios, com a definição clara dos seus papéis e responsabilidades, criando mecanismos que garantam o desenvolvimento de suas ações, com empoderamento técnico-científico e financeiro, especialmente dos municípios, e que ainda garantam o acompanhamento e monitoramento das ações pactuadas entre os entes federados.

INTRODUZIR NOVAS PRÁTICAS DE GESTÃO NAS RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS

Muito embora os papéis das três esferas de governo estejam definidos em lei, há necessidade da garantia das condições políticas e institucionais para um efetivo exercício da gestão federativa que eles pressupõem o que implica o seu fortalecimento. Por outro lado, é também necessária uma maior clareza dos respectivos papéis o que pode demandar algum nível de redefinição.

Dessa forma, fica clara a necessidade de introduzir novas práticas de gestão nas relações interfederativas, no sentido de reforçar as ações cooperativas e qualificar o processo de descentralização. Por outro lado, o fortalecimento das instâncias de pactuação (tanto CGR quanto CIB e CIT) é também fundamental para o desenvolvimento de relações interfederativas mais harmônicas e produtivas no SUS.

Assim, é essencial manter e ampliar esses últimos e outros mecanismos criativos desenvolvidos no âmbito do SUS e que constituem fatores de facilitação

das relações federativas, entre eles, o repasse fundo-a-fundo e o pagamento por capitação (PAB).

RESPONSABILIZAR O GESTOR ESTADUAL PARA CONSOLIDAR A REGIONALIZAÇÃO

O processo de fortalecimento e redefinição dos papéis deve afetar de maneira especial o gestor estadual, considerando a sua relevância na regionalização e no desenvolvimento de redes de atenção à saúde. A ausência, em muitos casos, dessa ação da gestão estadual tem determinado um processo incompleto de municipalização, já que a noção de escala e sua implementação requer forte pactuação entre os municípios no espaço regional, sob a coordenação da gestão estadual.

Do mesmo modo que nessas duas décadas se construiu uma melhor definição do papel dos municípios, torna-se necessária uma maior clareza quanto ao papel da gestão estadual do SUS. É preciso construir práticas de gestão estadual, bem como suas relações com os municípios e com a gestão federal, dentro de um quadro pautado pelas evidências.

Dessa forma, o espaço regional se constituirá como lócus privilegiado de construção das responsabilidades federativas pactuadas, com integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas.

Nesse contexto, tornam-se importantíssimos a discussão e o fortalecimento do papel do gestor estadual, muito embora seja preciso qualificar a gestão nas três esferas de governo, um enorme desafio em face de um sistema tão complexo e que requer tanta apropriação de conceitos. Em tal processo devem ser incluídos os gestores, principalmente da esfera municipal, os quais mostram grande rotatividade em seus cargos, com a conseqüente fragilidade das equipes técnicas, que não conseguem manter as experiências exitosas.

2. O PAPEL DO MS NA PROMOÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

A Lei 8.080/90³⁹ identifica um conjunto de atribuições e competências da União, que dizem respeito a vários aspectos, como a coordenação das redes de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de vigilância à saúde; a cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios; o acompanhamento e avaliação das ações e dos serviços de saúde; o planejamento estratégico nacional. Essas atribuições devem ser exercidas mediante cooperação entre União, estados, municípios e Distrito Federal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: AGENTE MOBILIZADOR, FINANCIADOR E INDUTOR DAS AÇÕES INTERFEDERATIVAS

Os desafios da implantação das redes de atenção à saúde coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) demandam maior clareza e reforço do papel do gestor nacional do sistema. Nessa lógica, o Ministério da Saúde deve redefinir e aprofundar alguns dos seus atributos, para se transformar no agente mobilizador, financiador e indutor das ações de gestão entre as esferas de governo para a construção de um efetivo processo de regionalização e de integração, na lógica das redes de atenção coordenadas pela APS. No processo de renovação que está sendo proposto nesse documento, é importante um esforço inovador do Ministério da Saúde para que algumas importantes funções e atribuições sejam efetivamente exercidas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE COMO GARANTIDOR DOS PRINCÍPIOS DO SUS E ARTICULADOR DA AÇÃO ENTRE AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Em primeiro lugar, a construção de redes de atenção à saúde exige que o Ministério da Saúde cumpra plenamente sua responsabilidade de garantir a integridade dos princípios do SUS em escala nacional, em articulação com os estados e municípios. Para isso, é essencial que o gestor federal coordene as ações entre

os entes federados, garantindo não somente o financiamento solidário, mas contribuindo para a integração entre estados, municípios e União, fomentando a participação dos estados, reorientando e reafirmando seus papéis como coordenador, apoiador e regulador das ações, respeitando as diversidades regionais.

Tudo isso acarreta que deve o MS assumir plenamente a responsabilidade de ser o agente coordenador nacional do sistema e mobilizador, financiador e indutor das ações da gestão estadual para a aproximação e integração entre os estados e destes com os municípios. O fortalecimento do papel indutor requer que o gestor federal promova reforços e incentivos à gestão estadual para o processo de organização das regiões de saúde, na lógica das redes integradas de atenção à saúde baseada na APS. Esses esforços devem incluir incentivos para a efetiva construção, de fato e de direito, de um processo de efetiva cogestão regional.

O MS E A PROMOÇÃO DA ORGANIZAÇÃO HORIZONTAL E DA GARANTIA DA UNIDADE NA DIVERSIDADE

Ao assumir essa responsabilidade, o Ministério da Saúde deve ter especial cuidado para, ao induzir políticas por financiamento, não induzir a organização de programas verticais e assim criar dificuldades para a organização horizontal de redes de atenção. Na mesma lógica, o gestor federal deve sempre buscar reiterar o espaço da CIT como espaço de pactuação para a construção de uma gestão solidária e compartilhada. Outro requisito fundamental é reconhecer as diversidades regionais respeitando a soberania e autonomias de cada ente, previstas no Pacto federativo, assegurando a *unidade na diversidade*.

GESTOR FEDERAL SOLIDÁRIO

Para ser determinante para a implantação do processo de renovação que está sendo proposto nesse documento, o gestor federal precisa ser solidário na construção dos planos de saúde baseados nos territórios populacionais de saúde, para os quais a construção de redes faz sentido. Esses planos devem ser enten-

didados não apenas como peças de planejamento com alocação de recursos, mas também como documentos políticos que definem prioridades e alocam recursos durante um espaço de tempo determinado, garantindo foco, ritmo e viabilidade técnica ao desenvolvimento das ações de atenção à saúde.

Ser solidário significa, também, financiar a saúde dentro de uma lógica redistributiva, por meio da correção das distorções da alocação de recursos, da adequação dos processos de gestão e do correspondente incentivo às outras esferas de governo. Nessa direção, o concreto apoio do Ministério da Saúde para implementar Planos Nacionais de Investimentos é fundamental para reduzir desigualdades na oferta de serviços e viabilizar a equidade, a integralidade e a oportunidade da atenção à saúde.

O GESTOR FEDERAL E A CRIAÇÃO DE CONDIÇÕES ÓTIMAS PARA A GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS

Outra função central do Ministério da Saúde é aquela de criar condições técnicas e políticas que viabilizem a melhoria da gestão descentralizada e favoreçam a introdução de modelos assistenciais inovadores. Dessa forma, o gestor federal deve garantir a funcionalidade e a padronização dos sistemas de informação de base nacional e do registro eletrônico em saúde, pactuado de forma tripartite e permitindo a interface com os sistemas de informação desenvolvidos no âmbito municipal e/ou estadual.

Assim, o Ministério da Saúde deve se comprometer com a instituição de padrões nacionais de qualidade na elaboração diretrizes clínicas com base em evidência, em sintonia com estados e municípios e com a colaboração de especialistas e da academia. Os padrões nacionais de qualidade e de funcionalidade devem envolver não apenas os processos, mas também edificações, estruturas, equipamentos em saúde, respeitando as pactuações com as outras esferas de governo e sem comprometer as especificidades regionais.

O GESTOR FEDERAL E A GESTÃO DA TECNOLOGIA EM SAÚDE

Além de garantir padrões nacionais na avaliação tecnológica em saúde, o Ministério da Saúde deve regular a incorporação tecnológica na saúde em geral, ampliando o conceito de tecnologia para além dos elementos “duros”. Dada a complexidade e o impacto que a avaliação tecnológica em saúde tem para o sistema de saúde, o gestor federal tem de coordenar e, em parceria com universidades, outras organizações científicas e demais esferas de governo, assumir a responsabilidade pela avaliação tecnológica em saúde e pela decisão (técnica, política e financeira) de bancar a incorporação de novas tecnologias, inclusive para a saúde suplementar.

O GESTOR FEDERAL E A FORMAÇÃO, A EDUCAÇÃO PERMANENTE E ÁREAS ESTRATÉGICAS CORRELATAS

É importante que o Ministério da Saúde se organize para garantir padrões nacionais de qualidade dos processos da formação e da educação permanente em saúde de forma a respeitar as diversidades e necessidades locais e regionais. Essa tarefa deve ser realizada buscando sintonia entre o aparelho formador e o SUS.

O papel do Ministério da Saúde deve ser também fortalecido no que diz respeito à padronização e capacidade de produzir e divulgar conhecimento, métodos, padrões.

3. O (SUB)FINANCIAMENTO DO SUS

A análise dos dados internacionais sobre gasto em saúde apresentada nesse documento evidencia que o Brasil tem um gasto público em saúde muito baixo, mesmo quando comparado a países com estrutura socioeconômica parecida a do Brasil, ou mesmo inferior. Não é possível implantar um sistema público universal, como direito de todos e dever do Estado, com tal volume de gasto público

em saúde. Consequentemente, não há dúvida de que é preciso aumentar os gastos públicos em saúde no Brasil como uma condição básica para que o SUS cumpra os princípios constitucionais e, dessa forma, ofereça serviços de saúde de qualidade aos brasileiros.

Nesse sentido, a regulamentação da EC 29/2000⁴⁰ é um passo fundamental, mas há que se ter a consciência de que os recursos adicionais daí derivados podem não ser suficientes para a construção de um SUS universal e de qualidade. A formatação do SUS na perspectiva de redes de atenção à saúde exigirá, ao longo do tempo, novos incrementos dos gastos públicos em saúde.

MAIS RECURSOS, COM MAIS INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Por outro lado, não se pode imaginar que o simples incremento dos recursos públicos da saúde, sem mudanças profundas que permitam superar a fragmentação vigente e reordenar o modelo de atenção à saúde, irá melhorar a situação de saúde dos brasileiros. Aumentar os recursos financeiros para fazer “mais do mesmo” não é uma solução adequada e sustentável. Isso tem sido constatado em outros países, conforme atestam, dados publicados pelo Institute of Medicine⁶⁵ e por Smith *et al*⁶⁶.

O que se propõe é um movimento de mudança que articule um incremento dos recursos financeiros para o SUS e com a implantação concomitante das redes de atenção à saúde. Só essa ação conjugada fará com que os recursos adicionais colocados no SUS gerem valor para a população brasileira.

ALINHAR OS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS OBJETIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O aumento dos recursos financeiros do SUS, para dar sustentação às redes de atenção à saúde, deve ser acompanhado de um alinhamento dos incentivos financeiros com os objetivos dessas redes. Os sistemas de incentivos, fortemen-

te ancorados em pagamentos por procedimentos, estimulam os prestadores a ofertar mais serviços, mas não necessariamente os serviços mais adequados, segundo as necessidades e as evidências científicas. Por exemplo, nem mesmo adiantariam as ações de promoção e prevenção em saúde se o sistema continuar dirigido a remunerar os serviços por procedimentos, segundo as suas densidades tecnológicas. Incentivos financeiros não orientados por necessidades de saúde, tal como ocorre no sistema estadunidense de saúde, levam à prestação de mais serviços para mais pessoas, fator que aumenta, de forma incontrolável, os custos dos sistemas de saúde⁶⁷.

INOVAR OS MODELOS DE FINANCIAMENTO

A oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos mais graves problemas do SUS e num importante ponto de estrangulamento de sua rede de cuidados. Os déficits no padrão de oferta resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários.

Sistemas organizados e financiados com base na lógica de oferta e no pagamento por produção de procedimentos não levam em consideração as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Eles se caracterizam por dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração de serviços e profissionais especializados em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre os diferentes níveis de complexidade da assistência.

MUDAR A LÓGICA DO PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO

O modelo de financiamento centrado na lógica de pagamento por procedimento é profundamente perverso e indutor de distorções, levando prestadores públicos e privados a organizar serviços a partir dos procedimentos melhor remunerados e não pela necessidade.

Tal modelo tem como diretriz implícita a definição de um elenco de procedimentos ambulatoriais de alto custo, dentro de uma rede de serviços com crescente inclusão de novas tecnologias, com tabelas de valores diferenciados (próximas dos valores de mercado) e padrão de oferta profundamente assimétrico do ponto de vista da distribuição regional, que se caracteriza pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários. Gera-se, assim, uma lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços pelo SUS realizados sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades (principalmente nas regiões Sul e Sudeste) e extensas regiões sem cobertura assistencial.

CORRIGIR AS DISTORÇÕES DO SISTEMA DE OFERTA DE SERVIÇOS

Essa oferta desvinculada de uma linha de cuidados gera fragmentação das ações de atenção à saúde, de responsabilização pelos pacientes, com a realização quase exclusiva apenas de procedimentos selecionados. Resulta, ainda, em seletividade do acesso da clientela, principalmente aquela oriunda do setor privado, desrespeitando o preceito da equidade de acesso ao sistema. Aspecto associado é que os usuários da saúde suplementar contam com coberturas apenas parciais de suas operadoras e assim utilizam o SUS para os procedimentos mais caros, privilegiados pelo acesso garantido à média complexidade, ampliando as distorções e a iniquidade na utilização dos serviços públicos, conforme revela um estudo de Silva⁶⁸.

QUALIFICAR A OFERTA DA ATENÇÃO À SAÚDE, NÃO APENAS AUMENTAR A PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS

O aumento da produção – induzido, em parte, pelos reajustes da tabela dos procedimentos nos últimos anos – não foi suficiente para a qualificação da assistência prestada. Existem problemas históricos e recorrentes a serem resolvidos na assistência ambulatorial de média complexidade, tais como: ausência

de planejamento, não observação das necessidades/perfil da população, acesso baseado na oferta de serviços; incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolubilidade, baixos investimentos em qualificação profissional, insuficiência dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e baixa regulação da oferta existente pela gestão pública.

INOVAR A POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS: “RECURSOS SEGUINDO USUÁRIOS”

Pelo exposto, uma das diretrizes apontadas para a nova política de financiamento do SUS é a ampliação dos gastos públicos com a saúde como principal componente da elevação do percentual do PIB destinado à saúde, além de sua redistribuição federativa visando à correção de iniquidades regionais.

Além disso, é necessário que o aporte de mais recursos seja acompanhado pela implantação de novo modelo de atenção à saúde, orientado pelas linhas de cuidado e de base territorial. Isso demandará incremento dos repasses financeiros *per capita* (“recursos seguindo usuários”), na redução radical da forma de repasse por produção e na efetivação de um modelo de gestão pautado no monitoramento e acompanhamento de indicadores de saúde. O maior aporte de recursos deverá tornar suficiente o financiamento da atenção primária e da média complexidade, além da alta complexidade.

4. CONSOLIDAR AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Mesmo considerando que a estruturação de redes de atenção à saúde ainda se constitui em fenômeno recente com poucas experiências em desenvolvimento no país, as discussões ocorridas em torno do assunto, bem como o acompanhamento dessas iniciativas já permite apontar alguns eixos norteadores para esse processo no âmbito do SUS, conforme as linhas abaixo.

REGIÕES DE SAÚDE COM TERRITÓRIO DEFINIDO E POPULAÇÃO ADSCRITA

Na lógica das redes de atenção à saúde coordenadas pela APS, os territórios se constituem em espaços organizativos e de responsabilização sanitária. No Brasil, a União, os estados e os municípios são definidos previamente como territórios por meio de divisão político-administrativa e, assim, já se constituem em territórios nos quais se organizam práticas sanitárias.

Porém, na perspectiva de organização de redes de atenção à saúde, há que se configurar outros territórios que correspondem às regiões sanitárias. A regionalização é assim entendida como processo de constituição de regiões sanitárias, nas quais se organizam redes regionalizadas de atenção à saúde, visando garantir a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a resolubilidade das ações e serviços de saúde. Esse processo deve considerar diferentes dimensões relacionadas a aspectos populacionais, socioculturais, geográficos e econômicos, respeitando as características de cada região.

MECANISMOS DE GOVERNANÇA REGIONAL FUNDAMENTADOS NO PACTO DE GESTÃO E BASEADOS NA COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA

A governança pode ser definida como exercício da autoridade política, econômica e administrativa, geralmente considerada no âmbito do Estado, embora por vezes o conceito também se aplique à ação privada. Ela é constituída por um complexo de processos, de relações e de instituições, mediante os quais indivíduos e grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças⁶⁹.

No campo das redes de atenção à saúde coordenadas pela APS, um sistema de governança é aspecto essencial, complementado, necessariamente, por um centro de comunicação, um conjunto de pontos de atenção, os sistemas de apoio e logístico. Em uma RAS a governança deve ser compreendida como a capacidade de intervenção na qual estão envolvidos diversos atores, mecanismos e procedimentos para a gestão compartilhada, tendo como foco o âmbito regional.

A governança das RAS deve incluir o trato de questões políticas e técnicas relativas à regionalização da saúde, tais como as relações entre os entes de governo e entre estes e o setor privado; a gestão interna; o financiamento; o processo de regulação da atenção, além da definição de padrões de qualidade e desempenho para a gestão e a provisão de serviços, tanto públicos como privados.

A governança da RAS tem no financiamento uma questão estratégica e atribuição comum às três esferas de governo. Não basta, todavia, pensar e tomar decisões nesse campo de maneira apenas a reforçar ou consagrar o que já está posto, mas sim orientar a alocação dos recursos no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade. Assim, os repasses financeiros devem ser sempre coerentes com o modelo de atenção adotado, no caso, RAS coordenada pela APS, e com o planejamento de base regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos.

Existe uma série de instrumentos e mecanismos operacionais relacionados com a governança, podendo ser citados, entre outros: o instrumental de diagnóstico, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e regulação assistencial; os sistemas de informação e identificação dos usuários; as normas para utilização de serviços; os procedimentos de compra; o processamento dos contratos de serviços; os procedimentos de certificação e acreditação.

No estágio atual do SUS já foram desenvolvidos, com bastante sucesso, alguns dos componentes da governança para as RAS, como é o caso do Colegiado de Gestão Regional (CGR) e diversos instrumentos de planejamento regional (PDR, PDI, PPI, contratos etc.).

Os CGR devem ser considerados não só o lócus físico da governança regional, como também uma verdadeira nova institucionalidade no âmbito do SUS, enquanto lugares de negociação e construção de consensos. A eles compete desempenhar o papel de espaço permanente de pactuação e de co-gestão solidária e cooperativa, facilitadores que são da interpretação da realidade regional por parte dos gestores.

Como instâncias de planejamento regional, os CGR devem estabelecer prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na integralidade, buscando, além do mais, a otimização dos recursos utilizados. Assim, os planos municipais e estadual de saúde devem ser considerados subsídios indispensáveis ao processo de planejamento regional. Da mesma forma, o PDR e o PDI, bem como uma PPI voltada efetivamente para as necessidades da população e não meramente para a oferta de serviços preexistentes, devem ser considerados como instrumentos essenciais à gestão regional da saúde e à organização adequada de uma RAS.

Em conclusão, o sistema de governança precisa ser único para toda a RAS, dentro do escopo de se ter missão, visão e estratégias comuns às organizações que compõem a região de saúde. Somente assim será possível definir objetivos e metas a curto, médio e longo prazo; promover a articulação das políticas públicas no âmbito regional, além de incrementar e aperfeiçoar a capacidade de gestão do interesse público.

INOVAR OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO E REGULAÇÃO

Devem ser promovidas mudanças radicais dos processos de planejamento, programação e regulação, nos três âmbitos de governo, de forma a superar padrões construídos por séries históricas, quotas de atendimento e ajustes de oferta, de modo a focalizar de forma coerente as necessidades de saúde da população. Cabe destacar que o processo de regulação e as ferramentas correspondentes precisam ser renovados para garantir que a APS disponha dos instrumentos gerenciais adequados para garantir a continuidade da atenção.

As ações programadas devem expressar-se em contratos públicos que coordenem as atividades das partes contratantes de forma a assegurar a produção de um excedente cooperativo, que distribuam os frutos da cooperação, que transpareçam o que foi contratado permitindo monitoramento público e social e que garantam que os compromissos sejam cumpridos.

ESTRUTURAR AS REDES DE ATENÇÃO A PARTIR DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

O processo de estruturação de uma rede de atenção à saúde deve sempre pautar-se pelo conhecimento efetivo das necessidades de saúde da população na região, bem como dos recursos existentes para responder a essas necessidades. Dada a diversidade e a autonomia de nossos municípios, deve-se procurar investir na construção coletiva do “olhar regional”, pautado na utilização apropriada de instrumentos de diagnóstico e na instituição de uma instância colegiada que contemple a participação de gestores, gerentes de serviços de referência e profissionais de saúde da região.

APS QUALIFICADA E ORDENADORA DO SISTEMA

Considerando que a estruturação de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS constitui-se em resposta adequada do SUS no enfrentamento dos desafios colocados pela situação de saúde dos brasileiros, deve-se definir um conjunto de estratégias para torná-la altamente qualificada e resolutiva, possibilitando assim o pleno exercício de ordenamento do sistema e de coordenação do cuidado. Essas estratégias devem focar as especificidades de cada região e serem assumidas conjuntamente pelos municípios, estados e União, de forma a imprimir capacidade no alcance de três funções essenciais da APS: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização.

Tendo em vista o atual estágio de desenvolvimento do SUS, há necessidade que essas estratégias estejam voltadas prioritariamente para: o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento da APS; a melhoria da infraestrutura física e tecnológica dos serviços; a reorganização dos processos internos de trabalho e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gerenciamento das unidades; a educação permanente dos profissionais; e o incentivo à utilização de novas tecnologias de gestão do cuidado, entre outras.

INSERÇÃO DA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA RAS

A integração entre a VS e APS é condição obrigatória para o alcance de resultados positivos no processo de construção da integralidade da atenção nos territórios. Essa construção requer reestruturação dos processos de trabalho, com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, promoção e atenção à saúde.

Na construção da RAS é importante reforçar que o conceito de VS inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos; vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador; vigilância sanitária e promoção da saúde e não é somente a somatória das diversas vigilâncias.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE) E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (UE) ORGANIZADAS COM LÓGICA REGIONAL

O processo de estruturação de redes de atenção à saúde no SUS pressupõe a organização dos serviços de Atenção Especializada (AE) e de Urgência e Emergência (UE) em lógica regional, respeitando-se os princípios de qualidade, acesso e economia de escala.

Nessa perspectiva, há necessidade de se instituir um processo de planejamento regional voltado para dimensionar ou redimensionar essa rede que considere em primeiro lugar a adequação da distribuição geográfica das unidades tanto de AE, incluindo os serviços ambulatoriais especializados, os centros de referência, os hospitais entre outras, como de UE, incluindo seus componentes fixos e móveis. Além disso, há que se considerar: o incentivo ao desenvolvimento de práticas predominantemente em ambientes extra-hospitalares; a necessidade de diversificação de serviços; a adequação do número de leitos das unidades hospitalares, tendo em vista sua viabilidade econômica e a qualidade dos serviços prestados; a necessidade de investimentos em infraestrutura física e tecnológica das unidades; o processo de educação permanente de seus profissionais; e o amadurecimento

dos mecanismos de avaliação e dos instrumentos de contratualização utilizados, entre outras.

A revisão dos processos de trabalho dessas unidades faz-se quase sempre necessária, no sentido de melhorar seu desempenho e melhor adequá-las as prioridades estabelecidas pela rede de atenção à saúde.

APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO ORGANIZADO COM LÓGICA REGIONAL

A organização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico deve também respeitar lógica regional em função dos princípios de qualidade, acesso e economia de escala.

Dada a natureza e a diversidade dos serviços de apoio diagnóstico existentes que incluem serviços de patologia e análises clínicas, de diagnóstico por imagem e de métodos gráficos, e, considerando a possibilidade de provisão por meio de vários prestadores, ressalta-se a necessidade de um processo bastante detalhado e singular de planejamento de oferta em cada rede de atenção à saúde.

Já no que diz respeito à assistência farmacêutica que se concretiza por meio de atividades relacionadas à: padronização, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos, há que se considerar possibilidades de intervenção em todo esse ciclo no planejamento e organização regional desse processo.

SISTEMAS DE APOIO À REDE COM INTEGRAÇÃO REGIONAL

O adequado funcionamento de uma rede de atenção à saúde guarda relação direta com a organização dos sistemas logísticos e de apoio que lhe dão sustentação, garantindo o provimento de recursos e o fluxo de pessoas, de materiais e insumos e de informações.

Os Sistemas Logísticos, que têm como finalidade organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das redes, são constituídos dos seguintes subsistemas:

- de regulação do acesso – é constituído por estruturas operacionais (complexo reguladores) que gerenciam a relação entre a demanda e a oferta de serviços de saúde existentes na rede, respeitando critérios de risco, os protocolos de atenção à saúde existentes e os fluxos definidos.
- de transporte sanitário – estrutura os fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos nas redes. Organizado em lógica regional realiza o transporte de pacientes; de profissionais de saúde; de resíduos de serviços de saúde e de amostras biológicas.
- de registro eletrônico – ancorado em tecnologias de informação e comunicação (TIC) que definem e organizam as infovias, os equipamentos de informática, os *softwares* e a estrutura dos bancos de dados, o registro eletrônico em saúde inclui o cartão de identificação de usuários, o prontuário eletrônico e o envio informatizado de laudos e resultados de exames.
- Já os Sistemas de Apoio que podem ser ampliados em função das necessidades peculiares de cada rede, devem necessariamente contemplar os seguintes subsistemas: assistência farmacêutica, teleassistência e informação em saúde.

PROFISSIONAIS VALORIZADOS E CAPACITADOS

O cuidado ofertado por meio de um sistema de saúde guarda relação direta com o desempenho de seus profissionais. Dessa forma, é imprescindível que se garanta o desenvolvimento adequado dos processos de formação e de educação permanente em saúde, focados nas necessidades de saúde da população e no processo de organização das redes de atenção a saúde. Faz-se necessário também definir padrões nacionais de qualidade que norteiem esses processos.

A utilização de mecanismos adequados de gestão do trabalho deve, obviamente, ser considerada como fator fundamental de sucesso na estruturação de redes de atenção a saúde.

MECANISMOS ADEQUADOS DE GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

O desenvolvimento e a utilização permanente de mecanismos adequados de gestão do cuidado em saúde devem ser incentivados nos processos de estruturação de redes de atenção à saúde. É necessário valorizar o desenvolvimento de padrões nacionais de qualidade na elaboração de diretrizes clínicas com base em evidência. Deve-se ainda buscar o comprometimento dos gestores e profissionais no desenvolvimento e apropriação de novas tecnologias de gestão do cuidado e de ferramentas de gestão da clínica, com foco no cuidado, tais como diretrizes clínicas, protocolos clínicos, acreditação e promoção do autocuidado, tendo como preocupação a demonstração de seu impacto sobre a qualidade da atenção e a eficiência alocativa.

5. REDES DE ATENÇÃO: A SAÚDE COORDENADA PELA APS

A decodificação da APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde é a única compatível com a proposta de redes de atenção à saúde e o SUS está maduro para acolhê-la. São várias as razões: é a interpretação mais correta dos pontos de vista conceitual e operacional; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas, subjacentes a ela; é compatível com o estado de desenvolvimento do SUS; está inscrita no discurso oficial do SUS⁵⁹; e constitui a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS nas redes de atenção à saúde.

Uma agenda para a consolidação da APS como estratégia de reordenamento do SUS envolverá um conjunto integrado de intervenções, que serão expostas nas linhas a seguir.

AUMENTAR A COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

A consolidação da estratégia de redes de atenção no SUS requer um significativo esforço para incrementar o número das equipes de Saúde da Família, até atingir a cobertura de 75% da população brasileira. Para isso, a ESF deverá ser institucionalizada nas regiões mais pobres e deverá ser estendida às regiões integradas economicamente, com foco nas grandes e médias cidades.

INSTITUIÇÕES PROMOVEDO E APOIANDO A APS E O SEU FORTALECIMENTO

É essencial que as instituições do SUS concentrem seus esforços visando o fortalecimento institucional da APS. Essa recomendação de fortalecimento institucional refere-se especialmente às estruturas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Há que se compreender que sem uma ação vigorosa de coordenação e co-financiamento das Secretarias Estaduais de Saúde não será possível implantar a APS renovada no SUS.

Ao mesmo tempo, o adensamento tecnológico da APS que deve ser feito por meio da implantação de diretrizes clínicas baseadas em evidências e a consequente criação das condições tecnológicas para que os procedimentos propostos sejam operacionalizados. Isso exige o adensamento tecnológico da APS provendo acesso a todos os procedimentos previstos nas diretrizes clínicas, o que envolve, inclusive, o fortalecimento dos programas de teleassistência.

INFRAESTRUTURA ADEQUADA PARA A APS

É preciso que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde aprofundem o financiamento para construção ou reforma de unidades de atenção primária à saúde, com todas as condições para o exercício de uma APS renovada, objetivando ganhos de escala, referidas por um plano municipal de infraestrutura física da APS e implementadas por projetos sustentáveis do ponto de vista ambiental.

PROFISSIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E MELHORIA DOS PROCESSOS EDUCACIONAIS

A gestão da APS é muito complexa e exige a sua profissionalização. Há que se incentivar a contratação de gerentes profissionais e a introdução da gestão da clínica na APS. Nessa direção, a consolidação de redes coordenadas pela APS requer melhoria dos processos educacionais na graduação e na pós-graduação. Isso envolve o aprofundamento de medidas como: incentivos para que os cursos de graduação possam educar com foco na prática da APS; incremento das residências em saúde da família; incremento de processos de educação permanente dos profissionais da APS, estruturados com base nos princípios da educação de adultos e ofertados em tempo protegido; e incremento da educação à distância.

INOVAR OS SISTEMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A educação permanente dos profissionais deve migrar de sistemas tradicionais para sistemas inovadores. A educação permanente tradicional que se quer superar caracteriza-se por: intervenções isoladas e pontuais; metodologias centradas nos professores, na transmissão de conhecimentos, na desvinculação das intervenções educacionais das práticas profissionais e na produção de respostas padronizadas e não individualizadas.

A educação permanente dos profissionais de saúde convoca uma mudança profunda nas organizações de saúde que devem colocar a educação como o principal investimento em seus ativos e prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tais objetivos. Isso significa valorizar os momentos educacionais como parte das cargas horárias contratadas ofertando-os, por consequência, em tempo protegido.

RELAÇÕES DE TRABALHO MAIS ESTÁVEIS E SATISFATÓRIAS

Ainda na linha de ação relativa ao processo de trabalho na APS, é fundamental superar os problemas nas relações de trabalho. Há vários caminhos a serem

seguidos para perseguir esse objetivo, entre eles destacam-se: o reforço dos regimes estatutários; a implantação de planos de carreira; a criação de fundos de equalização salarial, especialmente com fundos nacional e estaduais; a garantia de remuneração com parte ligada a performance e a condições de fixação dos profissionais em áreas críticas; e a implementação do abono de permanência em regiões críticas.

Alguns estados do Brasil já conseguiram avanços significativos e inovadores nessa direção (por exemplo, Bahia e Minas Gerais), oferecendo instrumentos concretos para enfrentar as situações de precariedade que ameaçam a correta consolidação da APS no SUS.

IMPLANTAR EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Isso significa adensar a estrutura de recursos humanos incluindo outros profissionais de saúde, além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e pessoal de saúde bucal como membros orgânicos das equipes de PSF.

INVESTIR NA APS

A resolução desses problemas implica aumentar os gastos, especialmente do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, com a APS, o que incrementará a eficiência alocativa dos recursos financeiros do SUS e gerará maior valor para os seus usuários. É preciso garantir que, na regulamentação da Emenda 29/2000, uma parte significativa dos recursos adicionais seja vinculada a gastos com a APS. Assim se concretizará a exortação do Relatório 2008 da Organização Mundial da Saúde (“APS agora mais do que nunca”)⁵, que alerta que a APS não é tão barata e requer investimentos consideráveis, mas produz mais valor para o dinheiro investido que os investimentos nos outros níveis de atenção à saúde.

SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA CENTRAL PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO NO SUS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi modelada, segundo os fundamentos da saúde pública, para atuar considerando que as pessoas e as famílias vivem em territórios de vida que influenciam suas condições de vida e sua saúde. É, também, diferente de modelos de medicina familiar que se estruturam, em alguns países, sem a dimensão territorial e introduzem elementos de competição entre as equipes de saúde e entre os usuários, segundo o princípio da livre escolha. A opção da ESF é por um sistema cooperativo e não competitivo. Essa singularidade da ESF deve ser preservada e aprofundada. Os problemas indiscutíveis que essa estratégia apresenta não serão superados por uma agenda restrita, fixada na forma do trabalho médico nas equipes de saúde da família. Mesmo porque, qualquer que seja o modelo utilizado, ele não funcionará bem sem a superação dos problemas estruturais que apresenta a APS no SUS.

“RADICALIZAR” A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF é uma política pública recente, com 16 anos de vida, um tempo muito curto para consolidar-se como uma estratégia de reordenamento do SUS. Mas há que se reconhecer que existe um sentimento, mais ou menos difuso, da parte de diferentes atores sociais do SUS, de que algo precisa ser feito na APS do SUS. Alguns identificam que a solução estaria na superação da ESF, ou em sua “flexibilização”, ou na volta ao modelo tradicional de organização do trabalho médico na APS pela tríade de especialistas (clínicos, gineco-obstetras e pediatras). Outros, entre eles a Organização Pan-Americana da Saúde, propugnam que a solução está na radicalização da ESF, não no seu enfraquecimento, mesmo que disfarçado como “flexibilização”.

A saída para a implantação de uma APS renovada, no SUS, estaria em consolidar essa proposta generosa e ousada do SUS, superando os problemas que a impedem de transformar-se, efetivamente, na estratégia de reordenamento do SUS, integrada às redes de atenção à saúde. As evidências produzidas no Brasil

sustentam a proposta de radicalização da ESF. Estudos comparativos, realizados em diferentes partes de nosso país, resumido no destaque seguinte, utilizando a metodologia do PCATool⁷⁰, validada para o Brasil, demonstram que a ESF tem um desempenho melhor que as unidades de APS tradicionais, em quase todos os atributos da APS.

ESTUDOS COMPARATIVOS QUE DEMONSTRAM QUE A ESF TEM UM DESEMPENHO MELHOR QUE AS UNIDADES DE APS TRADICIONAIS

- Município de Porto Alegre:
 - Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre⁷¹.
- Município de Petrópolis:
 - Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil⁷².
- Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina (41 municípios):
 - Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde⁷³.
- Estado de São Paulo (61 municípios):
 - Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo⁷⁴.
- Goiás e Mato Grosso (9 municípios):
 - Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil⁷⁵.
- Município de Curitiba:
 - Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008⁷⁶.

LEGITIMAÇÃO SOCIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

É fato natural que ocorram resistências da população a uma nova proposta de atenção. Acostumada por décadas a um modelo de APS fragmentado por especialidades básicas (“criança no pediatra, mulher no ginecologista”, etc...), espera-se que, culturalmente, haja suspeição por parte da comunidade sobre a capacidade de um médico generalista, ou de família e comunidade, atender diversos segmentos etários ou etapas do ciclo vida. A ruptura dessa resistência dá-se pela presença de alguns elementos essenciais, relacionados a seguir:

- Envolvimento da comunidade no processo de conhecimento e planejamento das ações das equipes multidisciplinares, mesmo antes de sua implantação no território.

- Adoção do modelo de acolhimento e atenção à demanda não programada, gerando assim um processo que proporcione uma escuta inicial, classificação de problemas e consequente extinção de barreiras ao acesso vinculadas a senhas e filas.
- Qualidade clínica no atendimento, que venha a dar ao usuário segurança de que suas queixas e agravos serão resolvidos localmente em sua maioria e referenciados, quando necessário, de forma segura e sem “peregrinação” pela rede de saúde.
- Qualidade humana para a percepção da subjetividade presente nas queixas e episódios de procura aos serviços de APS, criando um vínculo de confiança e sensação de “pertencimento” por parte do usuário.
- Integração com outros serviços e equipamentos sociais presentes no território, formando um leque de alianças que venha a solidificar a presença local da equipe de saúde.
- Competência cultural para entender e negociar a introdução e/ou exclusão de hábitos de vida e práticas de saúde que venham a beneficiar a qualidade de vida das pessoas.
- Devolução à comunidade dos resultados do trabalho da equipe de saúde, demonstrando a importância de sua presença como fator na redução da morbidade, mortalidade e melhoria da condição de vida e saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2004 dez; 9(4): 897-908. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en.
2. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília:OMS; 2003.
3. Bengoa R. Empantanados. *RISAI [periódicos na internet]*. 2008; 1(1):8. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8>
4. Organização Pan-Americana da Saúde. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington:OPS; 2007.
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca [CD-ROM]. [S.I.]: OMS; 2010.
6. Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920. Washington:OPS; 1964. (Publicación Científica n. 93).
7. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Hosp Health Serv Adm*. 1993; 38(4):447-66.
8. Leatt P, Pink GH, Naylor CD. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *CMAJ* 1996 Mar 15; 154(6): 803–809. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487797/?page=1>.
9. Ham, C. Clinically integrated systems: the next step in English health reform? London: The Nuffield Trust; 2007. (Breafing Papers). Disponível em: http://www.hsmc.bham.ac.uk/staff/pdfs/Clinically_integrated_systems.pdf.
10. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
11. Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).
12. Organização Pan Americana de Saúde. Resolución CD49.R22: redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2009. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf).

13. Tufts Managed Care Institute [homepage na internet]. Population-based health care: definitions and applications [acesso em setembro de 2008]. Disponível em: <http://www.thci.org>
14. Wagner EH. Chronic disease Management: what will take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998 Aug-Sep; 1(1):2-4.
15. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo horizonte:Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
16. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Brasília:UNICEF; 1979.
17. Vuori H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Med* 1984 Aug; 6(3):221-31.
18. Unger JP, Killingsworth J. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Soc Sci Med* 1986; 22:1001-1013.
19. Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire:Open University Press; 2006.
20. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília:UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
21. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA* 1991; 266: 2268-2271.
22. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Serv Res*, 2003 jun; 38: 819-853.
23. Health Council of the Netherlands. *European primary care*. The Hague: Health Council of the Netherlands; 2004.
24. Organização Mundial da Saúde. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: Health Evidence Network; 2004.
25. Mamede S, Penaforte, J. (Org). *Aprendizagem baseada em problemas: Anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec; 2001.
26. Brasil. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. DF: Senado Federal; 1988.
27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde*. Brasília: CONASS; 2010. (CONASS documenta, n. 21). Disponível em: http://www.conass.org.br/arquivos/file/conass_documenta_21.pdf.
28. Temporão JG. O SUS e o direito da coletividade. *Folha de São Paulo* 2009 abril 26; p.A3.

29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
30. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. IDB 2009 Brasil: Indicadores e dados básicos para a saúde. Rio de Janeiro: RIPSA; 2010.
31. Ministério da Saúde (Brasil). Regulamentos dos Pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Pactos pela Saúde 2006, vol 2)
32. Brazil's Family Health Programme [editorial]. BMJ 2010; 341:c4945.
33. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília:CONASS; 2006.
34. Brito, F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte:CEDEPLAR/UFMG; 2007.
35. Ministério da Saúde (Brasil). Vigitel Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
36. Frenk, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.
37. Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics 2010. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf
38. Thomson S, Foubister T, Figueiras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies; 2009. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/76041/E93058.pdf
39. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990, Seção 1, p. 18055–18059.
40. Brasil. Constituição (1998). Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União 14 set 2000; seção 1:1.
41. Ugá MA, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública 2006 ago; 22(8):1.597-1.609.
42. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc. saúde coletiva 2002; 7(3): 401-412.
43. Ministério da Saúde (Brasil). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 34 p.

44. Calmon PCP. A política orçamentária no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. In : Rocha PE, organizador. Políticas públicas Sociais: um novo olhar sobre o orçamento da União 1995-1998. Brasília : Instituto Nacional de Estudos Sócio Econômicos; 1999.
45. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant 2007 Dez; 7(4): 495-502.
46. Ministério da Saúde[homepage na internet]. Sala de situação em saúde. Transferência direta e fundo a fundo. Transferência fundo a fundo. Grandes blocos por UF [acesso em 23 nov 2010]. Disponível em http://189.28.128.178/sage/gestao_saude/fundo_a_fundo/tab_bloco_uf.php
47. Kutzin J. Health financing policy papers: a guide for decision makers. Copenhagen: WHO; 2008.
48. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb MS, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfactions with care. Ann Intern Med fev 2003; 138: 288-298.
49. Jencks S F, Huff ED, Cuerdon T. Changes in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998/1999 to 2000/2001. JAMA 2003; 289: 305-312.
50. Joumard I, Christophe A, Nicq Chantal, Chatal O. Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. Paris: OECD; 2008. (OECD Economics Department Working Papers, n. 627)
51. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. Health Affairs jan-fev 2008;27(1): 58-71.
52. Health Council of Canada [homepage na internet]. Value for money: making Canadian health care stronger [acesso em fev 2009]. Disponível em: <http://www.canadavalueshealth.ca>
53. Smith MK, Wood WB, Adams WK, Wieman C, Knight J.K, Gulid N, Su TT. Why peer discussion improves student performance on in-class concept questions. Science 2009; 323(5910),122-124
54. Organisation for Economic Co-operation and Development. Value for money in health spending. Paris: OECD; 2010. (OECD Policy Study)
55. Medici, AC. Judicialização,integridade e financiamento da saúde. Diagn Tratamento. 2010; 15(2):81-7.
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Contagem da População 2007. [acesso em 12 jul 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007/layoutTCU14112007.pdf>.
57. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva 2001; 6(2): 451-455.

58. Solla JJSP, Santos FP. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. In: Ministério da Saúde (Brasil). Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 361-389.
59. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
60. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. [acesso em fev 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
61. Statistics Canadá [home page na internet]. 2008 Canadian survey of experiences with Primary Health Care. [acesso em jun 2009]. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090205/dq090205e-eng.htm>
62. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 4729, 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 31 dez 2010; seção 1.
63. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília:Ministério da Saúde; 2007. (Pactos pela Saúde 2006, v. 7).
64. Ministério da Saúde (Brasil). Regionalização solidária e cooperativa: orientações para a sua implementação no SUS. Brasília:Ministério da Saúde; 2006. (Pactos pela Saúde 2006, v. 3).
65. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington: The National Academies Press; 2001.
66. Smith PC. Measuring the value for money in healthcare: concepts and tools. London: The Health Foundation; 2009.
67. Network for Regional Healthcare Improvement. From volume to value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs. Pittsburgh: NRHI; 2008. (NRHI Health Care Payment Reform Series). Disponível em: <http://www.rwjf.org/files/research/nrhiseriess1rpt.pdf>.
68. Silva SFA. A construção do SUS a partir do município. São Paulo: Hucitec, 1996.
69. Rondinelli DA. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: Rondinelli DA. (Editor): Public administration and democratic governance: governments serving citizens. [S.l.]: United Nations; 2006. p. 1-28. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan025063.pdf>.
70. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública [periódicos na Internet]. 2006 ago; 22(8): 1649-1659. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en.

71. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante. Tese [Doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública] -Universidad de Alicante; 2004.
72. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int. J. Health Mgmt* 2004; 19: 303-317.
73. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênci. saúde coletiva jul/set 2006*, 11(3): 669-681.
74. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênci. saúde coletiva jul/set 2006*; 11(3): 683-703.
75. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008, 24(sup1): S148-S158.
76. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

ANEXO I

Relação dos gestores/profissionais/pesquisadores que responderam ao questionário sobre o documento-síntese

Ademar Arthur Chioro dos Reis	Jarbas Barbosa da Silva Jr
Alberto Beltrame	Jorge José Santos Pereira Solla
Afra Suassuna Fernandes	José Agenor Álvares da Silva
Andre Luis Bonifácio de Carvalho	José Ênio Servilha Duarte
Antônio Carlos Figueiredo Nardi	José Maria Borges
Antonio Roberto Stivalli	Jurandi Frutuoso Silva
Aparecida Pimenta	Lucia Queiroz
Carlos Eduardo Aguilera Campos	Marcelo Gouvêa Teixeira
Claunara Shilling Mendonça	Marcus Vinicius Caetano Pestana da Silva
Dea Mara Carvalho	Maria do Carmo Cabral Carpintéro
Edmundo Gallo	Maria José de Oliveira Evangelista
Eliane Regina da Veiga Chomatas	Neilton Araujo de Oliveira
Elias Rassi Neto	Nelson Rodrigues dos Santos
Elizabeth Barros	Nilo Bretas Junior
Emerson Elias Merhy	Oswaldo Yoshimi Tanaka
Ezaú Pontes	Patricia Tavares Ribeiro Aguilera Campos
Fausto Pereira	Paulo Eduardo Elias
Francisco Campos	Ricardo de Freitas Scotti
Gerson Oliveira Penna	Roberto Passos Nogueira
Gilson Carvalho	Ruth Borges Dias
Gonzalo Vecina Neto	Sergio Francisco Piola
Gustavo Diniz Ferreira Gusso	Sólón Magalhães Viana
Heloiza Machado de Souza	Suzana Cristina Silva Ribero
Helvécio Miranda Magalhães Júnior	

ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS RESULTADOS DA INTERLOCUÇÃO COM ESPECIALISTAS NACIONAIS*

A abordagem utilizada nesse documento representa apenas uma aproximação à variedade e densidade das respostas dos interlocutores da pesquisa. Mas, sem dúvida, a apreciação dos dados assim obtidos, conforme se mostra adiante, fornecerá alguns elementos interessantes para análise e reflexão.

O conjunto de respostas fornecidas pelos interlocutores, organizadas pelo grau de concordância ou discordância dos mesmos em relação às afirmativas permitiria uma elaboração quantitativa na qual três grupos poderiam ser formados: (a) o da maior discordância, dado pelas notas 0 e 1; (b) da maior concordância, inversamente, com as notas 4 e 5, além de um grupo intermediário (c), das notas 2 e 3, do qual se pode dizer que os respondentes tiveram pouca convicção a respeito do que se afirmava.

A primeira constatação possível é a de que o grau de consenso, ou seja, de concordâncias é muito alto a respeito do que foi afirmado. Prova disso é a alta prevalência de respostas do grupo 4+5, acima de 85%, ou seja, em 17/30 vezes.

Esses inquestionáveis consensos, retirados da própria lista de afirmativas constantes do instrumento de pesquisa, estão sumarizados nos tópicos a seguir.

1. No desenvolvimento de relações interfederativas mais harmônicas e produtivas no SUS deve ocorrer fortalecimento e redefinição dos papéis da gestão nas três esferas de governo, questão essencial à governança do sistema; o Ministério da Saúde, particularmente deve redefinir e aprofundar seus atributos, de forma a garantir não só a integridade dos princípios do SUS como se transformar em agente mobilizador, financiador e indutor das ações de gestão entre as esferas de governo, especialmente no processo de organização das regiões de saúde, dentro da lógica das redes integradas baseadas

* Documento preparado por FLAVIO GOULART.

na APS, além de garantir a funcionalidade e a padronização dos sistemas de informação em saúde.

2. Outros papéis previstos para o Ministério da Saúde em tal sistema renovado são: a adequação dos processos de gestão próprios e do correspondente incentivo aos outros níveis de governo; a garantia de padrões nacionais de qualidade em saúde, inclusive na gestão da clínica; a promoção da qualidade e da funcionalidade em relação às edificações, estruturas, equipamentos em saúde, da avaliação tecnológica em saúde, bem como dos processos da formação e da educação permanente em saúde.
3. Uma nova política de financiamento deve ser implementada, com o pressuposto de que o aporte puro e simples de mais recursos não resolveria todos os problemas do sistema, dado o desafio do aprimoramento da gestão do sistema, mediante as condições seguintes: alocação redistributiva e corretiva das distorções da alocação de recursos; não limitada aos dispositivos da EC 29/2000, mas sim em termos de aumento sensível de percentual do PIB destinado à saúde, da inversão da relação existente entre gasto público e privado, como da correção de iniquidades regionais; redução do financiamento por produção de serviços, com incremento dos repasses financeiros *per capita*, mediante acompanhamento dos indicadores de saúde e foco nos territórios; suficiência do financiamento da atenção primária e da média complexidade e não apenas o da alta complexidade.
4. A formação de redes integradas de atenção baseadas na APS é essencial ao desenvolvimento de um modelo renovado de saúde e de uma governança efetiva do sistema, com ênfases na interdependência e cooperação na gestão entre entes federativos e respectivas instâncias colegiadas, bem como nos focos nos territórios e na população adscrita; na integração dos sistemas logísticos e de apoio; nos mecanismos de governança e na eficiência dos instrumentos gerenciais.
5. A gestão de redes de atenção à saúde deve ter como pressupostos: o desenvolvimento de planos e outros instrumentos de gestão com foco regional; a promoção de mudanças nos processos planejamento, programação e regulação, nos três âmbitos de governo; na superação das séries históricas, das quotas de atendimento e dos ajustes de oferta, de modo a focalizar de

- forma coerente as necessidades de saúde da população, além da renovação dos processos de regulação e das ferramentas correspondentes.
6. A atenção primária à saúde deve se constituir como fator estruturante do modelo de atenção à saúde, em caráter proativo, com planejamento focado nos territórios e nas necessidades de saúde da população, tendo ainda como fatores determinantes: o comprometimento dos gestores e dos profissionais de saúde com as ferramentas de gestão da clínica; as mudanças no processo de formação e da capacitação profissional; o financiamento adequado da APS; a ruptura com os modelos de atenção primária seletiva, bem como o fortalecimento, a ampliação e a radicalização da Estratégia de Saúde da Família.

De forma inversa e coerente, o grau de divergências é relativamente escasso. Arbitrando-se a cifra de 10% como base, verifica-se que o grupo 0+1 somente mostra essa marca em duas situações, ou seja, na primeira e na quarta afirmativas do item A1. Se se acrescentar a essa categoria o grupo 2+3, ou seja, dos duvidosos, verifica-se que essa última situação ocorre 17 vezes.

Tentando focalizar apenas o que é mais expressivo em face dos aspectos acima, nas linhas a seguir serão feitas considerações analíticas a partir dos comentários fornecidos voluntariamente pelos interlocutores nos respectivos instrumentos a respeito de: (a) situações de maior discordância, nominalmente relativas às afirmativas 1 e 4 do grupo A1; (b) situações duvidosas de cifras mais altas (acima de 20%), que não tenham sido contempladas no item anterior.

AS RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS NO SUS

O enunciado – *a municipalização da saúde, embora demonstre numerosas vantagens para o SUS, é também fonte de alguns problemas, por exemplo, derivados do pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, que afeta a racionalidade de escala e compromete a eficiência do sistema de saúde em termos de resolutividade e qualidade* – foi, sem dúvida, o item que mais suscitou divergências entre os interlocutores, com cifra de 18% especificamente para a

nota zero, o que não ocorreu, nem mesmo de forma aproximada, com nenhuma outra afirmativa ao longo do questionário.

Essa significativa rejeição ao que foi disposto diz respeito, como se vê, ao complexo estatuto das relações federativas no SUS, mais particularmente ao que se acredita ser atributo da esfera municipal de governo e de uma possível disputa de poder com a esfera que lhe é mais próxima – a estadual.

Assim, o questionamento de que a municipalização também possa acarretar *problemas* parece ter sido o ponto mais sensível. Nesse tópico, um primeiro – e mais forte – grupo de argumentos procura qualificar os termos da municipalização da saúde no Brasil, dentro do pressuposto de que ela talvez não seja a verdadeira causa do problema, transferindo-a para outras esferas de governo ou pelo menos considerando a necessária interdependência, que no SUS ainda é precária. Nesse sentido, o processo desenvolvido até o momento no País é considerado incompleto, com restrita autonomia dos entes federados, cumprimento precário da legislação e insuficiente financiamento. O problema não estaria, além do mais, apenas no pequeno porte da maioria das cidades brasileiras, mas também na distância entre as sedes municipais.

SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO

De toda forma, a municipalização tem sua essencialidade valorizada, considerando que somente os municípios poderiam estabelecer políticas diretamente a partir das necessidades da população, condição imprescindível para que a atenção básica e a noção de redes funcionem. A municipalização, vista por esse prisma, não seria a “fonte” dos problemas do SUS; pelo contrário, os serviços de APS constituem modalidade estruturante do sistema de cuidados à saúde – e que requerem desconcentração – devendo estar sempre sob gestão municipal.

Considera-se, além do mais, que a municipalização realmente existente no Brasil não se viu acompanhada de uma qualificação correspondente das municipalidades, mas sim de simples transferência de responsabilidades para as mes-

mas, assim mesmo com recursos insuficientes. Assim, há quem acredite que os problemas gerados pela municipalização em saúde derivam mais de estratégias equivocadas para sua efetivação e não dessa opção *de per si*.

Reforçando tal tese é citado que a municipalização isolada e restrita em relação à regulação, à equidade e à integralidade em saúde, a partir dos anos 90, quando foi estimulada a municipalização em nome da universalidade, incrementou espetacularmente a cobertura e a inclusão a baixo custo, sem alterar, entretanto, os modelos de gestão e atenção. É lembrado que o alcance da equidade, da integralidade e da regionalização custaria muito mais do que isso.

A questão do porte do município e sua relação com a eficiência, citada na afirmativa em foco, demonstrou ser um ponto bastante sensível entre os interlocutores. Afirmou-se que, se cada esfera de governo cumprisse de fato e de direito seu papel dentro da lógica de um real pacto interfederativo, com autonomia, solidariedade e cooperação, tais problemas estariam já solucionados. Assim, considera-se que “acusar” os municípios de pequeno porte pela não-resolutividade representaria, no mínimo, desconhecer a tríplice responsabilidade federativa no SUS. Mais do que um problema, portanto, tal situação é considerada parte da realidade, que demanda diferentes estratégias para enfrentamento, de forma coerente com a complexidade tecnológica dos serviços a serem ofertados.

Ainda quanto ao papel dos municípios, é destacada sua importância estratégica, de forma associada aos estados e União, especialmente nos grandes municípios e/ou municípios de importância regional.

O PAPEL DOS ESTADOS

Outro aspecto debatido com relativa intensidade nos comentários foi relativo ao papel dos estados, particularmente no apoio técnico e financeiro aos municípios. Nesse aspecto, é apontada intensivamente a fragilidade da gestão estadual, no seu papel de coordenador da regionalização e da formatação de redes, mais do que propriamente a municipalização.

Os estados, assim, deveriam assumir um papel mais ativo na organização das redes e da própria municipalização da saúde, mas lamenta-se que a realidade mostre, na prática, uma baixa capacidade da maioria das SES de apoiar ou mesmo monitorar a gestão municipal, bem como de organizar seus próprios níveis regionais. Daí decorre o precário apoio técnico e financeiro que promovem as SES, dificultando a reorientação do modelo assistencial e enfraquecendo a autonomia, a hierarquização, a regionalização da atenção, a responsabilização solidária, assim como a APS nos municípios, especialmente nos de pequeno porte. A própria racionalidade da escala poderia ser incrementada dentro de um processo de regionalização no qual as SES assumissem efetivo papel coordenador de redes regionais, apoiando os CGR.

A noção de escala e sua implementação foi outro aspecto que compôs o repertório de argumentos contrários à municipalização como *problema*. Aqui parece existir certa dificuldade com o próprio conceito de *escala*, por exemplo, diante da afirmativa de que não seria o porte dos municípios que comprometeria a eficiência do sistema de saúde, mas sim o inverso, o que leva à defesa de outro modelo de descentralização que induzisse uma articulação e pactuação regionalizada entre os municípios menores.

Já na afirmativa: *o fortalecimento e redefinição dos papéis deve afetar de maneira especial o gestor estadual, considerando a sua relevância na regionalização e no desenvolvimento de redes de atenção à saúde* – houve também divergência mais expressiva, além de grau relativamente alto de incerteza.

O que parece ter sido o ponto de tal divergência foi a defesa da necessidade de que o gestor estadual venha a receber tratamento especial na redefinição de seu papel federativo, pelo menos a saúde. Sobre tal questão, as manifestações e comentários registrados pelos interlocutores nos formulários de resposta oferecem alguns subsídios importantes para a discussão. O apelo mais forte é, de forma correspondente, pela responsabilização solidária dos três entes federados, sem o que não poderia haver regionalização e formação de redes.

Sem perder de vista a tradicional questão dos atributos de cada nível de governo não deixa de ser evidenciado certo reforço ao papel dos estados (“o mais perdido entre os entes federados”), com manifestação de preocupações em relação a uma pretensa redução do papel dos municípios.

O gestor estadual não é, de forma alguma, eximido de responsabilidades, já que seu papel está bem explicitado na Lei Orgânica da Saúde e no Pacto pela Saúde, apontando-se, entre outros aspectos, que o mesmo deve comprometer com: (a) desenvolver melhor suas responsabilidades e capacidades de articulação; (b) formulação política com maior grau de proatividade; (c) abandonar o papel caudatário em relação ao MS; (d) assumir, junto ao governo federal e também com os municípios, papel mais incisivo no desenvolvimento da regionalização e das redes assistenciais em saúde, de forma a superar a fragmentação vigente; (e) apoiar tecnicamente e financeiramente os municípios; (f) fomentar a criação de espaços de cooperação intermunicipal que viabilizem a capacidade executiva das pactuações entre os municípios e destes com o Estado; (f) garantir a adequada utilização da noção de escala, de forma a aprimorar a eficiência do sistema. Em suma, o denominado *não-lugar* do nível estadual deve ser um desafio a ser superado, já que o problema é de todos os níveis e a baixa institucionalização de todos, no plano infraconstitucional.

O PAPEL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

De forma insistente é lembrado que o Ministério da Saúde também carece rever seu funcionamento interno, que é bastante fragmentado, prejudicando assim o funcionamento adequado do sistema. Adverte-se que redesenhar o SUS implica, necessariamente, a redução do protagonismo do MS, que seria excessivo em um sistema de saúde descentralizado, com presença marcante mesmo em questões típicas do cotidiano dos serviços de saúde. Para o desenvolvimento de redes, embora o papel do gestor estadual seja o mais importante, os atributos do MS também deveriam ser redefinidos, inclusive para se evitar tutela excessiva. Para isso é fundamental intensificar os mecanismos de diálogo entre os diversos níveis de governo, seja na formulação ou na implementação de políticas de saúde.

Na verdade, a afirmativa de que deva ocorrer *fortalecimento e redefinição dos papéis dos três níveis de governo e sua relação com a governança do SUS e das redes*, foi objeto de grande consenso, com discretos indicativos de possível dúvida nas respostas. Em breve digressão, os comentários registrados dizem respeito, com mais intensidade à necessidade de qualificação do que seja fortalecimento, redefinição e responsabilização, além da necessidade de maior consenso sobre o próprio conceito de redes.

Há também questionamentos sobre se a redefinição de papéis federativos precede e determina o fortalecimento das esferas ou se o fortalecimento, não a redefinição, que tem papel essencial. Entretanto, há também quem defenda a ideia de que não é necessária nenhuma “redefinição” desses atributos, já que eles estão suficientemente estabelecidos no arcabouço legal do SUS.

Os desejáveis atributos do Ministério da Saúde são mencionados na afirmativa que preconiza ser o MS um *agente mobilizador, coordenador, financiador e indutor das ações da gestão estadual para a aproximação e integração entre os estados e destes com os municípios*. Ela foi objeto de questionamentos e iniciativas de esclarecimento, mais do que de rejeição.

O foco das ações do MS na gestão estadual, de forma isolada, com ênfase na autonomia da mesma, foi questionado, em nome da governança de um sistema que transcenderia essas duas esferas. O papel do MS deveria ser, assim, de monitorar e apoiar as SES para cumprirem seu papel, com cuidado para não transformá-las em meras “delegacias” federais. Os limites da coordenação do MS nos Estados são lembrados, de forma que nem todas as responsabilidades devam estar centradas no gestor federal.

A delicadeza e a complexidade da relação entre os três níveis da federação são reforçadas, mas também se acredita que, em determinadas circunstâncias, o MS deverá se relacionar diretamente com os municípios, mesmo sem intermediação das SES. Caso contrário, estabelecer-se-ia uma “hierarquia” entre os entes federados, o que não tem fundamento legal.

Especificamente sobre os atributos diretos do MS o tema da indução foi reiterado, considerando-se que, em algumas ocasiões, essa função praticada de forma deletéria sobre as relações interfederativas, por exemplo, na indução de políticas por incentivo financeiro, que se traduzem na organização de programas verticais e não na organização horizontal da rede de atenção. As ações do MS deveriam, sempre, reconhecer as diversidades regionais, respeitando a soberania e a autonomia de cada ente. No que tange à gestão das redes ela deve ser mais “minimalista”, restringindo-se à definição de padrões, protocolos, critérios de avaliação.

O papel de “coordenador” exercido pelo MS é questionado, propondo-se, alternativamente, que o exercício da mobilização e da indução de políticas já estaria de bom tamanho. O processo de indução dever incluir também os municípios, atuando o MS como mediador para enfrentar resistências associadas a fatores políticos regionais e locais. Enfatiza-se, ainda, que a responsabilidade indutora deva se manter compartilhada com a CIT.

Da mesma forma, a prática federal de “fracionar os recursos” é rejeitada, bem como a costumeira indução de políticas vinculadas ao financiamento.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE E A “GARANTIA DE PADRÕES NO SUS”

O possível atributo do MS em *garantir padrões nacionais de qualidade e de funcionalidade em relação às edificações, estruturas, equipamentos em saúde* também fez parte das situações aqui contempladas, ou seja, daquelas que foram objeto de dúvidas, mais do que de certezas.

As principais ressalvas colocadas foram de que sejam considerados apenas padrões básicos, sem querer abarcar e exaurir todos os aspectos normativos e técnicos, bem como do respeito às diferenças regionais, sem abrir mão de se garantir padrões mínimos de qualidade, possibilitando, assim, aos municípios e estados avançar na qualidade de seus padrões, dentro de suas possibilidades.

É recomendada a substituição da palavra “padronização” por “certificação” e também de “garantir padrões” por “induzir ou estabelecer padrões”. A noção de padrão é considerada, além do mais, um tanto impositiva e autoritária. Padrões de qualidade seria uma expressão mais aceitável do que padrões de processo.

Coloca-se a alternativa de que ao MS caberia “regular a incorporação tecnológica na saúde em geral”, como já acontece no caso de medicamentos.

Aqui, mais uma vez, a primazia do MS é posta em questão, dada a consideração de que as SES poderiam fazer o mesmo papel com base em normas de órgãos especializados e de forma conjunta com os municípios.

Observações semelhantes são feitas com relação à afirmativa *garantir padrões nacionais na avaliação tecnológica em saúde – ATS*, por parte do MS, lembrando-se, adicionalmente, que cumpre ampliar o conceito de tecnologia para além dos elementos “duros” que têm sido historicamente centrais, de forma a incluir, por exemplo, a gestão e a produção de cuidados.

A complexidade e o impacto que a ATS tem para o sistema de saúde recomendariam, por si só, que o MS atuasse em parceria com universidades, outras organizações científicas e demais esferas de governo, ao invés de assumir a responsabilidade exclusiva pela ATS e pela decisão (técnica, política e financeira) de bancar a incorporação de novas tecnologias, missão que extrapola a órbita do sistema público e deveria valer para a saúde suplementar também.

De forma semelhante, os *padrões de qualidade dos processos da formação e da educação permanente* são debatidos. Nesse campo, é posta ênfase especial no respeito às diversidades e necessidades locais e regionais, tendo em vista que o processo histórico do SUS, que traz a centralização estadual dos recursos, não favoreceria o atendimento às necessidades locais. Assim, é lembrado que a Política de Educação Permanente deve ser, acima de tudo, descentralizada e desenvolvida com base na realidade regional. Deve-se buscar, ademais, sintonia entre o aparelho formador e o SUS. No caso dos padrões profissionais nacionais, que são muito díspares no País, questiona-se se para as profissões de nível técnico

e, principalmente, auxiliar se esses padrões seriam operantes, diferentemente do nível superior.

O FINANCIAMENTO

A afirmativa que foi objeto de incertezas, nesse caso, foi aquela relativa à possibilidade de uma *redução radical no financiamento por produção de serviços, com incremento dos repasses financeiros per capita, mediante acompanhamento dos indicadores de saúde e foco nos territórios*. Uma análise geral dos comentários dos interlocutores não mostra maiores divergências em relação ao enunciado acima, mas apenas manifestações de cautela e gradatividade em relação às mudanças propostas. O enfoque central é o de que o mais importante seria assegurar a descentralização da decisão alocativa, com ênfase na “concertação” intergovernamental, de forma a que se encontre o “mix” de modalidades capaz de prover o melhor atendimento possível ao perfil epidemiológico dos diferentes locais.

Uma síntese das ideias apresentadas é mostrada no destaque a seguir:

- Que se aumente o peso de tais parâmetros e indicadores no cálculo da transferência, mas a produção de serviços seguirá sempre sendo um parâmetro essencial.
- Necessidade de maior explicitação de quais seriam os indicadores de desempenho e eficiência, que dependem de fatores externos ao sistema de saúde.
- “Recursos seguindo usuários” não deve ser uma panaceia burocratizante; alternativa: “recursos seguindo necessidades de saúde”.
- As mudanças não devem acarretar perda da autonomia municipal (do tipo: “o município faz e os outros controlam e regulam”).
- As mudanças devem alcançar inclusive os repasses “por projeto” ou destinados a determinadas ações, na modalidade convenial, bem como separar transferências federais (repasses) da compra de serviços, que deveria, essa última, ser restringida de fato, a não ser em situações pontuais (compra dentro do setor público estadual ou municipal).
- Gradatividade das mudanças é essencial, passando pela contratualização dos prestadores de acordo com a sua produção e qualidade, visando a regulação regional do acesso e mais adiante o modelo *per capita*.

- Importante estabelecer metas quantitativas e qualitativas baseadas na integralidade, nos parâmetros de necessidade e na combinação de mecanismos de financiamento, de forma pactuada por região, com aprovação dos conselhos de saúde.
- Investir na capacidade de regulação, controle e avaliação dos gestores, particularmente na gestão de serviços filantrópicos e lucrativos, hoje um fator impeditivo para mudanças dessa natureza.
- As mudanças propostas não devem desconsiderar as ações de promoção e prevenção, bem como na utilização de critérios focados em doenças e não nas pessoas.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A incerteza dos interlocutores pesou mais sobre a afirmativa: *as redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS são as respostas adequadas do SUS para enfrentar a atual situação de saúde*. Considera-se, acima de tudo, que as imensas diferenças regionais e intrarregionais que ocorrem no Brasil não recomendariam uma solução única; assim, as redes integradas constituem resposta adequada, talvez a mais importante, mas não única.

Alguns condicionantes da formação de tais redes são apontados e uma síntese dessas observações é mostrada no destaque a seguir:

- Há necessidade de se homogeneizar o conceito de *redes*, bem como de definir estratégias de transição entre os modelos tradicionais existentes e o novo, para evitar o desenvolvimento de modelos paralelos.
- Deve ser fortalecida a diretriz de atenção a demanda mediante regulação.
- Aporte de novos recursos e financiamento sustentável constituem aspectos essenciais em tal proposta, com investimento no conjunto dos pontos da rede, sob pena de se fragilizar o cuidado integral.
- Ênfase na coordenação a partir da APS, bem como na qualidade, na resolutividade, no cuidado centrado no território e gerido a partir daí, na mudança também do modelo de gestão.
- Necessário enfrentar a questão do público e do privado, um verdadeiro “nó” do SUS

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E APS

A afirmativa: *o fortalecimento da APS deve estar focado na ampliação e na radicalização da Estratégia de Saúde da Família, em caráter substitutivo ao sis-*

tema fragmentado foi objeto de certo grau de discordância, e principalmente de incerteza, por parte dos interlocutores.

Assim, são apontadas inúmeras limitações do modelo vigente, ao tempo que se recomenda que a ESF deva passar por avaliação e adequações, tais como a necessidade de resolver o problema da falta de médico de família em não menos do que 40 horas semanais; que a “radicalização” da ESF deva necessariamente passar pela intensificação e aprimoramento dos processos de formação profissional para tal modelo, principalmente de médicos, a médio e longo prazos, bem como que não se repitam os equívocos do sistema mais tradicional: médico centrado, consulta-resposta, falta de articulação agudo/crônico, pouca ênfase na promoção da saúde, inter e multissetorialidade, fomentando-se a garantia de atenção integral e oportuna, respondendo efetivamente às necessidades de saúde da população.

Foi também abordada, com ênfase, a questão (polêmica) da existência de outros modelos possíveis para viabilizar a APS. O mote é o de pensar um modelo de APS dentro de um sistema plural como o SUS, no qual ela pode não ser a porta única e obrigatória de acesso, considerando, assim, as distintas realidades do país e a capacidade criativa e inventiva das regiões para resolução dos problemas. A estratégia de SF deve ser fortalecida, mas não seria a única capaz de fortalecer a atenção básica, como bem o demonstram exemplos de outros países com acesso universal. Há que se discutir melhor os modelos bem-sucedidos existentes no mundo e seus potenciais. Importante, de fato, seria assegurar porta de entrada permanentemente aberta aos pacientes, com garantia de trajetória acompanhada nos diferentes pontos da rede necessários ao atendimento integral ao seu problema.

Algumas alternativas apontadas são a formação de equipes com e sem ACS, a possibilidade de que os profissionais possam compartilhar suas atividades entre as USF e Universidade, além da mudança na remuneração para fórmulas mistas de captação, produção e resultados alcançados.

QUADRO: AFIRMATIVAS DO QUESTIONÁRIO E GRAU DE CONSENSO / DISENSO (QUANTITATIVO)

AFIRMATIVAS (%)	(0+1)	(2+3)	(4+5)
A.1: Desenvolvimento de relações interfederativas mais harmônicas e produtivas no SUS...			
A municipalização da saúde, embora demonstre numerosas vantagens para o SUS, é também fonte de alguns problemas, por exemplo, derivados do pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, que afeta a racionalidade de escala e compromete a eficiência do sistema de saúde em termos de resolutividade e qualidade.	23	21	56
O fortalecimento e a redefinição dos papéis da gestão federal, estaduais e municipais são fundamentais para a governança do SUS como um todo e do sistema com formato de redes em particular.	3	20	77
O fortalecimento e a redefinição dos papéis da gestão federal, estaduais e municipais são fundamentais para a governança do SUS como um todo e do sistema com formato de redes em particular.	8	7	85
Esse processo de fortalecimento e redefinição dos papéis deve afetar de maneira especial o gestor estadual, considerando a sua relevância na regionalização e no desenvolvimento de redes de atenção à saúde.	11	18	72
A.2: Em um sistema renovado de gestão e atenção à saúde, devem constituir atributos do Ministério da Saúde...			
Garantir a integridade dos princípios do SUS em escala nacional.	0	10	90
Ser agente mobilizador, coordenador, financiador e indutor das ações da gestão estadual para a aproximação e integração entre os estados e destes com os municípios.	6	34	60
Promover reforços e incentivos à gestão estadual para o processo de organização das regiões de saúde, na lógica das redes integradas de atenção à saúde baseada na APS.	0	12	88
Financiar solidariamente a saúde, dentro de uma lógica redistributiva, por meio da correção das distorções da alocação de recursos, da adequação dos processos de gestão próprios e do correspondente incentivo aos outros níveis de governo.	0	2	98
Garantir a funcionalidade e a padronização dos sistemas de informação de base nacional e do registro eletrônico em saúde.	0	2	98
Garantir padrões nacionais de qualidade na elaboração de diretrizes clínicas com base em evidência.	3	11	86
Garantir padrões nacionais de qualidade e de funcionalidade em relação às edificações, estruturas, equipamentos em saúde.	3	29	68

AFIRMATIVAS (%)	(0+1)	(2+3)	(4+5)
Garantir padrões nacionais na avaliação tecnológica em saúde.	0	20	80
Garantir padrões nacionais de qualidade dos processos da formação e da educação permanente em saúde.	0	29	71
A.3: Dentro de um sistema renovado de gestão e atenção à saúde, devem constituir diretrizes de uma nova política de financiamento...			
Garantir o financiamento da saúde que não seja limitado aos dispositivos da EC 29/2000, mas que vise alcançar metas específicas, relativas a: aumento sensível de percentual do PIB destinado à saúde; inversão da relação existente entre gasto público e privado; correção de iniquidades regionais.	0	4	96
Deve ser efetivada uma redução radical no financiamento por produção de serviços, com incremento dos repasses financeiros <i>per capita</i> , mediante acompanhamento dos indicadores de saúde e foco nos territórios (“recursos seguindo usuários”).	0	24	76
Deve ser ampliado para se tornar suficiente o financiamento da atenção primária e da média complexidade e não apenas o da alta complexidade.	0	9	91
O aporte puro e simples de mais recursos, necessariamente, não melhoraria o sistema e nem resolveria todos os problemas do SUS, pois existe paralelamente o desafio do aprimoramento da gestão do sistema.	3	14	83
B.1: Sobre a formação de redes integradas de atenção, essencial ao desenvolvimento de um modelo renovado de saúde e de uma governança efetiva no SUS, se pode afirmar...			
As redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS são as respostas adequadas do SUS para enfrentar a atual situação de saúde.	0	25	75
No sistema integrado em rede, a atenção primária deve receber tratamento estratégico para convertê-la de fato e de direito na coordenação e na regulação da rede de serviços.	0	17	83
Em um sistema com formato de rede integrada de atenção, os gestores devem assumir a interdependência na gestão entre entes federativos, com ênfase na cooperação, marco que também deve pautar o papel das instâncias colegiadas.	0	5	95
Os atributos que melhor caracterizam as redes de atenção à saúde são: território e população adscrita, integração dos sistemas logísticos e de apoio, mecanismos de governança e instrumentos gerenciais eficientes.	3	14	83

AFIRMATIVAS (%)	(0+1)	(2+3)	(4+5)
B.2 Sobre a gestão de redes de atenção à saúde se pode afirmar...			
A gestão da saúde deve desenvolver planos e outros instrumentos de gestão com foco regional, os quais devem pautar as instâncias colegiadas nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.	3	10	87
Devem ser promovidas mudanças radicais dos processos planejamento, programação e regulação, nos três âmbitos de governo, de forma a superar padrões construídos por séries históricas, quotas de atendimento e ajustes de oferta, de modo a focalizar de forma coerente as necessidades de saúde da população.	3	7	90
O processo de regulação e as ferramentas correspondentes precisam ser renovados para garantir que a APS disponha dos instrumentos gerenciais adequados para garantir a continuidade da atenção.	3	12	85
C.1 Um modelo de atenção à saúde renovado, tendo a atenção primária à saúde como fator estruturante, tem como facilitadores...			
Comprometimento dos gestores para o desenvolvimento e apropriação das ferramentas de gestão da clínica, com foco no cuidado, tais como diretrizes clínicas, protocolos clínicos, acreditação e promoção do autocuidado.	0	8	92
Intensa promoção do envolvimento dos profissionais na implantação da gestão da clínica e na demonstração de seu impacto sobre a qualidade da atenção e a eficiência alocativa.	0	8	92
Mudanças no processo de formação e da capacitação profissional, com foco na gestão da clínica, na lógica de redes integradas de atenção baseadas na Atenção Primária à Saúde.	0	11	89
Organização e renovação do sistema de saúde, estruturando-o pela APS, com caráter proativo, com planejamento focado nos territórios e nas necessidades de saúde da população.	0	8	92
Fortalecimento e renovação da atenção primária, mediante investimentos relevantes, visando à ruptura com os modelos de atenção primária seletiva.	0	8	92
O fortalecimento da APS deve estar focado na ampliação e na radicalização da Estratégia de Saúde da Família, em caráter substitutivo ao sistema fragmentado.	6	35	59

A Organização Pan-Americana da Saúde considera a estratégia das Redes de Atenção coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) como princípio essencial para enfrentar o complexo cenário contemporâneo das necessidades de saúde e acabar com a fragmentação que enfraquece a maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil.

A presente iniciativa, que temos a honra de colocar à disposição dos gestores do SUS e demais interessados representa uma contribuição da OPAS/OMS no Brasil para aprofundar as discussões atuais sobre os desafios da implantação de redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando oferecer elementos estratégicos ao gestor federal para o fortalecimento do SUS.

<http://new.paho.org/bra/apsredes>

ISBN: 978-85-7967-065-7



9 788579 670657



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA